



HAL
open science

Vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire : une étude qualitative selon une approche phénoménologique

Sonia Selmadji

► To cite this version:

Sonia Selmadji. Vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire : une étude qualitative selon une approche phénoménologique. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04837068

HAL Id: dumas-04837068

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04837068v1>

Submitted on 13 Dec 2024

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2024

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

SELMADJI Sonia

Née le 20 décembre 1994 à Rouen (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 OCTOBRE 2024

**Vécu des médecins généralistes au retour
d'une expérience humanitaire :
une étude qualitative selon une approche
phénoménologique**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Benjamin SOUDAIS

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Emmanuel BESNIER

Monsieur le Professeur Manuel ETIENNE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARME	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

À mon président du jury,

Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS, merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Benjamin SOUDAIS, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse et de m'avoir permis de réaliser ce projet. Tes encouragements, tes conseils et ta disponibilité ont été précieux durant ces derniers mois. Merci pour les éclairages pédagogiques et les notes d'humour, ça a été un plaisir de travailler avec toi.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Manuel ETIENNE, merci de votre présence afin de juger ce travail et de l'intérêt que vous avez porté au sujet.

Monsieur le Professeur Emmanuel BESNIER, merci d'avoir accepté d'être membre du jury.

À toutes celles et ceux qui ont contribué à ce travail,

Aux médecins qui ont participé à cette étude, merci pour le temps que vous m'avez dédié et pour votre intérêt pour le sujet. J'espère que ce travail sera à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

À **Guillaume Lenormand**, merci pour ton aide lors de la triangulation des données.

Aux médecins qui m'ont inspirée pendant mon parcours,

Aux **Docteurs François DE GOLMARD, Emmanuel LEFEBVRE, Bruno ARRESTIER, Cécilia MOULUN et Valérie MASSOL-LANNEL**, merci de m'avoir transmis votre intérêt pour la médecine générale. Ma pratique actuelle s'est construite sur une base solide grâce aux nombreux apprentissages à vos côtés.

Au **Dr Alice GIOANNI**, merci pour tout ce que j'ai appris à tes côtés durant mon semestre de gériatrie. Ton humanité et ton empathie restent, des années après, des exemples pour moi.

À tous ceux avec qui j'ai pu partager des soirées de maraude avec Médecins du Monde à Rouen, et spécialement à **Cécilia NGUYEN**, merci pour ton enthousiasme toujours débordant et ton engagement communicatif.

À mes amis,

À **Julie, Hélène, Vinvin**, votre amitié m'a accompagnée tout au long de ce parcours. Je pense à vous.

Au groupe des copains, **Michou, Quentin, Jason, Marco, Pierrot, Julie, Kourosch**, merci pour tous les beaux moments passés ensemble, que ce soit en festival ou simplement à la maison.

Baptiste et Dasha, merci d'être de ces amis sur qui on peut compter. Les week-ends et les soirées partagées m'ont bien aidée à décompresser !

Jeanne, merci d'avoir veillé régulièrement à ce que je travaille... y compris au bord de la mer ! Merci d'être cette personne avec qui je peux me changer les idées et discuter de yoga des heures. J'admire ta simplicité et ta joie au quotidien.

Flo, merci pour ton soutien discret mais infaillible au travers des années. Tu sais trouver les mots justes pour me redonner confiance en moi. Merci pour tous les bons petits plats à chaque passage chez vous.

Aux « amigas de la papayas » : **Cam, Charlou, Esto, Julie, Lou, Margot F, Margot L**, merci d'être présentes dans mon quotidien, même à distance. Merci pour votre soutien pendant toutes ces années et longue vie à nos papotages infinis, vocaux et autres vlogs. À notre amitié si précieuse !

Adri, c'est comme si tu faisais partie de la famille. Ensemble (sans S, n'est-ce pas), on en a vécu des aventures ! Merci pour tous les messages d'encouragements, GIFs et traits d'humour, ainsi que pour la relecture. À notre amitié inestimable et à toutes nos aventures à venir ! Berlin, on arrive !

À ma famille, vous avez été d'un soutien immense tout au long de ces études. Mention spéciale aux dimanches à jouer au tarot à Bihorel, ce sont ces petits moments qui font le sel de la vie ! Je vous aime.

Coco, merci pour tes fous-rires communicatifs, et merci de m'avoir transmis la passion du voyage, un des meilleurs moyens de décompresser !

Mamie, ta force de caractère m'inspire et je suis heureuse de te savoir fière de moi. Merci pour tous nos déjeuners ensemble, un bon steak et une discussion avec toi et j'étais regonflée à bloc.

Lisa, merci pour les relectures, pour les encouragements et pour la dose de sucre pour survivre à la dernière ligne droite ! Même si je deviens diabétique, tu pourras toujours compter sur moi.

Papa et Maman, merci pour votre soutien inconditionnel. Depuis la première année de médecine, il y en a eu du chemin de parcouru ! Merci d'avoir toujours cru en mes capacités. Papa, ta discipline et ta rigueur au travail et dans le sport m'ont toujours inspirée. Maman, ton inventivité et tes jeux de mots ont toujours su me remonter le moral quand il le fallait. Merci beaucoup pour l'aide apportée pour ma thèse et pour les appels réconfortants. C'est grâce à vous si j'ai pu aller au bout de ce parcours, et l'aboutissement de ce travail est aussi le vôtre.

Guillaume, merci de m'accompagner au quotidien. Merci de croire en moi en toutes circonstances et d'avoir accepté de remettre beaucoup de choses à « après la thèse ». Maintenant, à nos futurs projets !

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIÈRES

I.	AVANT-PROPOS.....	21
II.	INTRODUCTION.....	22
	A. La médecine humanitaire : définitions, histoire, enjeux.....	22
	1. Définitions de la médecine humanitaire.....	22
	2. Histoire moderne de la médecine humanitaire.....	23
	3. Paysage de la médecine humanitaire aujourd’hui.....	25
	4. Enjeux actuels de la médecine humanitaire.....	25
	B. Médecine humanitaire et médecine générale.....	26
	C. Le retour de mission humanitaire.....	26
III.	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	28
	A. Méthodes.....	28
	1. Type d’étude.....	28
	2. Revue de la littérature.....	28
	3. Déconstruction des a priori et journal de bord.....	28
	4. Composition de l’équipe de recherche.....	29
	5. Guide d’entretien compréhensif.....	29
	6. Constitution de l’échantillon et recueil des données.....	29
	7. Réalisation et analyse des entretiens.....	30
	8. Aspects éthiques et réglementaires.....	30
	B. Matériels.....	31
IV.	RÉSULTATS.....	32
	A. Caractéristiques des participants.....	32
	B. PARTIR : l’identité du MG au départ.....	33
	1. Avoir des valeurs humanistes.....	33
	2. Idéaliser l’humanitaire.....	34
	3. S’engager totalement.....	34
	C. EXPERIMENTER : le MG au cœur de l’expérience humanitaire.....	35
	1. Accomplir son idéal humanitaire.....	35
	2. Subir le « syndrome du sauveur ».....	36
	3. Vivre un traumatisme.....	39
	4. Vivre des désillusions.....	40
	D. REVENIR : les transformations du MG au retour.....	41
	1. Être abîmé par l’humanitaire.....	41
	2. Devenir étranger chez soi.....	42

3.	Redéfinir son identité : devenir un humanitaire	44
4.	Développer un profil et des conduites addictives	44
E.	SURMONTER : les mécanismes de défense mis en place	45
1.	Se soutenir entre pairs	45
2.	Prendre du recul.....	46
3.	Être soutenu par ses proches.....	46
4.	Bénéficier de l'expérience	47
5.	Séparer les deux réalités.....	47
6.	Conscientiser ou être dans le déni	47
F.	CRITIQUER : le temps de la réflexion	49
1.	Remettre en question l'humanitaire.....	49
2.	Se remettre en question	49
G.	ÉVOLUER : la transmutation de son expérience	49
1.	Donner du sens à son expérience.....	50
2.	Convertir à l'humanitaire	51
H.	REPARTIR ? La poursuite ou non de l'engagement humanitaire	51
1.	Poursuivre son engagement.....	51
2.	(Re)définir ses priorités	51
V.	DISCUSSION	53
A.	Résultats principaux.....	53
B.	« Partir, revenir, mourir un peu » : comparaison avec la littérature	55
1.	Le retour de mission des travailleurs humanitaires	55
2.	Le retour de mission des professionnels de santé	56
3.	Le retour de mission des médecins généralistes.....	56
C.	Forces et limites de l'étude.....	57
1.	Forces de l'étude.....	57
2.	Limites de l'étude	58
D.	Perspectives	58
VI.	CONCLUSION	60
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES	65
	RÉSUMÉ	82

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACF : Action Contre la Faim

CICR : Comité International de la Croix-Rouge

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

CRASH : Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires

DAH : Délégation à l'Action Humanitaire

ECHO : Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes (European Civil protection and Humanitarian aid Operations)

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GROUM-F : GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

MG : Médecine Générale

MH : Médecine Humanitaire

MSF : Médecins Sans Frontières

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OI : Organisation Internationale

ONU : Organisation des Nations Unies

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PAM : Programme Alimentaire Mondial

RGPD : Règlement Général de la Protection des Données

RNIPH : Recherches N'Impliquant pas la Personne Humaine

UE : Union Européenne

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization of Family Doctors)

I. AVANT-PROPOS

En 2012, j'ai effectué ma première année de médecine (PACES) avec déjà le rêve de faire plus tard de l'humanitaire médical. J'étais attirée par les valeurs altruistes, aventurières des « Médecins Sans Frontières » que je voyais dans les médias.

A l'issue de cette PACES, je suis partie un mois au Togo dans le cadre d'une mission humanitaire (non médicale), au cours de laquelle je me suis sentie utile, à ma place, épanouie. Le chemin paraissait tout tracé.

Et pourtant, en m'intéressant de plus près à l'univers de l'humanitaire médical, les découvertes ont été jalonnées de hauts et de bas.

En stage durant mon externat, j'ai eu l'occasion de travailler avec un médecin urgentiste de retour de sa première mission humanitaire en Syrie. Il était en état de stress post traumatique et exprimait le souhait de ne jamais repartir en mission.

Une fois l'internat de médecine générale passé, j'ai commencé à effectuer en parallèle de mes remplacements des maraudes auprès de l'association Médecins du Monde. Nous proposons des consultations de médecine générale le soir, bénévolement et en itinérance, à destination des populations défavorisées de Rouen. J'y ai rencontré de nouveau des médecins avec des parcours humanitaires internationaux riches. Au fil de nos discussions, j'ai réalisé que le sujet du retour de mission n'était que très peu abordé par les institutions et par les médecins eux-mêmes.

Si l'on est prêt et préparé à partir, ne faudrait-il pas être prêt et préparé de la même façon à revenir ?

Par ce travail de thèse qui est l'aboutissement de mon cursus et d'un cheminement personnel, j'ai souhaité explorer le vécu des médecins généralistes de retour de mission humanitaire internationale.

Une des participantes m'a confié s'être fait offrir une boussole avant son départ en mission, « pour éviter de se perdre ». Puisse ce travail de thèse être ainsi une aide à l'orientation pour les médecins désireux de partir en mission humanitaire et s'interrogeant sur le retour.

II. INTRODUCTION

A. La médecine humanitaire : définitions, histoire, enjeux

1. Définitions de la médecine humanitaire

Dans le dictionnaire Robert, le terme « humanitaire » est défini comme suit : « *Qui vise au bien de l'humanité* » (1). Cette définition large reflète l'hétérogénéité des concepts que ce terme regroupe. Il est difficile d'en donner une définition unique.

Rony Brauman, ex- président de Médecins Sans Frontières (MSF), propose en 1994 dans le CRASH une définition en 3 volets de l'action humanitaire (2) :

- L'intention : « *L'intention du geste, que doit guider le souci de l'Autre, et non la défense d'intérêts.* »
- Le contexte : « *C'est celui, nous l'avons dit, de la rupture brutale d'un équilibre antérieur. Notion floue, imparfaite, mais utile pour éviter de fixer nos propres normes comme catégories universelles. C'est dans un environnement de crises, qu'elles soient d'origine naturelle ou politique, qu'il s'agisse de tremblements de terre ou de guerres civiles, que l'action humanitaire prend tout son sens.* »
- L'indépendance : « *La nature de l'acteur institutionnel, dont la position d'indépendance vis-à-vis des pouvoirs politiques doit être sans équivoque.* »

ECHO, la Direction générale de la protection civile et des opérations d'aide humanitaire européennes, est un organisme créé par l'Union Européenne (UE) pour financer les organisations non gouvernementales (ONG). Pour ECHO, l'action humanitaire repose sur 4 principes fondamentaux (3) :

- Principe d'humanité : son objectif est de soulager la souffrance humaine, en particulier chez les populations vulnérables.
- Principe de neutralité : son action et ses acteurs ne prennent pas parti dans les hostilités.
- Principe d'impartialité : son action est octroyée sur la seule base des besoins, sans aucune discrimination.
- Principe d'indépendance : son action est autonome et n'est pas influencée par des objectifs politiques, économiques, militaires ou autres.

Si ces définitions et principes régissent l'action humanitaire, il n'existe pas de définition propre à la médecine humanitaire. D'abord, parce que la médecine humanitaire n'est pas une spécialité en tant que telle. Ensuite, parce que « médecine humanitaire » apparaît comme un pléonasma : difficile d'imaginer une médecine qui ne serait pas « humanitaire ».

On retrouve d'ailleurs dans le serment d'Hippocrate les 4 principes régissant l'action humanitaire (4) :

- L'humanité (« *J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité* »).
- La neutralité : (« *Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* »).
- L'impartialité (« *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions* »).
- L'indépendance (« *Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission* »).

Finalement, les définitions de la médecine et de l'humanitaire sont imbriquées. Revenir sur l'histoire de la médecine humanitaire nous permettra de mieux en saisir les spécificités.

2. Histoire moderne de la médecine humanitaire

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous exposerons ici des moments-clés choisis de l'histoire pour mettre en lumière la conception moderne de la médecine humanitaire.

1835 : Époque du siècle des Lumières, le mot « humanitaire » apparaît sous la plume de Lamartine. Les philosophes des Lumières promeuvent le rationalisme et s'opposent à l'idée d'un malheur « providentiel », lié à un « ordre naturel » (5). La médecine de guerre progresse mais chacun ne soigne que les blessés de son camp.

1859 : Bataille de Solferino, Henri Dunant, un citoyen suisse, organise les secours pour les soldats des deux camps sans discrimination. Il écrit ensuite « Un souvenir de Solferino », qui comportera les bases du Droit Humanitaire international futur : la neutralisation des services sanitaires militaires ; et la création d'une organisation permanente pour les blessés de guerre (6).

1863 : Création du CICR (Comité International de la Croix Rouge), comité permanent pour le secours aux blessés militaires, indépendant, respecté de chacun. Sont réunis en quelques mois 16 États au sein d'une conférence, qui aboutira à la signature de la première Convention de Genève.

1864 : Première Convention de Genève, qui établit les règles de protection des blessés de guerre.

Fin XIXe siècle : Apparition de la notion d'un espace humanitaire neutre, permanent, délivré autant que possible des jeux d'intérêts (5).

XXe siècle : Guerres totales, qui accélèrent le développement des services médicaux d'urgence, et enclenchent une approche humanitaire nouvelle : celle de la sécurité collective.

1920 : Création de la Société des Nations à l'issue de la Première Guerre Mondiale, première organisation intergouvernementale créée pour « développer la coopération entre les nations et pour leur garantir la paix et la sécurité » (7).

1945 : Création de l'ONU pour veiller à la paix mondiale lors de la Conférence de San Francisco. L'ONU comprend de nombreuses agences, dont l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le PAM (Programme Alimentaire Mondial), le HCR (Haut-Commissariat aux Réfugiés), et l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance).

1967-1970 : Crise du Biafra. Au Nigeria, la région orientale fait sécession et s'autoproclame République du Biafra. S'ensuit une guerre civile avec répression violente, blocus et famine. C'est la première fois qu'un conflit est aussi largement médiatisé. La Croix-Rouge française y envoie une équipe médicale, dont Bernard Kouchner et Xavier Emmanuelli. Elle est cependant empêchée d'agir par le refus du gouvernement nigérian, et constate un détournement de l'aide humanitaire. L'ONU est paralysée par la typologie du conflit (intraétatique). A leur retour en France, les médecins de la Croix-Rouge française enfreignent leur engagement de non-ingérence pour témoigner du génocide. Ils sont à l'origine d'une nouvelle forme d'aide humanitaire.

1971 : Création de MSF ; puis suivra la création d'autres ONG qualifiées de « sans-frontiérisme ». Elles conservent le principe d'impartialité, mais en s'affranchissant du principe de non-ingérence : elles témoignent de ce qui se passe sur le terrain. La médiatisation devient quasi-systématique, et elles comptent sur le soutien de l'opinion publique. Elles vont « partout où les autres ne vont pas » (5).

Années 1980 : Succès de l'humanitaire d'urgence aux dépens de l'humanitaire de développement, moins spectaculaire.

1991 : Le Conseil de Sécurité de l'ONU adopte la résolution 688, fondatrice du droit d'ingérence, pour permettre à la communauté internationale d'intervenir au Kurdistan Irakien. « *Initialement, il s'agit d'envoyer des troupes pour faciliter l'arrivée de l'aide aux populations civiles. Mais c'est aussi l'institutionnalisation d'un « droit des puissants » à faire la loi partout, au secours des plus faibles... ou à leur détriment* » (5).

1990 – à nos jours : Intervention directe des États sur la scène humanitaire. Création d'un ministère de l'humanitaire en 1990, mise en place en 2002 de la Délégation à l'action humanitaire (DAH) au Quai d'Orsay, interventions des armées françaises dans le cadre d'opérations "militaro-humanitaires" (Irak, Somalie, Bosnie, Rwanda, Kosovo, Timor-Est) (8). Les domaines politique et militaire sont désormais intégrés dans le dispositif humanitaire, comme le montrent de manière emblématique les interventions occidentales en Afghanistan (2001) et en Irak (2003).

3. Paysage de la médecine humanitaire aujourd'hui

Aujourd'hui, différents types d'acteurs humanitaires coexistent (9) :

- Les ONG et associations, avec un financement issu de fonds privés (dons) et/ou de subventions de collectivités publiques qui soutiennent leurs actions. Elles sont nationales ou internationales et sont généralement apolitiques. (Exemples : MSF, Action Contre la Faim)
- Les ONG confessionnelles, dont la mission découle d'une tradition religieuse. Leur financement est le même que celui des autres ONG. (Exemples : Secours Catholique, Secours Islamique)
- Les OI (Organisations Internationales), publiques, dont les grandes agences onusiennes (HCR, UNICEF, PAM...etc), et l'UE, un des principaux bailleurs de fonds d'aide humanitaire au monde (10)
- L'humanitaire d'État

Il existe deux types de missions humanitaires :

- Les missions humanitaires d'urgence : elles répondent à une crise, s'inscrivent dans le court-moyen terme.
- Les missions humanitaires de développement : elles répondent à des problèmes structurels et durables, s'inscrivent dans le long terme.

Chacune peut être réalisée à l'échelle nationale ou internationale, et peut relever des différents acteurs cités précédemment.

4. Enjeux actuels de la médecine humanitaire

Avec l'augmentation des catastrophes naturelles, la complexification des conflits, les déplacements de populations et les épidémies sans précédent, on assiste à une adaptation de la médecine humanitaire à ces enjeux :

- La professionnalisation : la professionnalisation du secteur permet une harmonisation des pratiques, la salarisation des travailleurs et la formation. Cependant elle peut engendrer des inégalités entre les travailleurs, et permettrait une adaptabilité moindre aux contextes (11).
- Le développement de l'humanitaire d'État et ses conséquences sécuritaires : L'État intervient désormais via des actions militaires qualifiées d'« humanitaires ». La confusion entre le domaine humanitaire et militaire entraîne des risques sécuritaires pour les travailleurs humanitaires (12).
- La multiplicité des acteurs et le manque de coordination : organisations différentes, échelles nationale ou internationale, gouvernementales ou non, humanitaire d'urgence ou de développement... La coordination entre les différents acteurs sur un même terrain est désormais essentielle (12).

B. Médecine humanitaire et médecine générale

En abordant les principes de l'action humanitaire et le serment d'Hippocrate, on a pu voir les liens entre médecine et humanitaire.

Claire Jacquot dans sa thèse établit un lien entre médecine humanitaire (MH) et médecine générale (MG) (13). Elle se base sur les caractéristiques de la MG telles que définies par la WONCA Europe (14). On retrouve parmi les points communs :

- MG et MH sont le premier contact avec le système de soins ;
- Elles se placent si nécessaire en défenseurs du patient ;
- Elles développent une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ;
- Elles basent leur démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- Elles ont la responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ;
- Elles favorisent la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ;
- Elles répondent aux problèmes de santé dans leurs dimensions psychique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Certaines compétences requises pour la MH et la MG sont communes : polyvalence, adaptation à des moyens restreints, soin de premier recours.

En 2003 chez MSF, sur 364 médecins expatriés, 291 étaient des médecins spécialisés en médecine générale (soit près de 80%) (15). En 2011, 50% des 12 organisations de solidarité internationale sollicitées ont qualifié le rôle du médecin généraliste d'important ; et 17% d'indispensable (16).

Dans son étude réalisée en 2007 auprès de 621 étudiants en médecine, B. Mollo retrouve une proportion de près de trois-quarts (73,7%) d'étudiants en médecine souhaitant s'engager plus tard dans l'humanitaire (17).

C. Le retour de mission humanitaire

La littérature suggère que les travailleurs humanitaires de retour de mission ont des symptômes plus élevés d'anxiété, de dépression, et de troubles de stress post-traumatique (TSPT), surtout s'ils ont été confrontés à des facteurs de stress ou des traumatismes (18, 19). Près d'un tiers (28 %) d'entre eux rapportent une dégradation de leur santé au retour (20). Chez les médecins généralistes, le retour de mission semble marqué par une modification de leurs représentations de l'humanitaire et de leur pratique professionnelle (volonté de prendre plus le temps, de revenir à l'essentiel) (21). L'exercice dans un contexte de soins différent permettrait une ouverture d'esprit qui serait favorable à la relation médecin-patient au retour (13). Ces études abordent

le vécu de l'expérience humanitaire par les médecins généralistes, mais le retour et la reprise des activités en soins primaires ne sont que peu abordés.

Alors, comment les MG ayant eu une expérience de médecine humanitaire exercent-ils après leur retour de mission ? Comment les expériences singulières professionnelles et personnelles ont-elles modifié voire transformé leurs pratiques, leurs valeurs, leur (ré)intégration dans leur socialité ?

L'objectif de cette étude était donc **d'explorer et de comprendre le vécu au retour de mission des médecins généralistes avec une expérience humanitaire internationale.**

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Méthodes

1. Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée, avec un raisonnement inductif inspiré de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

L'analyse interprétative phénoménologique a été choisie car elle s'attache au vécu singulier de chaque individu, à la manière dont il a ressenti et compris une expérience. C'est une approche centrée sur le participant (22).

L'étude a été menée sur la base d'entretiens individuels compréhensifs.

2. Revue de la littérature

Une bibliographie a été réalisée via les bases de données disponibles sur le portail universitaire de l'Université de Médecine de Rouen. Les thèses ou publications sur le sujet de l'humanitaire médical ont été recherchées dans le Sudoc. PubMed et le CAIRN ont été consultés. Les termes utilisés pour la recherche étaient « humanitarian assistance » « relief work » « humanitarian aid workers » [...] et « return », « experience », « come-back » [...] pour l'anglais ; avec l'opérateur booléen « AND ».

Des livres ont été lus, certains empruntés à la bibliothèque universitaire de Rouen, d'autres achetés par la chercheuse. Des podcasts sur le sujet de l'humanitaire ont été écoutés.

3. Déconstruction des a priori et journal de bord

Afin de déconstruire nos a priori, nous avons réfléchi aux réponses que nous attendions à la question de recherche, compte tenu de nos croyances et expériences personnelles, selon la méthode proposée par le Groupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) (22).

Nous pensions que le vécu du retour d'une mission humanitaire ne serait pas neutre, qu'il y aurait un impact (positif ou négatif) sur la vie professionnelle et/ou personnelle des médecins interrogés. Nous nous attendions à ce que les médecins interrogés évoquent des difficultés au retour de mission. Nous nous attendions à recruter essentiellement des hommes, célibataires, sans enfants. Nous pensions que la relation médecin-patient serait changée au retour immédiat de mission humanitaire. Prendre conscience de ces a priori était une étape nécessaire afin de ne pas se laisser influencer par sa propre subjectivité lors des entretiens et de l'analyse.

Tout ceci a été consigné dans un journal de bord, pour tenir compte de l'évolution de ces perceptions au fil de la recherche. Le journal de bord était mis à jour après chaque entretien. La chercheuse y consignait son impression générale ainsi que les grands thèmes de l'entretien.

4. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée de la thésarde et de son directeur de thèse, le docteur Benjamin Soudais.

5. Guide d'entretien compréhensif

Le guide d'entretien compréhensif initial a été élaboré à partir de la bibliographie et validé par le directeur de thèse. Pour s'approprier les techniques de l'entretien compréhensif, la thésarde a lu le livre « L'entretien compréhensif » de J-C Kaufmann (23).

Les entretiens étaient individuels, 7 en présentiel et 3 en visioconférence, afin de favoriser l'approfondissement du partage du vécu, et de pouvoir analyser le non verbal. Le participant devait compléter un questionnaire de données socio-démographiques écrit au début de l'entretien (Annexe 1). Un tableau récapitulatif des principales caractéristiques des participants a été intégré à la partie « Résultats ». L'entretien verbal débutait directement dans le vif du sujet pour éviter un ton de surface.

L'entretien comportait 4 axes principaux : la mission humanitaire réalisée ; la trajectoire de vie jusqu'à la mission ; le vécu du retour ; leur opinion sur le vécu du retour (Annexe 2).

La chercheuse prenait des notes au cours de l'entretien, concernant les questions de relance ou le non verbal exprimé par le participant. L'entretien était flexible, le registre conversationnel, afin de laisser le plus de temps de parole possible au participant, et le laisser plonger dans des réflexions personnelles et profondes.

6. Constitution de l'échantillon et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés de novembre 2023 à avril 2024, en France métropolitaine.

Le recrutement a été effectué par échantillonnage raisonné boule de neige. Les participants étaient initialement contactés par téléphone ou mail par la chercheuse. L'objectif étant d'obtenir des données suffisantes, le nombre de participants inclus n'a pas pu être défini *a priori*, mais dépendait de l'analyse des précédents entretiens.

Les critères d'inclusion de l'étude portaient sur le fait d'être médecin généraliste et d'avoir une expérience d'humanitaire médical international.

Les critères d'exclusion étaient les médecins hors généralistes, et les médecins ayant effectué des missions uniquement nationales.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone. La retranscription des entretiens était faite mot à mot dans le respect de l'anonymat. Les fichiers d'enregistrement ont été effacés.

7. Réalisation et analyse des entretiens

L'investigatrice principale a mené les entretiens. Il s'agissait pour elle d'une première expérience de recherche.

Les rencontres étaient organisées par l'investigatrice et le participant. Le lieu de l'entretien était choisi selon les disponibilités et préférences du participant, dans un lieu calme et en l'absence de tiers.

Durant l'entretien, la posture de l'investigatrice était celle d'une écoute active.

Les entretiens ont été retranscrits manuellement et mot à mot par la chercheuse afin de s'imprégner des données. Puis chaque verbatim a été analysé, au fur et à mesure, dans l'ordre du recueil des données.

La première lecture consistait en une lecture flottante pour s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien, dans une démarche compréhensive. Le texte était annoté et commenté librement.

Des thèmes émergents ont ensuite été identifiés, puis articulés en thèmes superordonnés, dont a découlé le modèle explicatif rapporté dans la partie « Résultats ».

La grille de qualité pour la recherche qualitative COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a été consultée et l'étude a été conçue en s'en inspirant (Annexe 3).

Une triangulation a été effectuée sur 3 entretiens avec l'aide d'un deuxième chercheur, Guillaume Lenormand, afin d'assurer la validité de la recherche.

Le logiciel Microsoft Excel® a été utilisé pour l'analyse des données. Le logiciel Canva® a été utilisé pour créer les cartes heuristiques.

8. Aspects éthiques et réglementaires

Seule la chercheuse et son directeur de thèse ont eu accès aux données de l'étude. Les données ont été anonymisées.

Une notice d'information (Annexe 4) ainsi qu'un formulaire de consentement (Annexe 5) ont été envoyés au participant afin de recueillir son accord de participation à l'étude. Le participant pouvait se retirer à tout moment de l'étude, et il bénéficiait d'un droit d'accès et de modification de ses données. Les participants volontaires ont renvoyé ces documents signés à la chercheuse avant l'entretien. La chercheuse s'est rendue disponible pour répondre aux éventuelles questions des participants. A chaque début d'entretien, les modalités d'enregistrement, retranscription et garanties de confidentialité étaient renouvelées explicitement à l'oral par la chercheuse, et un consentement oral du participant recherché.

L'étude appartenait à la catégorie des recherches n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH), elle était hors loi Jardé. L'étude a été rattachée conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) au traitement générique des données. Un engagement de conformité a été signé et envoyé le 6 octobre 2023 au délégué de la protection des données de l'université de Rouen (numéro de conformité AC_20220713-01R1).

Aucune donnée nominative ou brute ne sera conservée à l'issue de ce travail par les chercheurs.

Les auteurs de ce travail ne déclaraient pas de conflit d'intérêt, les données sont disponibles sur archimed.fr et transparence.gouv.fr.

B. Matériels

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique ; ainsi que sur le dictaphone du smartphone de la chercheuse, après autorisation des participants.

Ils ont été anonymisés et retranscrits un par un sur le logiciel Microsoft Word® pour Windows. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour organiser la bibliographie, et Microsoft Excel® pour l'analyse des entretiens.

IV. RÉSULTATS

A. Caractéristiques des participants

MG	Sexe	Age (ans)	Début d'activité (ans)	Statut	Pratique	Rural/urbain	MSU	Nombre de missions	En couple *	Enfants *	Lieu de l'entretien	Durée (min)
1	M	35-40	10- 20	Installé	Cabinet de groupe	Semi-urbain	Non	> 10	Oui	Oui	Cabinet médical	68
2	F	60-65	> 20	Retraité	Cabinet de groupe	Rural	Oui	> 10	Non	Oui	Domicile	82
3	M	65-70	> 20	Retraité	Hôpital	Urbain	Oui	< 5	Oui	Oui	Salle de café	62
4	F	40-45	10 – 20	Salariée	EHPAD	Urbain	Non	< 5	Oui	Oui	Domicile	60
5	M	45-50	10 – 20	Salarié	Hôpital	Urbain	Oui	> 10	Oui	Oui	Domicile	61
6	F	40-45	10 – 20	Installé	Cabinet de groupe	Semi-urbain	Oui	< 5	Oui	Oui	Domicile	75
7	F	40-45	10 – 20	Salarié	Hôpital	Urbain	Oui	5 – 10	Non	Non	Visio - conférence	74
8	M	65-70	> 20	Retraité	Cabinet seul	Urbain	Non	> 10	Non	Oui	Domicile	111
9	F	40-45	10 – 20	Salarié	Hôpital	Urbain	Oui	5 – 10	Non	Non	Visio - conférence	76
10	F	30-35	< 10	Remplaçant	Cabinet de groupe	Rural	Non	< 5	Non	Non	Visio - conférence	64

Tableau 1 – Caractéristiques des entretiens

* Situation (en couple, avec ou sans enfants) au moment des départs en mission

De novembre 2023 à avril 2024, 10 MG (6 femmes et 4 hommes) ont été inclus dans notre étude (Tableau 1). Quatre MG avaient entre 40 et 45 ans, 6 avaient débuté leur exercice médical depuis 10 à 20 ans. Quatre MG avaient une activité salariée hospitalière ou en EHPAD. Quatre MG avaient fait une formation en lien avec leur projet humanitaire. Quatre MG avaient fait plus de 10 missions humanitaires, et 4 en avaient fait moins de 5. Il y avait autant de MG en couple que de MG célibataires au moment du départ en mission. Sept d'entre eux avaient des enfants au moment du départ en mission. Les lieux des missions étaient variés : Syrie, Yémen, Irak, Nigeria, Afghanistan, Ukraine, Pakistan, Madagascar, Togo, Inde, Cambodge, Tchad, République Centrafricaine, Congo. Trois entretiens ont été réalisés par visioconférence. La durée moyenne des entretiens était de 73,3 minutes (durée minimale : 60 minutes ; durée maximale : 111 minutes).

B. PARTIR : l'identité du MG au départ

Les MG interrogés avaient des valeurs et des représentations communes porteuses d'un idéalisme de l'humanitaire fortement ancré. Ils faisaient preuve d'un engagement total dans l'humanitaire, quasi militaire.

1. Avoir des valeurs humanistes

Les médecins définissaient l'**altruisme** et l'**empathie** comme des valeurs intrinsèques indispensables pour exercer en humanitaire.

« Quand j'ai fait médecine, mon but c'était de ... on peut pas dire aider les gens c'est un bien grand mot, mais c'est vrai que globalement je voulais aller au-devant des plus démunis ». (M2)

« On choisit pas d'être médecin si on est pas empathique, voilà, tout simplement. Je crois que ça doit être le primum novens de notre métier, c'est d'avoir de l'empathie pour les gens ». (M8)

Être soignant et le soin en lui-même étaient au centre de leur préoccupations.

« Soigner à tout prix, même si on n'a pas forcément les moyens physiques et matériels, c'est de faire ce qu'on peut ». (M10)

« On fait du soin quoi, point. C'est de la médecine et du soin dans des contextes différents quoi, là où il y en a peut-être un peu moins qu'ici ». (M1)

Leur **humanisme** se définissait comme **universaliste** et **inconditionnel**, comme en témoignait leur expérience de soin dans un contexte de conflits.

« Un blessé c'est un blessé, un combattant blessé n'est plus un combattant, c'est un blessé et il est pris en charge comme n'importe quel autre blessé voilà ce concept que une fois que t'as besoin de soins, on pourra extrapoler t'as

toujours besoin de soin au sens large, bah ça ramène à ce niveau d'humanité universelle quoi et ça c'est satisfaisant ». (M1)

Les médecins s'attribuaient donc des valeurs morales qui évoquaient la bonté, faisant écho à leurs représentations d'un médecin humanitaire idéal.

2. Idéaliser l'humanitaire

L'**humanitaire** était un **fantasme** ancré depuis l'enfance, nourri par les supports médiatiques des grandes ONG qui formaient parfois la matrice fondatrice de l'engagement humanitaire.

« Je pense que le fantasme, c'était quand même cette ONG que j'avais en tête, et je me rappelle au lycée, quand on me demandait ce que je faisais, j'avais quand même cette idée-là, je pense c'était dans les années 80 et tout ça, où il y a eu beaucoup de communication et tout ça, sur leurs actions, et moi j'étais sûrement un peu baigné là-dedans, et j'avais fantasmé cette ONG ». (M5)

« Ça devait être un reportage ; et il est au milieu de gamins en Afrique subsaharienne, je pense que c'est une épidémie de famine sur laquelle il bosse, donc ils sont effectivement dans des conditions bien glauques et en train de crever et il engueule le cameraman en disant « pose ta caméra et viens m'aider ». Je trouve que la phrase est assez pertinente et ça a été le point de départ ». (M1)

Ils se sentaient visés par ces appels à l'action, **investis** d'une mission. Ils voulaient aider ces populations *« en train de crever »*, les sauver même.

Ils décrivaient pour plusieurs d'entre eux une véritable **vocation pour l'humanitaire**.

« Ça me paraît naturel de faire ça, je pense que quand on est médecin on est altruiste, et que donc aller s'occuper de gens en dehors de son périmètre, c'est quelque chose qui me convient. Aller voir ce que c'est, connaître... ». (M3)

3. S'engager totalement

Une des médecins décrivait un **engagement total** dans l'humanitaire en faisant un parallèle avec l'engagement dans l'armée. Ce **renoncement à la vie civile** s'intégrait dans une certaine forme de liberté.

« Enfin, là moi je suis partie, parce que... enfin je pense qu'à chaque étape de ta vie c'est un peu différent, moi j'avais 32 ans quand je suis partie, et j'avais 0 engagement, 0 crédit, pas de maison, pas de mari, pas d'enfants, donc, comme un militaire en début de carrière, tu vois, t'es libre comme l'air, ouais j'ai tout soldé, j'ai rien gardé à la maison ». (M7)

L'**engagement** pouvait être décrit comme **fractionné et renouvelé** dans le temps.

« Des fois je partais au mois de mai, je repartais au mois de juillet, et je partais en novembre ». (M8)

Cet engagement témoignait d'une **responsabilité assumée** de la part des médecins lors d'une seconde mission.

« Nous la valeur ajoutée qui disait, c'était que comme on revient, ça veut dire qu'on accepte la responsabilité de ce qu'on a fait la fois d'avant ». (M4)

Ils avaient du **courage** et le **sens du devoir**. Ce dernier s'exprimait au travers d'une conscience professionnelle forte.

« Regarde d'abord ce que t'as à faire, fais ce que tu peux. Et puis après, bah tu craqueras peut-être après, mais là pour l'instant c'est pas le moment. Voilà. Donc j'ai toujours fait passer le côté professionnel avant, et puis le sentiment est toujours là, bien évidemment, je suis pas insensible ». (M8)

Cette idéalisation du médecin humanitaire, associant valeurs altruistes et sens du sacrifice, était un moteur puissant de l'engagement dans l'humanitaire. Finalement, c'était une figure quasi militaire, **héroïque** qui se dessinait.

C. EXPERIMENTER : le MG au cœur de l'expérience humanitaire

1. Accomplir son idéal humanitaire

a) Travailler en accord avec ses valeurs

Avant le départ, les médecins idéalisaient l'humanitaire. Une fois sur place, ils cherchaient à vivre une expérience se conformant à leurs projections. Déjà, ils cherchaient une **mission cohérente avec leurs valeurs**. Pour une des médecins interrogés, il était par exemple important de prioriser les besoins vitaux et physiologiques tels que l'alimentation, et donc de ne délivrer des soins médicaux que si les populations avaient accès à de la nourriture.

« Il y a pas de dénutrition complète, on se serait pas installés sinon. Les fondateurs de l'association avaient choisi des villages de bord de mer, bord de canal, où il y a quand même la pêche pour subvenir aux besoins des populations sur le plan alimentaire, parce que ça semblait pas logique d'apporter des soins si déjà les gens n'ont pas à manger ». (M4)

L'ONG aussi devait être en **accord avec ces valeurs**.

« Je serai pas parti avec n'importe quelle structure, surtout pour une première mission, et ça se passe bien parce que j'ai vraiment, vraiment confiance et je connais vraiment bien la structure avec laquelle je pars... » (M1)

b) Se réaliser en miroir d'un idéal

L'expérience humanitaire, si elle correspondait à leurs projections, leur permettait d'accéder à un sentiment d'**accomplissement professionnel**.

« Et ça aurait pu ne pas me plaire ; mais j'ai trouvé une espèce de satisfaction professionnelle ». (M8)

Le sentiment d'**accomplissement personnel** était conditionné à l'identification à un idéal du médecin humanitaire. Les médecins s'identifiaient à des aventuriers.

« A titre personnel de rencontrer du monde, c'est une façon de rentrer dans un pays, c'est une façon de voyager qui est incroyable, d'aller bosser avec les gens qui bossent tu intègres le truc, c'est effectivement autre chose qu'aller faire des photos à droite à gauche, c'est vraiment une façon de rentrer dedans qui est top ». (M1)

« Quand on va au plus profond comme nous on va, c'est-à-dire que c'est pas du tourisme, on va vraiment dans les zones ». (M2)

Une **adaptation** en situation de tension et de pénurie était une compétence professionnelle indispensable au terrain.

« Ouais tu te découvres des compétences que tu savais pas que tu pouvais utiliser, même la logistique en tant que médecin et les logisticiens qui se retrouvent à faire du premier secours... ou, ouais d'élargir, on n'est plus monomaniacque, on n'est plus dans un tunnel effectivement, t'ouvre un peu tes chakras, et il y a une adaptabilité qui est demandée et qui est recherchée c'est aussi pour ça qu'on y va quoi c'est pour faire un truc un peu différent ». (M1)

Cet accomplissement aussi bien professionnel que personnel n'intervenait que si la mission et le médecin lui-même correspondaient aux projections idéalisées avant le départ.

2. Subir le « syndrome du sauveur »

Le « syndrome du sauveur » se manifestait par une **volonté de soigner voire sauver la population en mission quitte à s'oublier soi-même**. Ce syndrome du sauveur prolongeait la quête d'un idéal humanitaire, héroïque et presque sacrificiel.

« On est tous un peu comme ça dans le monde médical, mais alors dans le monde de l'humanitaire, c'est (soupir) vraiment le syndrome du sauveur en veux-tu, en voilà, et je suis concernée également bien sûr ». (M9)

a) Vouloir sauver tout le monde

Les médecins appréciaient recevoir de la gratitude et **être accueillis en héros**.

« C'est super, on est accueilli comme le messie ». (M2)

Ils faisaient preuve de courage pour **sortir de leur zone de confort professionnel**.

« Au fur et à mesure les RH, les ressources humaines, ceux qui te managent, qui suivent ton plan de carrière entre guillemets, ils te font sortir de ta zone de confort ». (M7)

Le manque de moyens matériels et thérapeutiques était une contrainte vécue comme un défi à relever. Les médecins s'**adaptaient** constamment au contexte pour trouver des solutions.

« On fait un peu comme les urgentistes sur une intervention, où ils se retrouvent avec « ma bite et mon couteau », mais c'est un peu ça, on fait avec les moyens du bord, on est obligés de faire preuve de créativité, de changer des posologies, des comprimés, des versions, d'écraser des trucs, de faire des baby halers avec des bouteilles en plastique... ». (M4)

Le développement de nouvelles stratégies et un **recentrement sur le soin et la clinique** étaient valorisés.

« C'est aussi assez agréable parce que tu reviens à une médecine un tout petit peu moins technique quoi, qui est plus clinique et un peu plus de bon sens ». (M1)

Le travail effectué en mission prenait sens quand il y avait possibilité d'**avoir un suivi** sur les situations rencontrées.

« La 2ème mission, on a fait un briefing en visio avec l'équipe d'après, pour transmettre les informations sur certains patients qu'on voulait revoir, il y avait des patients qu'on voulait vraiment vraiment, enfin moi je voulais vraiment qu'il y ait un suivi. [...] Alors c'est pas énorme, c'est un suivi tous les 3 mois, mais au moins tu te dis que tu peux avoir des nouvelles et avoir certaines choses suivies, ça c'est chouette ». (M6)

La **satisfaction d'une mission accomplie** entretenait le syndrome du « sauveur ».

« On sauve des vies, on sauve des gens, il y a des trucs qui sont extrêmement bien faits, on permet pendant quelques temps à des villages d'avoir une prise en charge correcte ». (M3)

b) S'oublier soi-même : une part de sacrifice

La volonté de sauver tout le monde allait de pair avec le fait de s'oublier soi-même. Les médecins en mission avaient tendance à **négliger leurs besoins fondamentaux**, avec l'obligation par exemple de choisir entre besoin physiologique et besoin de sécurité.

« En fait on partait le matin, on revenait à 15-16 h, et en fait on mangeait pas trop, au début on avait pas trop organisé ça, et puis c'était « Ben comment on va aux toilettes ? ». [...] Donc au début, moi j'allais pas aux toilettes, mais en fait à un moment tu veux quand même respecter tes besoins physiologiques, et en fait petit à petit, c'est marrant parce que tu te détaches de ce danger quoi, c'est-à-dire que tu finis par le tolérer. Donc on se retrouvait à aller dans les toilettes dans les villages, où on nous disait « tu suis bien ce chemin-là », mais tu savais pas trop si quelqu'un y était déjà passé, et t'ouvrais une porte, et on savait que voilà il pouvait y avoir un petit fil, enfin voilà les Russes sont passés par là, et potentiellement ils ont tout miné quoi ». (M10)

Finalement c'était souvent la sécurité qui passait au second plan, avec une **mise en danger** des médecins.

« Ouais les bagnoles complètement pourries, et on espérait arriver au bout sans se renverser dans les ravins. Ou avoir des singes qui t'attaquent quand tu dors la nuit, ou un énorme boa constrictor qui traverse le dortoir... ». (M3)

Cette mise en danger relevait d'un goût pour le risque assumé. Elle témoignait aussi de l'attrait pour une figure humanitaire idéale capable de sacrifices.

Ce sens du sacrifice conditionnait un **épuisement physique** décrit par tous les médecins.

« C'était vraiment fatigant. Après je dors bien, j'ai un bon sommeil, donc j'arrivais à récupérer, mais ouais physiquement j'étais rincée, j'étais vraiment rincée ». (M6)

L'épuisement psychologique était également courant.

« Et puis, ouais psychologiquement, rapidement d'être euh... d'être fatiguée, mais aussi parce que ça faisait pas de sens quoi, parce que on trouve pas grand-chose à faire, parce que je me sens pas très utile, alors j'essaie de faire des trucs, et en fait on s'épuisait un peu ». (M10)

La mission coïncidait avec la recherche d'accomplissement d'un idéal forgé avant le départ. C'était la période où se construisait le syndrome du sauveur. Mais le moment de la mission était aussi celui de la rupture avec cette approche idéaliste de l'humanitaire.

3. Vivre un traumatisme

Durant leurs missions, les médecins étaient confrontés à la misère sociale et la mort créant des sentiments puissants d'**injustice, de tristesse et de profonde empathie**.

« Mentalement c'est compliqué, parce que on peut se retrouver avec des gens qui ont des pathologies graves, qui sont pas soignés ». (M3)

« Ça c'est des situations qui sont dures, parce qu'elles sont injustes par rapport aux possibilités qu'on a en France ». (M4)

« On a vu les enfants faire les poubelles pour trouver à manger, j'ai vu un enfant de 2 ans faire la manche au milieu des voitures, et là... et là ça fait très mal. Et là tu te dis le gamin qui fait la manche au milieu des voitures il va...enfin, il va mourir. C'est... donc ça, ça a été, oui, la vraie prise de conscience de la misère. [...] Et là c'était vraiment dur ». (M6)

Certains ont même expérimenté la **peur de mourir**, pendant des missions sur terrain de guerre.

« Ça sonnait un peu nuit et jour les alertes dans la ville où on était, donc en fait rapidement quand même, on prend conscience qu'on est... voilà qu'on est quand même dans une zone de guerre quoi, vraiment, et que c'est une guerre moderne, donc elle peut toucher un peu partout. Donc rapidement, quand même le sentiment qu'on est loin de la ligne de front, mais que on est, on est atteignables quoi, il y a quand même ce sentiment qui est présent. Ouais franchement psychologiquement... ». (M10)

Un des médecins interrogés présentait même des symptômes d'**épuisement professionnel sévère**, avec **dépersonnalisation** et troubles de la mémoire immédiate.

« Le truc qui était un peu impressionnant c'était cette espèce d'impression de sortir un peu son corps et de se voir de l'extérieur, et d'avoir des espèces de trous de mémoire, comme si il me manquait des trucs... Je me rappelle d'un truc, ça m'a marqué, d'un enfant que j'ai massé pendant un moment, que j'ai essayé de réanimer, ça a été long, et puis il est mort, et puis il avait été mis à côté, ils étaient emballés dans leur couverture avant d'être remis aux parents, et je vais pour écrire l'observation dans le dossier là sur ce qui s'est passé, et je me retourne, et je savais plus, je savais plus qui était cet enfant. C'était assez étrange ». (M5)

Plusieurs médecins avaient vécu un **traumatisme** pendant leur mission.

« Un gamin de 10 ans, qui était en opisthotonos terrible, et on avait que du valium, voilà, avec du valium. Et ça, ça a été difficile ça. Je garderai toujours l'image de ce gamin de 10 ans, qu'on pouvait pas soulager, il est mort le lendemain. C'était quelque chose de dramatique ça, c'était quelque chose

dramatique [...] on peut pas on peut pas oublier, on oublie des choses, j'ai vu des pathologies, quand on y repense, j'ai vu des choses horribles, mais ce sont des choses qui nous marquent ça, on peut pas les oublier ». (M8)

4. Vivre des désillusions

Partis avec une image idéalisée de l'humanitaire, les désillusions étaient multiples. La première **désillusion concernait le travail** effectué en mission.

« Les moyens logistiques avaient pas complètement suivi au départ. L'organisation était quand même assez discutable. Je me suis retrouvé à faire des massages cardiaques à des enfants, le stéthoscope fonctionnait tellement mal, que je n'étais même pas sûr d'entendre le cœur ou non, à savoir s'il fallait masser ou non. Après il y a des bons stéthoscopes qui sont arrivés plus tard mais bon, j'étais parti sans le mien... Et c'est pareil, tous les protocoles et les guides qu'ils pouvaient fournir sont arrivés après, donc quand je suis arrivé et qu'ils étaient pas là, j'avais juste ce que j'avais pu télécharger sur mon téléphone, et qui était presque inexploitable ». (M5)

Certains médecins décrivaient une **désillusion concernant l'ONG**, en laquelle ils avaient confiance.

« L'ONG demande longuement ce dont on est capable, ou ce qu'on sait faire ou tout ça, mais finalement quand ils nous envoient quelque part, ils en tiennent pas compte du tout ». (M5)

Une **désillusion concernant la réalité du terrain** étaient rapportée.

« Effectivement il faut pas arriver avec un sac de riz, ça sert à rien. Il faut arriver avec des outils, pour qu'ils puissent cultiver la terre, et pour pouvoir se nourrir eux-mêmes. Et arrêter de racheter tous les terrains côtiers. Il nous expliquait, tous les terrains côtiers étaient rachetés par les Chinois, et tous les [habitants] étaient expropriés, et entre la première et la 2ème mission, la taille du bidonville autour de [la ville] a augmenté. J'ai trouvé que la quantité de bidonville... enfin j'avais pas souvenir que c'était comme ça la première fois. Et là, tu te dis que le pays est vraiment laissé à l'abandon ». (M6)

Les difficultés traversées en mission favorisaient des **tensions dans l'équipe**.

« Globalement la première semaine ça se passe bien, la 2e semaine ça commence à être compliqué, et la 3e semaine on s'engueule beaucoup. Donc c'est sûr qu'il y a une fatigue de groupe qui arrive ». (M4)

L'une des médecins racontait avoir **subi du sexisme au travail** en mission.

« Moi à titre un petit peu plus personnel, j'ai été confrontée au fait d'être un médecin femme, pas du tout de la part des infirmiers et des aides-soignants,

mais par rapport à un de mes collègues tchadiens, pour le coup c'était, je crois que c'était la première fois que être une femme m'a semblé mettre en cause mes compétences ». (M9)

Enfin, les médecins devaient faire face à une **désillusion concernant l'humanitaire**.

« L'humanitaire peut desservir parfois, et entretenir des systèmes de dépendance. Et ça, c'est vrai ». (M7)

D. REVENIR : les transformations du MG au retour

1. Être abîmé par l'humanitaire

Les traumatismes et désillusions vécus en mission étaient responsables de souffrances psychologiques au retour.

Plusieurs médecins décrivaient au retour des symptômes de **stress post-traumatique**.

« Quand je suis rentrée, j'ai vu les psychologues de l'ONG, et malgré tout, j'avais un vrai stress post-traumatique, j'avais peur de mourir en fait ». (M9)

« Et ça, ça, ça a duré hein, et c'est ça, avoir des, mais ça me le fait encore hein, s'il y a des bruits forts, ou des machins, un truc que je faisais pas, je sursaute assez facilement, je suis vite en fait à vouloir aller sous une table et tout ». (M10)

Le retour était vécu **d'autant plus difficilement que la mission avait été difficile**.

« Après [ce pays en guerre], là c'était plus compliqué, le retour a été difficile, il était difficile parce que la mission avait été difficile ». (M9)

Certains **ressentaient de la colère** au retour.

« C'est vrai que c'est très très compliqué, et ça me mettait même en colère. Un sentiment de colère que j'ai toujours hein, parce que y a des fois quand j'entends des trucs à la télé, quand j'entends les revendications des gens, mais je me dis qu'ils aillent [là-bas ! ». (M2)

L'une d'entre eux avait traversé une période d'**aboulie** au retour.

« Je pense que j'avais tellement compensé là-bas pour être fonctionnelle, pour dire il faut que je sois capable de, d'avancer dans la mission, il faut, il faut, il faut trouver des choses à faire, il faut, il faut avancer, quoi, qu'arrivée en France, j'ai un peu tout lâché quoi, et j'étais plus du tout capable de prendre une décision, de quoi t'as envie, j'avais plus d'envie particulière, j'avais plus... J'étais vraiment sur les besoins de base, quoi ». (M10)

2. Devenir étranger chez soi

La mission humanitaire était l'occasion de **s'ouvrir à d'autres cultures**.

« Et puis moi j'ai trouvé ça formidable de rencontrer une nouvelle culture, de rencontrer d'autres personnes, enfin voilà c'était... moi j'ai trouvé ça hyper enrichissant, ça m'a beaucoup plu ». (M6)

Cette immersion dans une autre culture était l'occasion de **mieux comprendre le monde**.

« C'est bien d'aller voir, moi je recommande à des jeunes d'aller une fois ou deux en mission humanitaire, pour se rendre compte de l'état moral et médical de la population, et ça leur permet de comprendre le pourquoi les gens migrent et s'en vont ». (M3)

Mais le vécu de la mission pouvait s'exprimer au retour par **une vision plus pessimiste du monde**.

« C'est profondément triste la guerre, je pense que j'avais jamais ressenti un truc aussi, aussi triste quoi. Donc ouais ça m'a quand même donné une vision du monde aussi, assez noire quoi ». (M10)

L'expérience de la mission humanitaire et de ses traumatismes ont modifié en profondeur leur empathie. Au retour, une hiérarchisation des malades et des maladies s'est instaurée avec une **mise à distance des plaintes des patients voire des proches**.

« Je me souviens très bien d'un truc, on est rentrés et la belle-sœur d'un ami venait de perdre sa mère à 50 ans d'un cancer, et il a dit devant tout le monde, c'était atroce, il a dit devant tout le monde au repas, il a dit « oui bah elle avait 50 ans quoi, ça va ». Et euh... et la seule qui n'a pas été surprise, c'était moi. Enfin je savais que c'était bizarre de dire ça, mais, mais oui, mais en même temps quand t'as vu des enfants mourir avec des membres arrachés, qu'est-ce que tu veux dire ? ». (M9)

Ils **se sentaient incompris** de leurs proches, seuls leurs pairs pouvaient les comprendre.

« On peut pas... Il y a ce sentiment en fait, que les seules personnes qui peuvent nous comprendre, c'est les gens qui sont avec nous en mission, et du coup j'anticipais déjà le retour, de me dire ça va être compliqué ». (M10)

Le décalage vis-à-vis de ses proches pouvaient prendre la forme d'une **souffrance de ne rien avoir construit dans leur vie personnelle**.

« Donc moi mes copines, elles commençaient à se marier à leurs copains, et puis après elles ont acheté leur maison, puis après elles ont eu leur grossesse... et donc tu vois ça, tu vois la vie défiler en fait des autres, et ça ça fait... t'es

comme si t'étais extérieur quoi, donc ouais c'est ça aussi... qui a partagé, enfin pas qui a partagé, mais qui fait travailler quand même, ça fait travailler, ouais c'est ça, à titre personnel ». (M7)

De ce décalage par rapport aux normes sociales professionnelles ou personnelles pouvait naître un **sentiment de solitude**.

« Je pense qu'au retour, comme j'étais déformée par la mission, je me sentais hyper seule et isolée, parce que je me rendais compte que j'étais plus adaptée, et que j'étais toute seule comme ça, du coup j'avais l'impression d'être super bizarre, et que tout le monde était normal autour ». (M10)

Pendant leur mission, l'entourage des médecins avait vécu des étapes de la vie. Au retour, découvrir ces changements contribuait au sentiment d'être devenu **un étranger chez soi**.

« Dans ma famille aussi j'ai un décès d'un oncle qu'on m'apprend [...] je sais qu'à un moment ça va me revenir dans la figure de me dire « Ah ouais quand même, t'étais pas là, et puis il va falloir à un moment que tu réalises que quand tu rentres, il est plus là quoi », voilà ». (M10)

Certains ressentait aussi de la **culpabilité d'avoir laissé leurs proches**, et en particulier leurs enfants.

« Je me rappelle surtout de mon fils, il était pas grand il avait un an et demi ou 2 ans, et lui il m'a bien fait la gueule pendant 2-3 semaines quoi. Et pourtant il était tout petit tu vois, donc c'était c'est vraiment juste on voyait bien que je l'intéressais plus, enfin clairement il faisait la gueule quoi. Et puis c'est passé... ça a duré quand même 2 semaines je pense ». (M1)

Dans la sphère professionnelle aussi, les médecins n'avaient plus les mêmes références. Par exemple, certains **médecins s'agaçaient des remarques des patients**.

« Ma première réaction quand je suis rentré, c'est que j'ai été un petit peu en retard lors d'une consultation, j'ai eu une consultation qui a duré, et la patiente suivante a commencé à râler parce que j'étais un petit peu en retard, et là je crois que je l'ai mise dehors en lui disant « Ben écoutez, il y a des gens qui attendent des fois 48 heures pour qu'on les soigne, vous vous râlez pour 10 min ou un quart d'heure », ma réaction a été un peu bête, il faut bien le reconnaître, elle pouvait pas savoir bien évidemment, et puis elle avait peut-être raison de râler, je sais pas ». (M8)

Ils étaient **hermétiques aux plaintes des patients**, d'autant plus concernant les plaintes médicalement peu justifiées.

« Quand je suis revenue de ma première mission, j'avais l'impression d'être complètement déconnectée, et de pas comprendre ce que les gens me demandaient en fait, et les exigences des gens ». (M2)

« Quand je partais en mission, je disais je vais enfin voir des malades malades et des patients patients. Parce que c'est vrai que nos patients ne sont plus forcément patients, des fois ils viennent pour de la bobologie et pas être malade ». (M2)

Finalement, une **perte d'empathie** se dessinait au retour de mission. Les médecins n'avaient plus les mêmes références, que ce soit dans la sphère privée ou professionnelle.

3. Redéfinir son identité : devenir un humanitaire

Devenus étrangers chez eux, « hors-normes », les médecins cherchaient à s'identifier à une nouvelle norme.

Ils relataient ainsi d'une **identification forte à leurs pairs** humanitaires dès la mission, puis au retour. Ils s'appelaient entre eux en se nommant par le nom de leur ONG : « les MSF » par exemple.

Ils se sentaient compris et soutenus par leurs pairs.

Enfin, s'identifier à ses pairs, c'était aussi constater qu'**aller mal est commun en humanitaire**.

« Il y a un terme dans [l'ONG], qu'on entend tout le temps, qui est « il est cramé ». Il est cramé, ben il est cramé, tout le monde est cramé dans [l'ONG]. Enfin franchement, les gens sont barrés ». (M9)

Cette identification à leurs pairs avait un caractère rassurant. Les médecins n'étaient plus les mêmes qu'avant leur mission, mais ils étaient semblables à leurs pairs. Ils étaient **dans la norme des humanitaires**. Ils pouvaient s'identifier à eux, y compris et surtout d'ailleurs parce qu'ils avaient traversé les mêmes difficultés. Ils se comprenaient entre eux.

4. Développer un profil et des conduites addictives

Des conduites addictives ont été rapportées dès la mission avec une **consommation d'alcool augmentée** et exprimée comme nécessaire.

« En fait on a énormément bu d'alcool, tous les soirs il y avait une bouteille de rhum qui descendait hein, c'était hallucinant la quantité d'alcool qu'on a bu hein, voilà c'était sur un mode, les gens étaient sur un mode festif ». (M6)

« Ceux qui n'aiment pas l'alcool, bah ils reviennent plus quoi ». (M8)

Ils avaient la sensation de **vivre plus intensément** en mission.

« Donc c'est très intéressant, le souvenir que j'en ai c'est que c'est exaltant, le mot est peut-être là, exaltant, intéressant ». (M3)

Certains médecins cherchaient à reproduire ce vécu exaltant de retour en France. Pour ce faire, ils n'hésitaient pas à se mettre en difficulté au travail.

« Après ça, j'avais changé de voie, je voulais arrêter la médecine générale, [...] après il y avait un poste de médecin qui était vacant dans un service hospitalier, je me suis dit voilà j'ai suffisamment d'expérience maintenant pour prendre ce poste-là, parce que c'était un poste tout seul, t'es tout seul, donc faut quand même être un peu costaud et expérimenté pour faire ça, donc voilà, c'est un peu de l'humanitaire aussi, et c'est ce que j'aime bien ». (M5)

La **mission elle-même** avait un pouvoir addictif : les médecins cherchaient à vivre les mêmes sensations intenses, entre mise en danger et exaltation.

« Y a un côté addictif tu vois y a un vrai côté un peu pathos qui est de putain c'est quand même kiffant ». (M1)

« On a l'impression d'avoir été reboosté, et ça reste quelques mois, puis après on retourne dans une impression de retomber dans la monotonie, et puis on retourne en mission ». (M2)

Ils avaient envie de repartir, et ce avec la même ONG. Ils faisaient preuve d'**ambivalence vis-à-vis de l'ONG**.

« Et même après, je vais dire, même après avoir vécu et participé à ce truc-là, je continue d'avoir une vision fantasmée de cette ONG, c'est quand même très étrange. C'est un peu bizarre, même d'aller... Le copain avec qui je suis resté en contact, il est toujours chez cette ONG, donc quand il revient en France, il va dans les bureaux de l'ONG, et donc des fois on se retrouve là-bas, et d'aller là-bas, je sais pas, j'ai un espèce de... ça m'attire, je sais pas les gens que je croise et tout ça, j'en ai fait partie, mais je continue une idée idéalisée, curieusement ». (M5)

E. SURMONTER : les mécanismes de défense mis en place

1. Se soutenir entre pairs

Les médecins nouaient des **liens forts avec leurs pairs** en mission.

« Mais je me suis sentie liée à ces gens d'une façon comme jamais quoi, comme si c'était de la famille, enfin à un moment c'est assez incroyable, c'est fascinant en fait de se rendre compte que dans la galère on développe des, des, des

systemes de survie, qui fait que ouais c'est ça, le lien avec ces gens était vital quoi ». (M10)

Beaucoup décrivaient l'importance des **débriefings réguliers** avec leurs pairs.

« On en parle le soir, c'est des débriefings. Alors moi quand j'étais sur les 2 dernières missions, soit chef de mission, soit participante, il y a eu des fois où on se demandait le soir ce qui nous avait plu dans la journée, ce qu'on avait envie de partager tout ça, pour essayer de se retrouver. Au moins tous les soirs on se faisait un petit état des lieux ». (M4)

Et ils étaient nombreux à **garder contact** avec leurs collègues et bénéficier ainsi d'un espace de **débriefing informel**.

« Mais alors, moi non, j'étais dans une équipe, et d'ailleurs ma première mission, ça fait plus de 10 ans, on se voit tous les ans avec mon équipe. [...] Je garde contact avec beaucoup de gens de l'ONG, donc je pense c'est aussi ça l'espace informel de débriefing surtout, c'est l'espace informel ». (M7)

Il était important que le débriefing puisse aborder le vécu personnel, et ne se concentre pas seulement sur le caractère professionnel de la mission.

« Tu y allais, t'étais en mode « ah bah tiens je suis revenue du terrain, bah super, on discute, on prend le café, et il y a pas l'enjeu qu'il y a au siège à Paris, où t'es sur des briefings, débriefings en début et en fin de mission, et là vraiment ça porte que sur ton travail, ça porte pas sur toi ; et à l'asso tu trouves vraiment ça, un débriefing plus personnel ». (M9)

2. Prendre du recul

Cultiver sa **capacité à se détacher** était un des mécanismes de défense mis en place par une des médecins.

« C'est ce que m'ont offert mes psychos de l'ONG, ils m'ont offert la capacité de me décaler, et ils travaillent beaucoup ça finalement avec les expats, en disant, non mais sortons un peu, regarde-toi, regarde la mission que tu viens faire, c'est une goutte dans l'océan, on s'en fout, ça va, ça va, ça va aller, tout se passe bien, mais regarde, regarde, prends le temps de regarder, ça pour moi c'était vraiment nécessaire ». (M9)

3. Être soutenu par ses proches

Ils bénéficiaient du **soutien de leurs proches** dans les périodes difficiles.

« J'ai eu un coup de blues, j'ai téléphoné, et puis en fait les enfants ils ont été adorables, ils m'ont boostée, ils m'ont dit c'est bien maman ce que tu fais, c'est cool, c'est chouette, vas-y continue on pense à toi, tu rentres bientôt... ». (M6)

4. Bénéficiaire de l'expérience

L'expérience aidait à **mieux vivre la mission** sur place.

« Après, je ne pense pas que ça me paralyse, j'arrive à mettre à distance, je commence à avoir suffisamment d'expérience maintenant pour mettre les choses un peu à distance ». (M6)

L'expérience aidait à **mieux vivre le retour** également.

« J'ai pas l'impression de vivre le même décalage, maintenant quand je reviens ». (M2)

5. Séparer les deux réalités

Cloisonner les deux réalités, celle de la mission, et celle de leur vie en France, avait été rapporté par plusieurs médecins comme étant une aide à la fois sur place et au retour.

« C'est se dire en France on a les moyens qu'on a, et on fait ce qu'on peut faire avec nos moyens, [dans ce pays] il y a les moyens qu'on a là-bas et on fait ce qu'on peut faire avec les moyens de là-bas. Et en fait je pense qu'il faut réussir à dissocier les deux en fait, pour que le retour soit plus facile ». (M2)

6. Conscientiser ou être dans le déni

a) Conscientiser ses besoins

Avant de prendre conscience de ses besoins, il était d'abord question d'**accepter d'aller mal**.

« Et voilà comment quand on est rentrés [de là-bas] on était... ça n'allait pas-du-tout (insiste sur chacun des 3 mots), et c'est vraiment ça qui, où je me l'étais toujours dit, et quand ça nous est arrivé, je me suis dit, « woh ! reste là, arrête on fait autre chose », on... on se pose, on va... voilà, on se reconstruit, on gère, ça fera partie de nous, c'est pas possible autrement ». (M9)

Parmi les besoins au retour, tous les médecins avaient **besoin de temps**. Ce temps de repos était une condition nécessaire à la poursuite de l'humanitaire dans le temps.

« Je dirais ce que moi on m'a toujours dit, c'est-à-dire qu'il faut se reposer au moins la moitié du temps que t'as passé sur le terrain. Ça paraît hyper long, mais en fait, fais nous confiance. Si tu repars trop tôt, tu vas pas en profiter en fait, tu vas pas tenir sur la durée ». (M9)

Pour aller mieux, retrouver un **milieu professionnel connu et rassurant** pouvait aider.

« J'avais prévu ça pendant la mission, je m'étais dit Ah Ben tiens je vais rentrer en France, ce sera l'été, et je vais remplacer 5-6 semaines mes collègues que je connaissais, dans un hôpital que je connaissais, du coup avec, tu vois, des trucs un peu structurants, que je connaissais ». (M9)

L'importance de garder un **ancrage personnel fort** et de l'entretenir entre les missions était souligné également.

« En fait je reste suffisamment en France pour pouvoir recréer des liens, pour maintenir une vie en France, maintenir une réalité, enfin voilà pour pouvoir toujours revenir, j'ai mon mari, j'ai ma famille, enfin j'ai une vie, et de me dire je peux partir, mais pas trop souvent, garder suffisamment des intervalles en France ». (M10)

Ils faisaient **preuve de résilience**, pour trouver des solutions pour se reconstruire.

« Du coup bah le yoga ça permettait aussi de respirer et de trouver une forme d'apaisement qui était pas mal ». (M9)

« C'est là aussi où je me suis intéressé à la méditation de pleine conscience, suite aux discussions avec le copain, donc voilà ça faisait partie des choses que j'ai tenté aussi, je pense que ça mériterait d'être mieux connu ». (M5)

Enfin, accepter d'aller mal permettait d'**accepter de se faire accompagner**.

« Ils ont des listes de psychologues par zone géographique, et donc ils m'ont orientée vers quelqu'un, et j'ai fait une psychothérapie sur quelques mois, qui m'a bien aidée ». (M9)

b) Être dans le déni

Plusieurs médecins interrogés étaient cependant dans le **déni** quant à la profondeur des difficultés traversées et à leur besoin d'un accompagnement professionnel.

« Je vais en parler, le fait d'en parler déjà, je peux en parler avec des gens qui le comprennent, bon je peux en parler à mes proches... Le fait d'en parler, ça peut être un bon exutoire, ouais, c'est une bonne thérapie je trouve, j'ai pas besoin d'avoir une thérapie hein, je pense que je suis assez fort ». (M8)

« J'ai pas senti le besoin de faire des vraies séances de psy à proprement parler, sur du retour de mission ». [Puis en fin d'entretien :] "C'est assez sympa en fait de pouvoir, d'avoir un temps pour parler de tout ça, et euh ouais je pense que c'est très intéressant, je pense que c'est très thérapeutique presque tu vois ». (M1)

F. CRITIQUER : le temps de la réflexion

1. Remettre en question l'humanitaire

Certains médecins **remettaient en question l'humanitaire international**.

« Et quand on rentre, on se demande si on a été vraiment utile ou pas. Et avec les années, et avec les activités que j'ai développées en France après, eh bien je me pose des questions finalement sur l'intérêt de le faire. Il y a toujours un petit côté qui me chagrine, colonialiste français, qui est là pour dire que la médecine que l'on va leur proposer est sûrement importante, et les gens adhèrent, mais moi ça me gêne toujours un peu ». (M3)

2. Se remettre en question

Certains **remettaient en question leur engagement humanitaire international**.

« Mais quand on vieillit, on se dit « mais pourquoi on fait ça » et c'est bien de le faire mais il faut le faire en étant conscient de ce qu'on représente et de quelle image on véhicule, et ça c'est très important ». (M3)

Pour d'autres, la **remise en question** personnelle portait plutôt sur **le mode de vie**.

« Cette remise en question aussi de notre façon de vivre, enfin cette façon de vivre qui nous paraît normale, de le confronter à des façons de vivre différentes, enfin qui permettent de se remettre en question soi-même, c'est assez intéressant. Je ne parle pas seulement du confort, où on peut vivre très très bien avec beaucoup moins de confort, mais plein de choses qui nous paraissent complètement naturelles, auxquelles on ne réfléchit plus, et le fait d'aller s'imprégner d'une autre façon de vivre, ça remet aussi en question des choses sur lesquelles on ne s'interrogeait plus ». (M5)

G. ÉVOLUER : la transmutation de son expérience

Au retour, on assistait à une volonté de transmutation de leur expérience par les médecins. On pouvait définir transmutation comme une transformation qui permettrait de donner du sens à l'expérience.

1. Donner du sens à son expérience

Les médecins **valorisaient leurs acquis de missions**. Leur expérience leur permettait de mieux gérer les tensions d'approvisionnement de traitements ou encore de donner des astuces simples et pratiques à leurs patients.

« Là-bas il y a pas de solution de réhydratation orale pour les enfants, donc on la prépare. Et c'est vrai que après, et ça je le gardais un petit peu parce que les solutions de réhydratation orale ne sont pas remboursées, sont quand même chères, donc c'est vrai que pour mes familles qui étaient un petit peu en difficulté financière, je donnais la recette des solutions de réhydratation orale ». (M2)

« Faisons un parallèle avec ce qui nous arrive, il n'y a plus d'augmentin, il n'y a plus d'amoxicilline, il n'y a plus de flécaïne... Aujourd'hui, on arrive à la même situation. Mais du coup, ma dernière garde d'hiver, au début de ma garde j'ai appelé la pharmacienne en disant « qu'est ce qu'il te reste comme médicaments », « il me reste 2 flacons d'orelox, 3 flacons d'amox pédiatrique, mais je peux me débrouiller pour du 500... » et j'ai fait « ok, bah je vais faire ma journée avec ça, je vais me débrouiller ». Du coup j'avais l'habitude, de l'anticipation pour ça ». (M6)

Le **partage de leur expérience humanitaire avec leurs patients** était un atout dans la relation soignant-soigné.

« Alors les patients savaient que j'allais faire ça, ils me posaient beaucoup de questions, j'expliquais un petit peu quel était mon rôle, et puis ils ont tous apprécié que je fasse ça. Et puis, ben quand ils me posaient des questions, je leur racontais un petit peu comment ça se passait, et la différence qu'il y avait entre la médecine qu'on a là, et ce qu'il y a là-bas et surtout la chance qu'on a, même si tout n'est pas parfait ». (M8)

Pour l'un d'eux, l'expérience humanitaire lui permettait d'**avoir une proximité avec des patients** d'origine étrangère qu'il continuait de soigner en France.

« Tu te sens plus proche du patient quand t'es allé dans son pays, ça c'est très important. Et le patient se sent mille fois mieux si il voit quelqu'un qui connaît son pays, donc ça c'est un avantage, il va plus te raconter les raisons pour lesquelles il est là, parce que tu vas le comprendre en fait ». (M3)

Un médecin avait même **monté au retour un projet qui faisait sens** avec son expérience passée en humanitaire et ses passions actuelles. Il s'agissait d'un projet sur le territoire national, venant en aide aux mêmes populations qu'il avait rencontrées en mission.

2. Convertir à l'humanitaire

Il était important pour les médecins interrogés d'**impliquer leurs proches** dans leur expérience humanitaire, voire de **partir ensemble**.

« Ça se passe plutôt bien avec ma nana, et effectivement c'est quelque chose qu'on partage vraiment, dont on peut discuter, elle sait ce qui se passe, elle sait, elle commence de plus en plus à bien comprendre les contextes sur lesquels je pars, c'est un vrai partage quoi elle subit pas le truc, elle est partie prenante, elle va me donner son avis... ». (M1)

« Et puis on était partis avec mon conjoint ensemble, ça, ça m'avait bien plu quand même, parce que ça me sécurisait ». (M9)

Plusieurs d'entre eux avaient à cœur de **transmettre leur passion**.

« Par contre, j'ai réussi, j'ai des amis qui sont partis avec moi en mission après, donc je pense que j'ai réussi à donner envie aussi, de vivre ça quoi ». (M2)

H. REPARTIR ? La poursuite ou non de l'engagement humanitaire

1. Poursuivre son engagement

Certains médecins souhaitaient **poursuivre les missions** humanitaires.

« Vraiment, ça m'a beaucoup plu, je pense que je referai de l'humanitaire un jour. Je sais pas quand, je sais pas comment, je sais pas avec qui, mais voilà, je pense que je referai un jour, c'est sûr ». (M6)

D'autres s'épanouissaient dans un type d'**engagement différent**, s'éloignant des missions.

« Un de mes liens professionnels en tout cas encore avec l'ONG, c'est que je fais partie d'un programme, alors ils appellent ça du mentoring, ils ont pas trouvé de meilleur mot, c'est une forme de parrainage en fait, c'est comme une ligne d'écoute que t'as avec quelqu'un, alors moi je fais ça avec justement des médecins référents, qui occupent la même position que j'ai occupée, et tu les suis tout le long de leur mission, et en fait c'est comme une ligne d'écoute ». (M7)

2. (Re)définir ses priorités

Sans s'empêcher de refaire de l'humanitaire plus tard, plusieurs médecins décidaient de **prioriser leur vie professionnelle en France** pour le moment.

« Aujourd'hui, mon énergie elle est focalisée sur mon cabinet, puisqu'on fait construire une extension pour accueillir des nouveaux professionnels, donc ça, ça me prend du temps, il faut que j'arrive à gérer ça en plus du boulot, donc pour l'instant mon énergie elle est concentrée là-dessus ». (M6)

Pour une des médecins, l'arrêt des missions humanitaires était consécutif à la décision de **prioriser sa vie personnelle**.

« Et puis, bon, après la vie perso elle te rattrape aussi, et puis j'avais envie d'être chez moi, enfin bref, j'approchais la quarantaine donc blablabla, crise de la quarantaine, j'avais envie de faire autre chose quoi ». (M7)

V. DISCUSSION

A. Résultats principaux

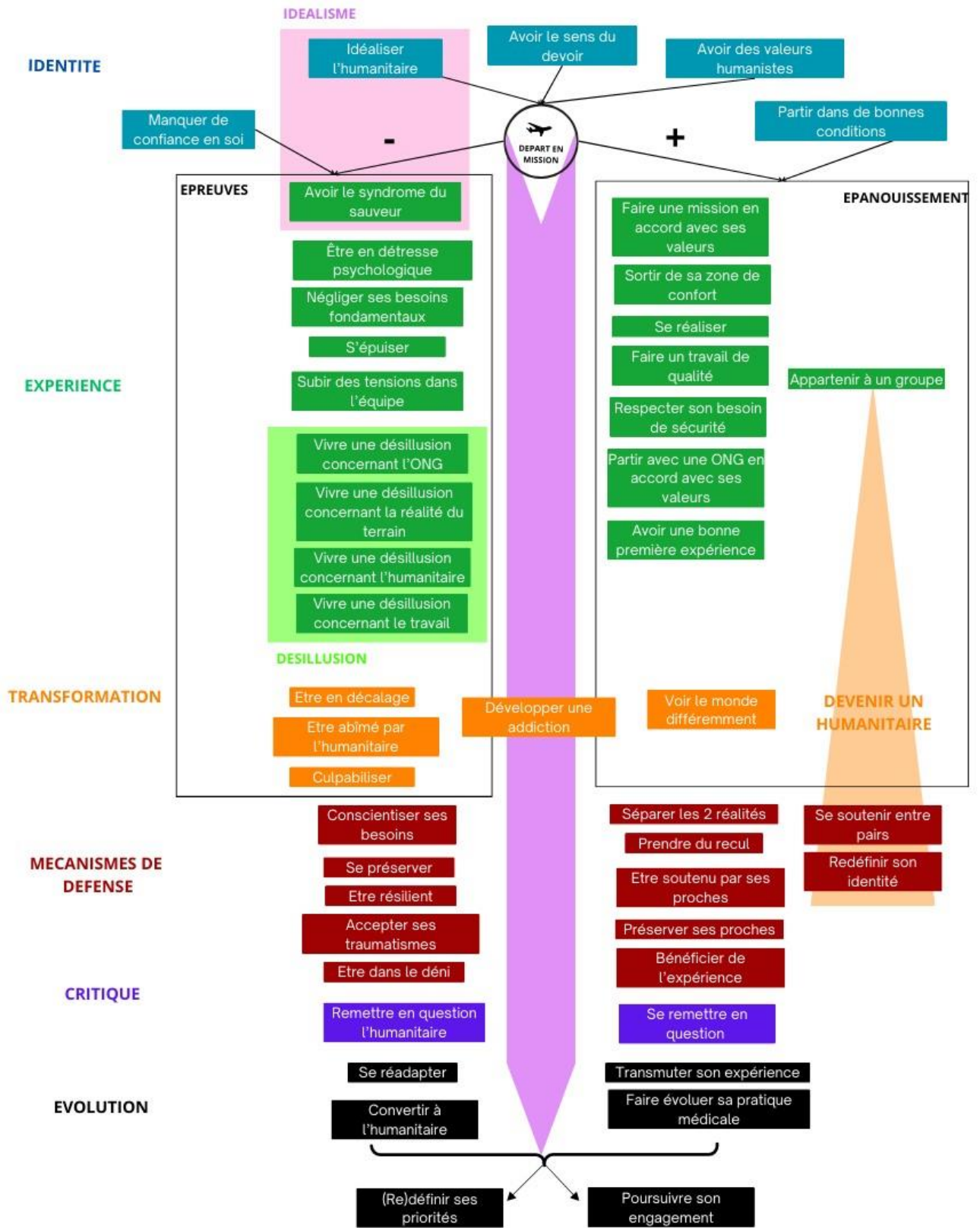
On retrouvait un idéalisme commun aux médecins, nourri par leur imaginaire et les supports médiatiques des grandes ONG. L'idéalisme, les valeurs humanistes et le sens de l'engagement prononcé constituaient les éléments moteurs pour un départ en mission humanitaire.

Pendant la mission, l'expérience vécue semblait initialement se conformer à leurs projections et représentations. Un « syndrome du sauveur » était défini par la volonté de soigner voire sauver la population en mission, quitte à s'oublier soi-même. La mission était marquée par des épreuves, entre traumatismes et désillusions.

Au retour de mission, une souffrance psychologique était exprimée avec un sentiment d'étrangeté et de décalage avec leur norme sociale, familiale et professionnelle. Ils se sentaient étrangers dans leur propre pays. Ils n'avaient plus les mêmes systèmes de référence et devenaient donc « hors-normes ». L'expérience humanitaire avait transformé et réduit leurs valeurs d'altruisme et d'empathie, allant même jusqu'à de l'indifférence pour les souffrances et plaintes de leurs patients et de leur entourage. Une hiérarchisation de la misère s'était installée. Cet isolement sociétal renforçait les interactions et la communauté entre pairs humanitaires. Ils se sentaient soutenus par leurs semblables et préféraient le débriefing informel avec leurs pairs plutôt qu'un débriefing institutionnel.

Les addictions et la mise en danger semblaient consubstantielles au profil du médecin humanitaire et malgré les traumatismes vécus, le besoin de retourner en mission – objet lui-même addictif – était important.

Finalement, le parcours traversé au retour de mission humanitaire apparaissait comme un catalyseur d'évolution personnelle. En effet, il permettait de faire évoluer sa pratique médicale, ou de réaliser quelles étaient ses priorités : poursuivre son engagement en France ou ailleurs, ou se consacrer à d'autres projets.



Carte heuristique 1 – Modèle explicatif du vécu au retour

B. « Partir, revenir, mourir un peu » : comparaison avec la littérature

La littérature regorgeait de données sur les difficultés rencontrées par les travailleurs humanitaires en mission. Mais qu'en était-il au retour ?

L'intitulé de cette section cite le sous-titre d'un livre « HUMANitaires : Partir, revenir, mourir un peu » (24). Patrick Robitaille, travailleur humanitaire, y écrivait à propos du retour : « *D'abord, on ressent une euphorie éphémère parce qu'on revoit les gens aimés, puis, rapidement, un blues causé par l'adaptation à une vie à laquelle il manque l'intensité vécue là-bas, et de la solitude parce qu'on est loin de notre clan d'humanitaires qui a vécu la même chose que nous. [...] Je dois me résigner au fait que je ne pourrai jamais transmettre complètement aux autres les sentiments d'urgence et d'indignation qui m'habitent au sujet des situations que j'ai vécues* ».

1. Le retour de mission des travailleurs humanitaires

La prévalence des troubles de stress post-traumatiques probables chez les travailleurs humanitaires était de 15,8%, ce qui était plus important que dans la population générale (25). Ces résultats étaient cohérents avec les symptômes de stress post-traumatique évoqués par les participants de notre étude.

Des questionnaires d'auto-évaluation de leur santé physique et mentale par des travailleurs humanitaires avaient été réalisés au moment du départ (T1), au moment du retour (T2) et 2 mois après le retour (T3) (26). Chaque item, comme la vitalité, le bien-être émotionnel ou les aptitudes sociales, était transformé en une échelle de 0 à 100 (0 correspondant à l'indice le plus bas de qualité de vie ; et 100 l'indice le plus haut). Les questionnaires démontraient une baisse significative ($p = 0,014$) des aptitudes sociales entre T1 (moyenne = 86,9) et T2 (m = 83,6). De la même manière, il y avait une baisse significative ($p = 0,04$) du bien-être émotionnel entre T1 (m = 79,7) et T2 (m = 77,9).

Une augmentation significative des symptômes de burn-out était retrouvée entre T1 (m = 1,66), T2 (m = 1,81) et T3 (m = 1,78).

Enfin, à T2, 12% des travailleurs humanitaires rapportaient un mésusage de l'alcool.

Les résultats de notre travail de recherche concordaient avec les conclusions de cette étude. Lors des entretiens, les médecins décrivaient en effet une souffrance psychologique au retour. Ils présentaient aussi une consommation augmentée d'alcool, des symptômes de burn-out et rapportaient une baisse des aptitudes sociales. Notre travail précisait quelles étaient les manifestations de cette baisse des aptitudes sociales : diminution de l'empathie, sentiment de solitude et sentiment d'être étranger chez soi.

2. Le retour de mission des professionnels de santé

Dans une étude qualitative qui portait sur l'expérience des humanitaires médicaux expérimentés, ces derniers évoquaient des difficultés au retour pour se réintégrer dans leur pays d'origine (27). « *C'est plus difficile de revenir que de partir. Se confronter à sa propre société est plus dur que de se confronter à d'autres* ». On retrouvait ces difficultés dans notre étude avec la sensation pour les médecins interrogés d'être des étrangers chez eux au retour. Ils n'avaient plus les mêmes références, la réintégration était difficile puisqu'ils étaient devenus « hors-normes ».

Les auteurs décrivaient cependant des éléments que nous n'avons pas retrouvés dans notre recherche. Ils notaient que le nombre d'organisations humanitaires débriefant leurs volontaires de retour de mission était faible. Ils soulignaient qu'on attend en général des travailleurs humanitaires qu'ils développent leurs propres compétences en matière de gestion du stress émotionnel.

Dans un article portant sur l'impact du travail en zone de guerre pour les humanitaires médicaux, C. Hewison décrivait la possibilité d'un changement de perspective au retour (28). Nos résultats précisaient ce changement de perspective en suggérant une vision plus pessimiste du monde au retour. C. Hewison citait la solitude et l'épuisement ressentis par les humanitaires au retour, notions que nous retrouvions dans notre étude. Elle mentionnait également la culpabilité de vivre dans le luxe alors que d'autres n'ont rien, élément qui n'avait pas été rapporté par les médecins au cours de nos entretiens. Notre étude mentionnait plutôt la culpabilité de laisser ses proches et notamment ses enfants.

3. Le retour de mission des médecins généralistes

Aucune étude ne portait spécifiquement sur le vécu au retour des médecins généralistes. Le sujet du retour était abordé dans des thèses explorant l'expérience humanitaire dans son ensemble.

Une proportion très importante (79%) des MG interrogés par C. Berbé décrivaient un impact direct des missions humanitaires sur leur pratique professionnelle quotidienne (29). On retrouvait notamment une diminution de la sensibilité et de la réceptivité aux pathologies bénignes. La relation médecin-malade semblait parfois enrichie, avec une ouverture et une empathie pour les patients d'origine étrangère. Cette étude descriptive se basait toutefois sur un échantillon limité de 19 participants, dans une zone restreinte (Meurthe-et-Moselle). Notre travail de recherche retrouvait de la même façon une diminution de l'empathie au retour. Les médecins de notre étude appréciaient partager leur expérience humanitaire avec leurs patients, et pour l'un d'eux, la mission avait été l'occasion de se rapprocher de ses patients d'origine étrangère au retour. Nos résultats étaient concordants avec cette étude et précisaient l'impact sur la pratique professionnelle. Une adaptabilité accrue et une valorisation des apprentissages acquis en mission étaient retrouvées au retour.

Notre échantillon témoignait d'un agacement pour la « bobologie » au retour. Les médecins se sentaient « hors-normes » au retour, ils n'avaient plus le même système de référence. Ils voulaient repartir en mission humanitaire malgré toutes les difficultés traversées, témoignant d'un profil addictif. Tous ces résultats concordent avec ceux d'Anne-Sophie Tiercelin (30). Dans son étude qui explorait la manière d'accorder la pratique de la médecine humanitaire avec celle de la médecine générale, plusieurs médecins généralistes avaient mentionné un « après-coup » au retour. Ils étaient moins sensibles à la « bobologie ». Ils ressentaient un décalage vis-à-vis de leur entourage. Ils décrivaient le côté addictif des missions humanitaires.

Enfin, E. Chaudesaygues s'est intéressée aux difficultés rencontrées lors d'une première mission humanitaire par des médecins généralistes (31). Elle émettait l'hypothèse que s'il était difficile de quitter ses co-équipiers de mission, c'était par crainte de ne plus bénéficier du débriefing informel entre pairs au retour. Un tableau d'anxiété persistant à distance du retour était retrouvé chez 12% des professionnels interrogés. Elle soulignait la sous-estimation des risques psychologiques après mission, avec des médecins qui étaient peu demandeurs de soin. Notre étude retrouvait l'importance accordée au débriefing informel entre pairs par les médecins, ainsi que la souffrance psychologique au retour. Plusieurs médecins étaient dans le déni concernant leur besoin d'accompagnement, ce qui allait dans le sens de l'étude de E. Chaudesaygues. Cependant, notre étude soulignait que certains médecins étaient eux conscients de leurs besoins, qu'ils acceptaient de se faire accompagner et mettaient en place de nombreux mécanismes de défense pour mieux vivre le retour.

C. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

D'abord, les résultats de notre étude semblaient cohérents avec les données de la littérature disponible sur le sujet.

Une étude qualitative avec une approche interprétative phénoménologique était pertinente pour répondre à la question « quel est le vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire ? ». En effet, cette approche permettait d'être au plus près du sens donné à une expérience vécue par le participant.

L'échantillon constitué était homogène dans le critère de recrutement : exclusivement des médecins généralistes ayant fait une mission humanitaire internationale. La variabilité des missions et des expériences a pu être obtenue grâce aux multiples typologies de missions : missions d'urgence et de développement, missions avec des grandes ONG médiatiques et missions avec des associations plus modestes. L'échantillonnage par boule de neige a été respecté en demandant à chaque participant de nous donner des noms de potentiels enquêtés.

Cette étude a été menée avec une rigueur méthodologique, guidée par une auto-évaluation à l'aide de la grille COREQ pour se rapprocher au mieux des critères de bonne pratique en recherche qualitative (Annexe 3).

Les entretiens avaient lieu en présentiel ou en visioconférence pour pouvoir interpréter le langage non verbal. La longue durée des entretiens (durée moyenne 73,3 minutes) témoignait des compétences de l'enquêtrice à laisser les participants s'exprimer librement, à instaurer un climat de confiance, et à maîtriser les règles de l'entretien compréhensif (respect des silences, reformulation, attitude ouverte).

L'analyse a été faite entretien par entretien, puis la validité interne de l'étude a été contrôlée par une triangulation des données sur 3 entretiens avec un autre chercheur.

Enfin, la suffisance des données avait été constatée après 9 entretiens, un dixième entretien a permis de valider cette hypothèse.

2. Limites de l'étude

L'une des limites de cette étude était que l'investigatrice principale était novice en matière de recherche qualitative.

Nous pensions recruter uniquement des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral. Nous avons été surpris de découvrir que sur les 10 médecins généralistes interrogés, 4 travaillaient en hospitalier, et une en EHPAD. Il serait intéressant d'étudier le profil professionnel des médecins partant en mission humanitaire.

Lors des entretiens, l'investigatrice se présentait comme « médecin généraliste en formation », et si la question était posée, les participants étaient informés de son absence d'expérience en humanitaire médical international. Comme l'a suggéré notre étude, les participants avaient la sensation d'être mieux compris par leurs pairs humanitaires. Cela avait peut-être pu limiter certaines confidences. Une autre limite de l'étude était un éventuel biais de désirabilité. En effet, les médecins savaient qu'ils s'adressaient à une personne intéressée par l'humanitaire, ils avaient envie de transmettre leur passion. Ils ont donc peut-être enjolivé leur expérience. Ces limites étaient cependant minimisées par le fait d'avoir des entretiens longs et des aspects négatifs du vécu retrouvés.

D. Perspectives

Dans la littérature disponible, le retour de mission était peu étudié. Notre étude a permis de souligner qu'il s'agissait d'un moment critique.

En identifiant les facteurs influençant le vécu du retour et les stratégies mises en place, la chercheuse aspirait à informer les médecins désireux de partir en mission et à

améliorer leur expérience. Cette étude permettrait d'avoir conscience des difficultés potentielles au retour pour mieux les anticiper et mieux les vivre.

On pourrait citer les pistes essentielles évoquées dans notre recherche pour un meilleur vécu du retour :

- Prendre le temps, ne pas repartir tout de suite
- Cultiver ses ancrages en France, dans sa vie personnelle et professionnelle
- Débriefer avec ses pairs
- Accepter de se faire accompagner par un psychologue

Le même sujet pourrait être étudié avec une autre technique de recueil de données. Au vu de l'importance de l'identification à ses pairs humanitaires, il serait intéressant de voir quels sont les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« focus groups »).

Nous avons pu constater chez certains médecins interrogés une réticence à effectuer un suivi psychologique. Les représentations de la psychothérapie par les médecins généralistes faisant de l'humanitaire pourraient faire l'objet d'une étude.

L'accompagnement ou même l'entrevue avec un psychologue n'était pas systématique, même au retour de mission sur terrain de conflit armé. On pourrait donc étudier les supports organisationnels, afin d'établir de nouveaux protocoles d'accompagnement, avec par exemple un entretien systématique avec un psychologue. L'idéal serait que les psychologues aient réalisé eux-mêmes des missions humanitaires, appartenant donc de fait au groupe des « pairs ».

Enfin, afin d'obtenir le plus d'informations possibles sur le retour de mission humanitaire, une étude avec mise en place et suivi de cohortes pourrait être envisagée.

VI. CONCLUSION

Le retour devrait être considéré, non pas comme un instant « t », mais plutôt comme un chemin vecteur de transformations et d'évolutions personnelles.

L'idéalisme, les valeurs humanistes et un sens de l'engagement prononcé sont les moteurs d'un départ en mission humanitaire. Pendant la mission, un « syndrome du sauveur » a tendance à se développer, rapidement déconstruit par la réalité du terrain. En effet, les désillusions sont multiples, et le temps de la mission est aussi celui du traumatisme.

Au retour, une période de souffrance psychologique est traversée. Il existe une sensation d'être étranger dans son propre pays et une diminution de l'empathie pour ses proches et ses patients. L'isolement renforce le besoin d'identification à une nouvelle communauté, celle des humanitaires, qui apporte du soutien et permet le débriefing informel entre pairs. Le besoin de retourner en mission malgré les difficultés traversées s'apparente à une conduite addictive.

Le parcours traversé au retour de mission humanitaire apparaît donc comme un catalyseur d'évolution personnelle : évolution de sa pratique médicale, poursuite de son engagement à l'étranger ou en France, ou bien orientation vers d'autres projets.

Pour conclure, une mission humanitaire médicale internationale se réfléchit en amont mais gagnerait à se réfléchir également en aval : le retour devrait faire l'objet d'autant de préparation que le départ.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Robert. Humanitaire : définitions - Dictionnaire de français Le Robert [En ligne]. Consulté le 20 juillet 2024. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/humanitaire>
2. Brauman R. L'action humanitaire [En ligne]. Le CRASH ; 1994. Consulté le 20 mars 2024. Disponible sur : <https://msf-crash.org/fr/acteurs-et-pratiques-humanitaires/laction-humanitaire>
3. ECHO. Les principes humanitaires [En ligne]. Consulté le 12 février 2024. Disponible sur : https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/who/humanitarian-principles_fr
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [En ligne] ; 2019. Consulté le 18 février 2024. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
5. Rufin JC. 2003. L'aventure humanitaire. Coll. « Découvertes », n°226. Paris : Gallimard, 176 p.
6. Croix-Rouge Française. Nos origines [En ligne]. Consulté le 7 mars 2024. Disponible sur : <https://www.croix-rouge.fr/notre-mouvement-international/nos-origines>
7. Nations Unies. La Société des Nations [En ligne]. Consulté le 18 février 2024. Disponible sur : <https://www.ungeneva.org/fr/about/league-of-nations/overview>
8. Dubuet F. Le mythe de l'humanitaire d'Etat. Humanitaire, revue de Médecins du Monde. 2003 ; 7. [En ligne]. Consulté le 13 mars 2024. Disponible sur : <https://www.msf.fr/sites/default/files/2003-04-01-Dubuet.pdf>
9. Ryfman P. L'action humanitaire non gouvernementale : une diplomatie alternative ? Polit étrang. 2010 ; 3 : 565-578. [En ligne]. Consulté le 13 mars 2024. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-politique-etrangere-2010-3-page-565?lang=fr>
10. ECHO. Aide humanitaire [Internet]. Consulté le 12 février 2024. Disponible sur : https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/humanitarian-aid_fr

11. Lefay G. Les effets de la professionnalisation par rationalisation sur les dynamiques de transmission dans les collectifs d'intervention humanitaire. Thèse de Sciences biomédicales. Université de Québec à Trois-Rivières ; 2023, 252 p. [En ligne]. Consulté le 13 mars 2024. Disponible sur : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/33161>
12. Baudon D. Enjeux et défis de l'humanitaire au XXI^e siècle. Med Trop. 2002 ; 62 : 463-464. [En ligne]. Consulté le 12 juin 2024. Disponible sur : [https://www.jle.com/en/MedSanteTrop/2002/62.4/463-464%20Conclusion%20enjeux%20et%20d%C3%A9fis%20de%20l'humanitaire%20au%20XXI%C3%A8%20si%C3%A8cle%20\(Baudon\).pdf](https://www.jle.com/en/MedSanteTrop/2002/62.4/463-464%20Conclusion%20enjeux%20et%20d%C3%A9fis%20de%20l'humanitaire%20au%20XXI%C3%A8%20si%C3%A8cle%20(Baudon).pdf)
13. Jacquot C. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages. Thèse de Médecine. Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2010, 128 p. [En ligne]. Consulté le 6 février 2024. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731926>
14. WONCA Europe. La définition de la médecine générale – médecine de famille. 2002. [En ligne]. Consulté le 10 août 2024. Disponible sur : [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
15. Zimmermann S. Adéquation entre l'action humanitaire et la médecine générale. Thèse de Médecine. Université d'Amiens ; 2006.
16. Vergnes A. La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale (OSI) médicales françaises en 2011. Thèse de Médecine. Grenoble, Université Joseph Fourier ; 2011, 102 p.
17. Mollo B. La sensibilisation des étudiants en médecine à l'action humanitaire. Mémoire de Santé publique. CNAM ; 2007, 64 p.
18. Kivlehan S, Kayden S. Humanitarian Aid Worker. CDC Yellow Book. 2024. [En ligne]. Consulté le 10 août 2024. Disponible sur : <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/work-and-other-reasons/humanitarian-aid-workers>
19. Connorton E, Perry M, Hemenway D, Miller M. Humanitarian relief worker and trauma-related mental illness. Oxford University Press : Epidemiologic Reviews ; 2012 ; 34 : 145-155.

20. Guisolan SC, Ambrogi M, Meeussen A, Althaus F, Eperon G. Health and security risks of humanitarian aid workers during field missions Experience of the International Red Cross. *Travel Med Infect Dis* ; 2022 ; 46 :102-275. [En ligne]. Consulté le 7 juillet 2024. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893922000217?via%3Dihub>
21. Beaufumé S. Les déterminants du départ en mission humanitaire chez les médecins généralistes. Thèse de Médecine. Lyon, Faculté de médecine Charles Meriaux ; 2017, 62 p.
22. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Mayenne : Global Média Santé, CNGE ; 2021, 189 p.
23. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 2^e édition. Paris : Armand Colin ; 2016, 128 p.
24. Audet F. HUMANitaires : Partir, revenir, mourir un peu. Gerpinnes : Kennes ; 2021, 234 p.
25. Saint-Laurent J. Trouble de stress post-traumatique chez des travailleurs humanitaires de retour de mission : vers une meilleure identification des facteurs de risque et de protection. Thèse de Psychologie. Université de Montréal ; 2016, 177 p.
26. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Haagen JFG, Kleber RJ. Mental and physical health of international humanitarian aid workers on short-term assignments: Findings from a prospective cohort study. *Soc Sci Med*. 2021 ; Sep 285, 114-268. [En ligne]. Consulté le 4 mars 2024. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621006006?via%3Dihub>
27. Asgary R, Lawrence K. Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians : a qualitative approach. *BMJ Open*. 2014 ; 1-4. [En ligne]. Consulté le 10 novembre 2023. Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/12/e006460.full.pdf>
28. Hewison C. Working in a war zone. The impact on humanitarian health workers. *Aust Fam Physician*. 2003 Sep ; 32(9) : 679-81. [En ligne]. Consulté le 5 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.racgp.org.au/getattachment/4e43db51-c8eb-4a01-af9b-f6a13e9f11a2/attachment.aspx>

29. Berbé C. Médecine générale en cabinet libéral et action humanitaire : étude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral. Thèse de Médecine. Nancy : Université Henri Poincaré - Nancy I ; 2008, 61 p.
30. Tiercelin AS. Comment accorder la pratique de la médecine humanitaire avec celle de la médecine générale ? Analyse d'expériences vécues, conseils à ceux désirant partir. Thèse de Médecine. Université de Tours ; 2021, 100 p.
31. Chaudesaygue E. Première mission humanitaire : difficulté et risques psychologiques pour les médecins. Thèse de Médecine. Lyon : Université de Claude Bernard ; 2014, 56 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur les données démographiques

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Grille COREQ

Annexe 4 : Notice d'information

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Annexe 6 : Cartes heuristiques des entretiens

Annexe 1. Questionnaire de données démographiques

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Données socio-démographiques du participant

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Sexe :

Mode d'exercice :

- Installé, en collaboration, remplaçant ?
- Seul ou en groupe ?
- Maîtrise de stage (accueil d'étudiants) ?

Participation à d'autres activités professionnelles (CSAPA, PASS...) ?

Année de début d'exercice :

Type d'exercice (rural, semi urbain, urbain ?) :

Situation maritale au moment de la mission :

Formations réalisées en rapport avec l'expérience humanitaire :

-
-

Date(s) et lieu(x) de la ou des mission(s) humanitaire(s) réalisée(s) :

-
-
-
-
-
-

Annexe 2. Guide d'entretien compréhensif

GUIDE D'ENTRETIEN COMPRÉHENSIF

I. La mission humanitaire, vécu et représentations

Comment s'est déroulée la mission sur place ?

II. Trajectoire de vie jusqu'à la mission

Qu'est-ce qui vous a amené à faire de l'humanitaire ?

III. Le vécu du retour

Comment s'est passé votre retour de mission ?

IV. Pistes pour le vécu du retour

Si vous abordez le sujet du retour de mission avec un médecin qui s'apprête à vivre une expérience humanitaire, que souhaiteriez-vous lui dire ?

Pour finir : Avez-vous un dernier commentaire, quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Annexe 3. Grille COREQ

N°	Item	Guide question/description	Nos réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Sonia SELMADJI
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de Médecine Générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience Formation tutorat d'aide à la thèse qualitative
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Un participant connu
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Motif de la recherche expliqué avant l'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Intérêt pour le sujet de recherche, absence d'expérience personnelle d'humanitaire médical international
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Interprétative phénoménologique
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Dix participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile, lieu calme (café)
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf. Tableau 1 des caractéristiques de l'échantillon
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les	Questions fournies oralement. Guide d'entretien non testé au

		auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	préalable, entretien exploratoire avec M1
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 60 min et 111 min (moyenne de 73,3 min)
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Données estimées suffisantes après l'entretien de M10 Saturation non pertinente en IPA
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui, sur demande, pour deux participants
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	La chercheuse + une personne ayant codé 3 entretiens
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4. Notice d'information

INFORMATIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Madame, Monsieur,

Etudiante en médecine générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur le vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à récolter des informations sur ce vécu du retour.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées auprès d'un collègue, sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse. La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est mon directeur de thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :



Par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr



Par courrier à l'adresse Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket, 76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

Annexe 5. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) (Nom/Prénom) consens au traitement de mes données à caractère personnel par SELMADJI Sonia, pour la réalisation d'une étude portant sur le vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire, et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise SELMADJI Sonia à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

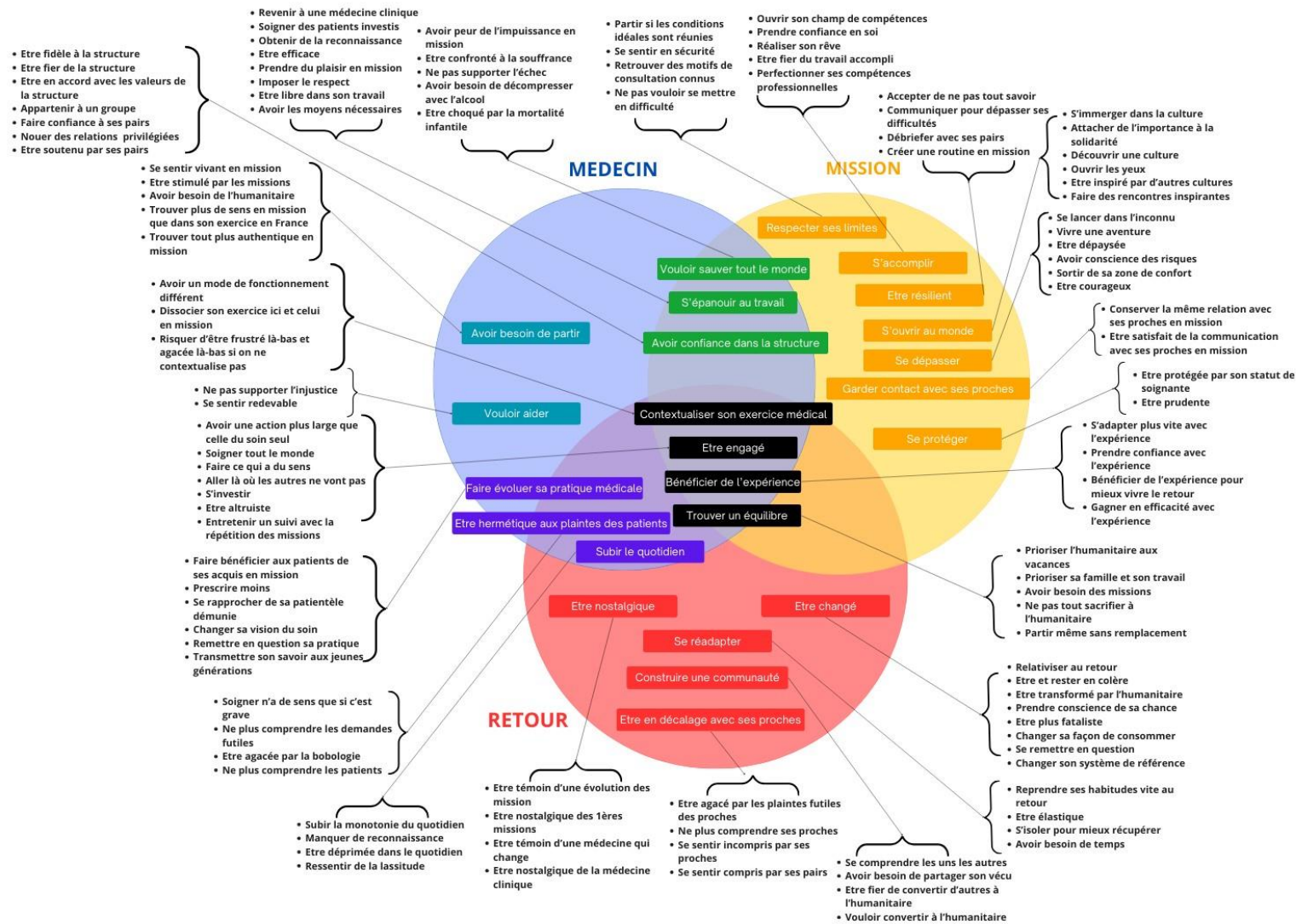
Le :

Signature :

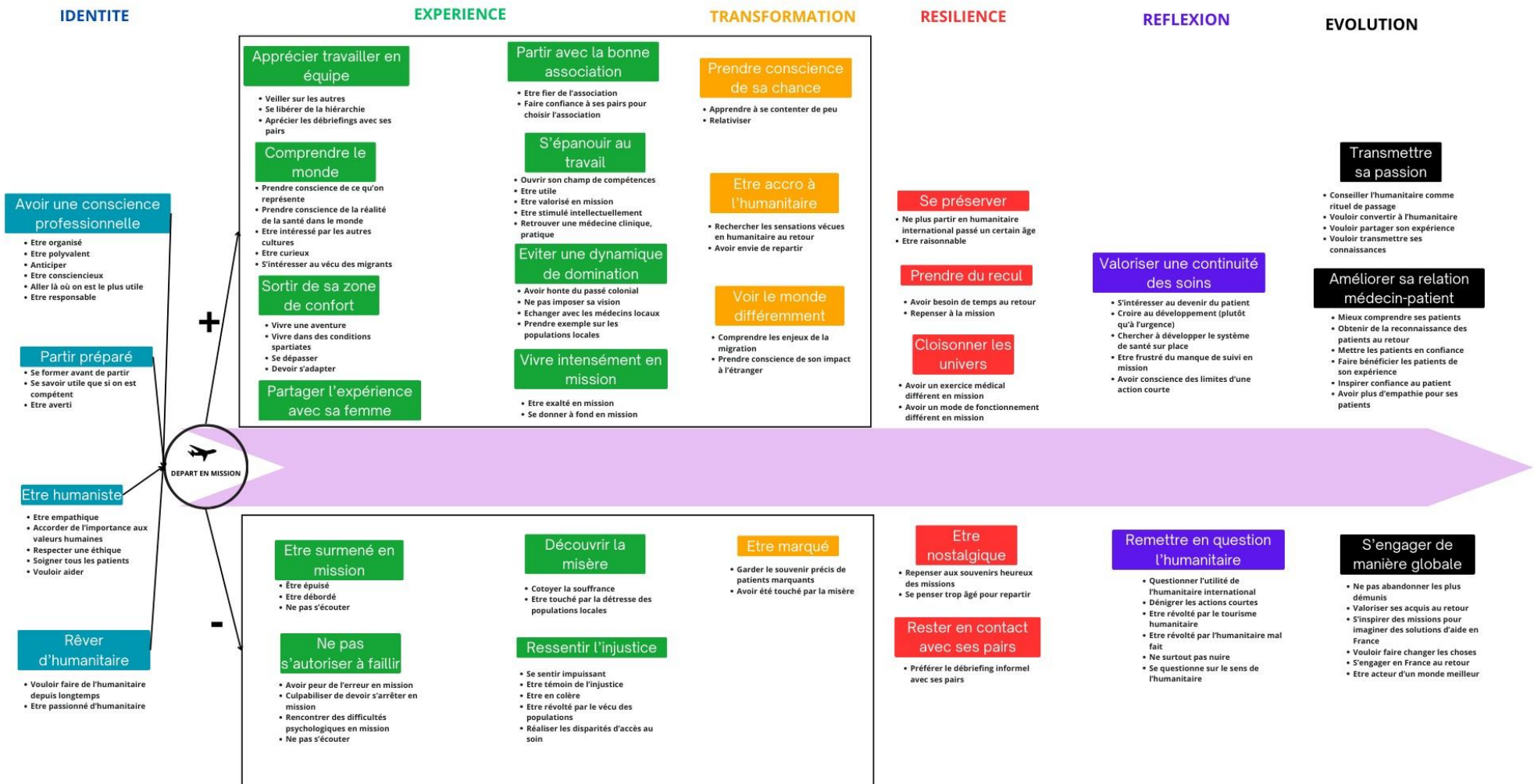
Annexe 6. Cartes heuristiques



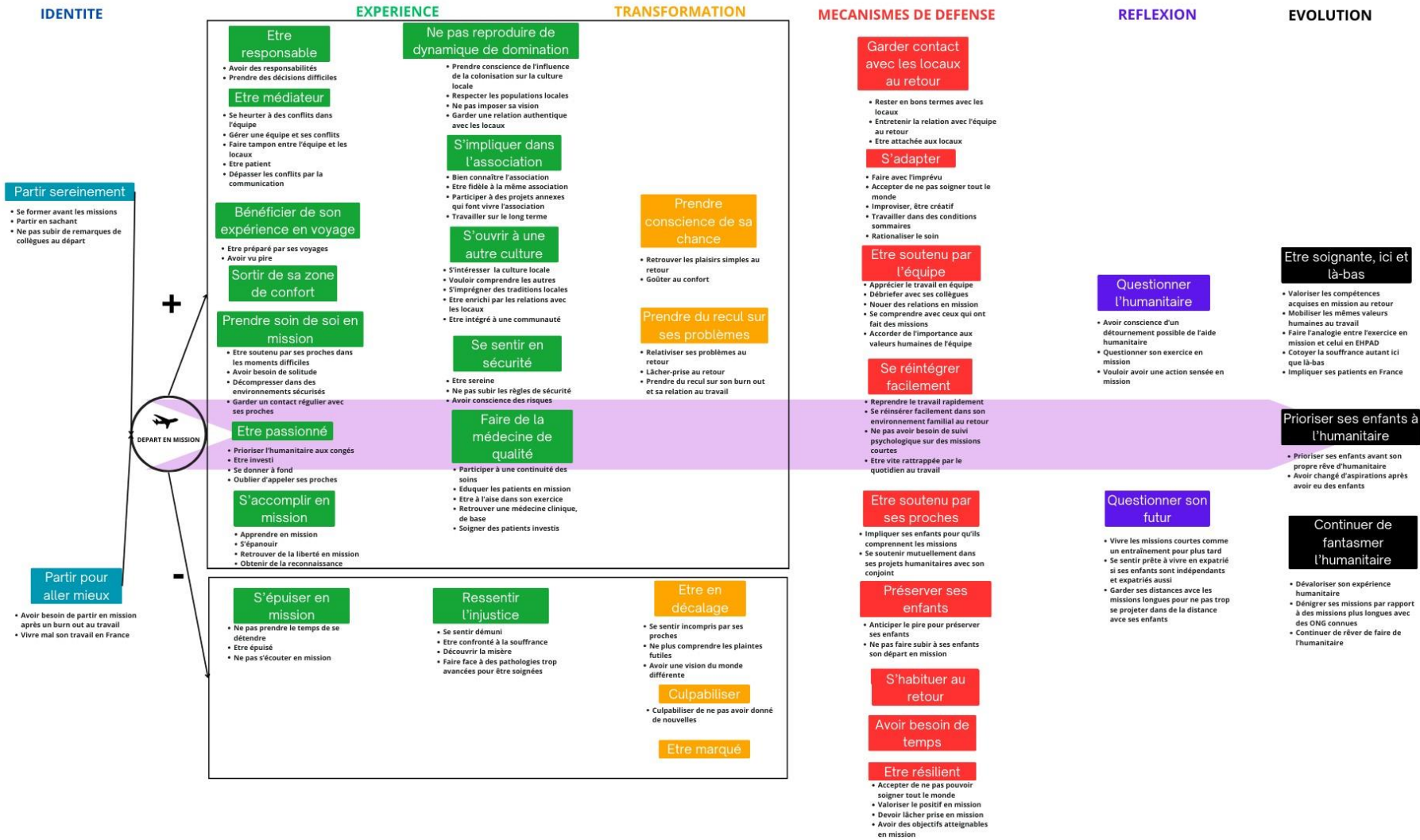
Carte heuristique 2 – Entretien M1



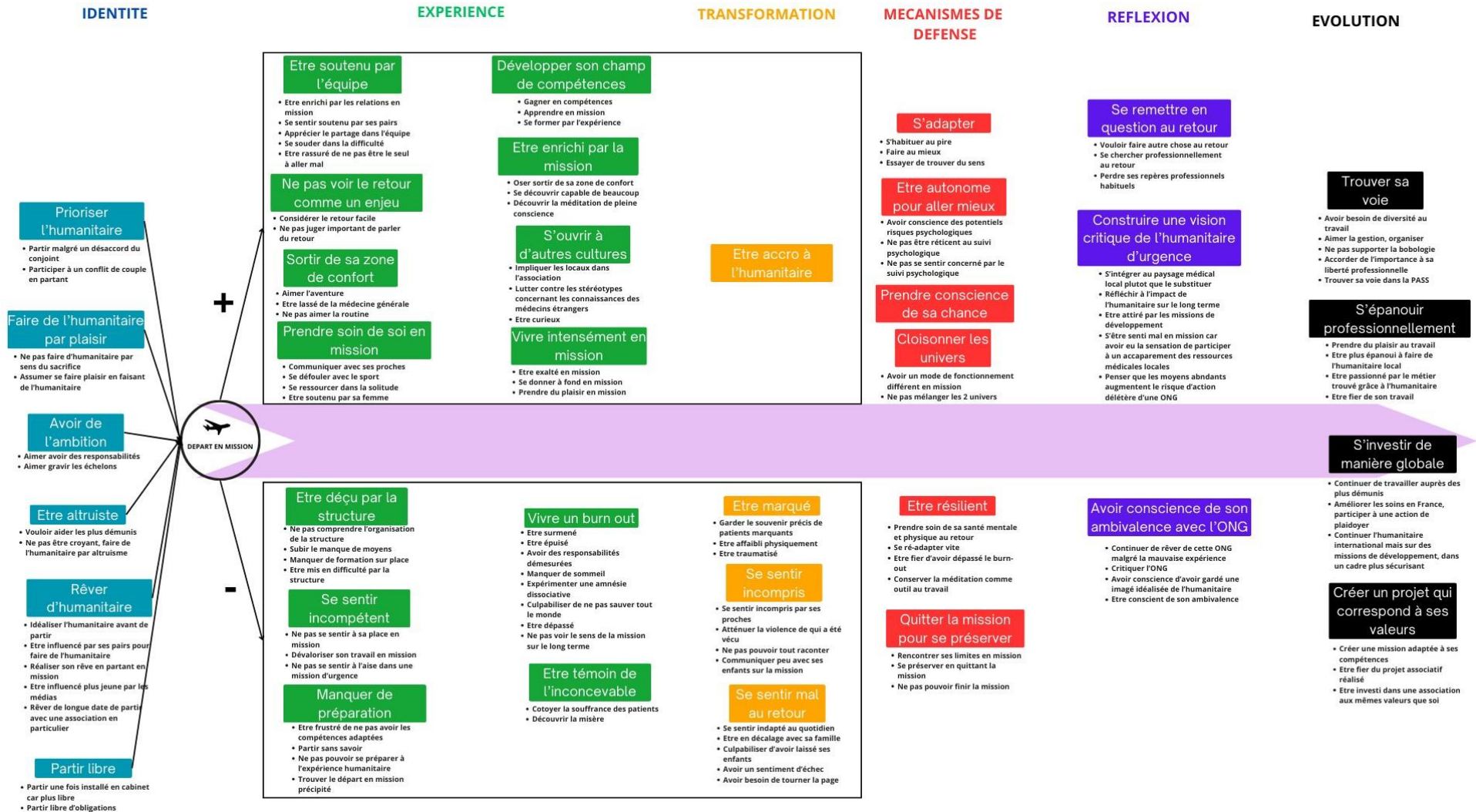
Carte heuristique 3 – Entretien M2



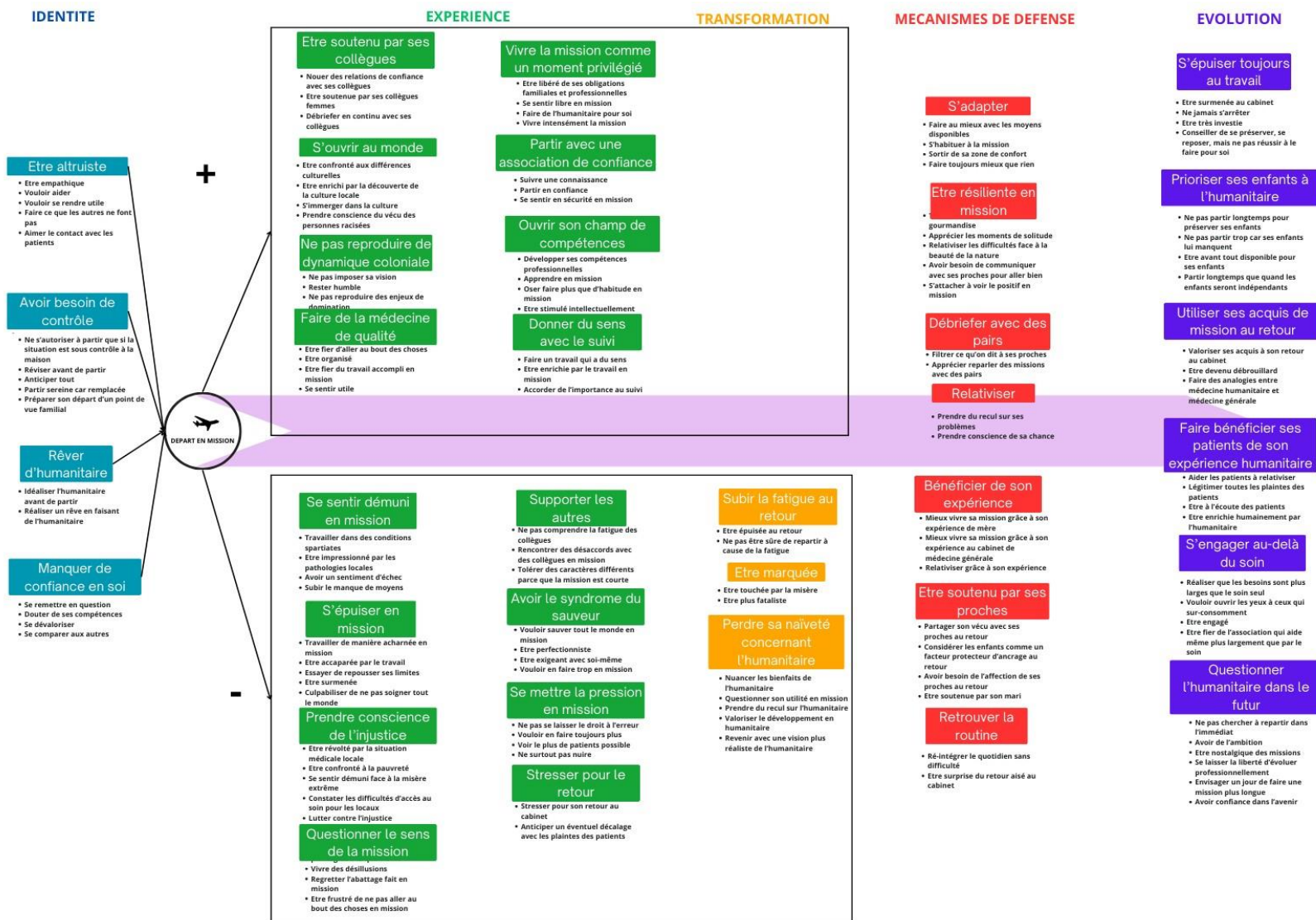
Carte heuristique 4 – Entretien M3



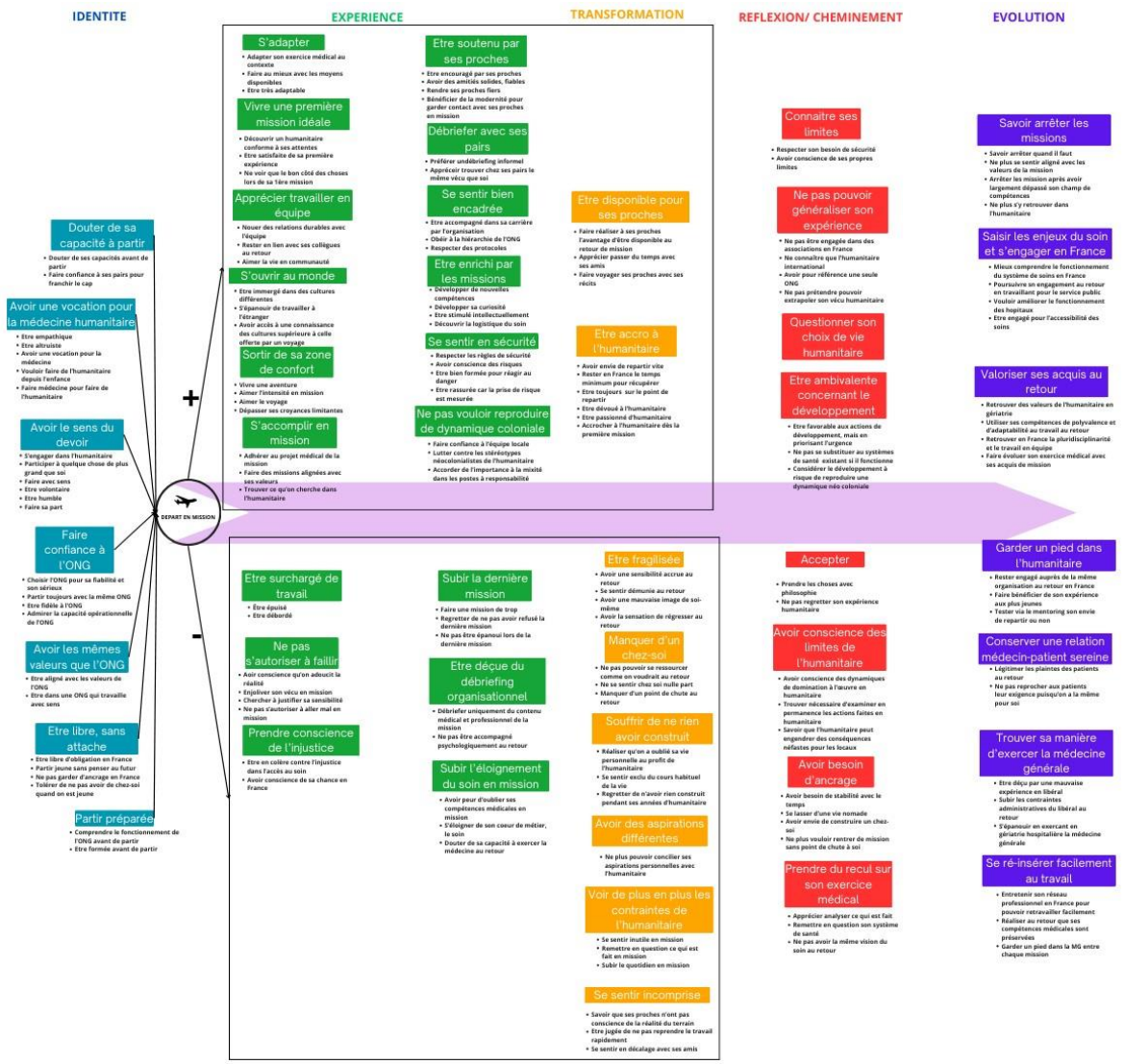
Carte heuristique 5 – Entretien M4



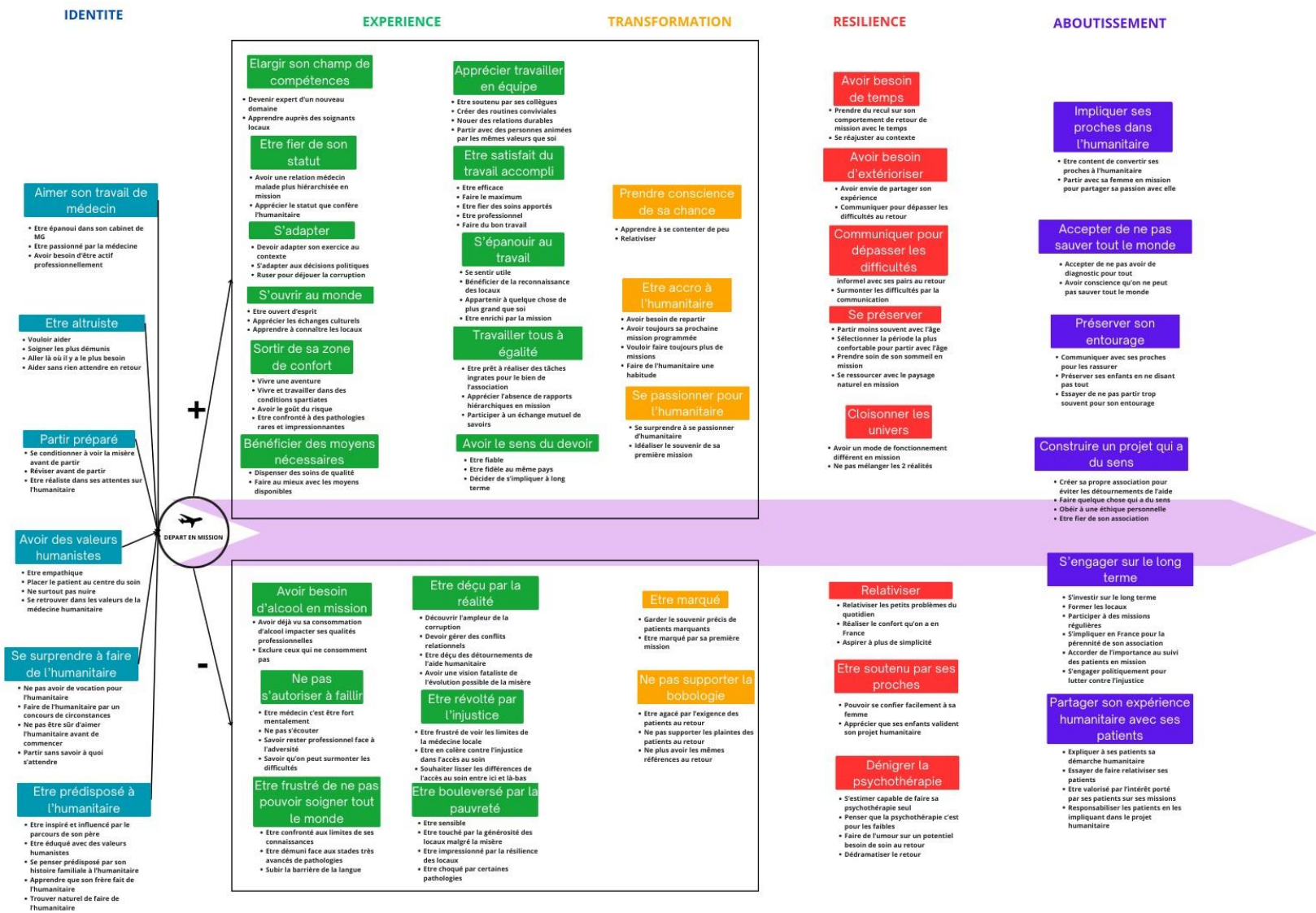
Carte heuristique 6 – Entretien M5



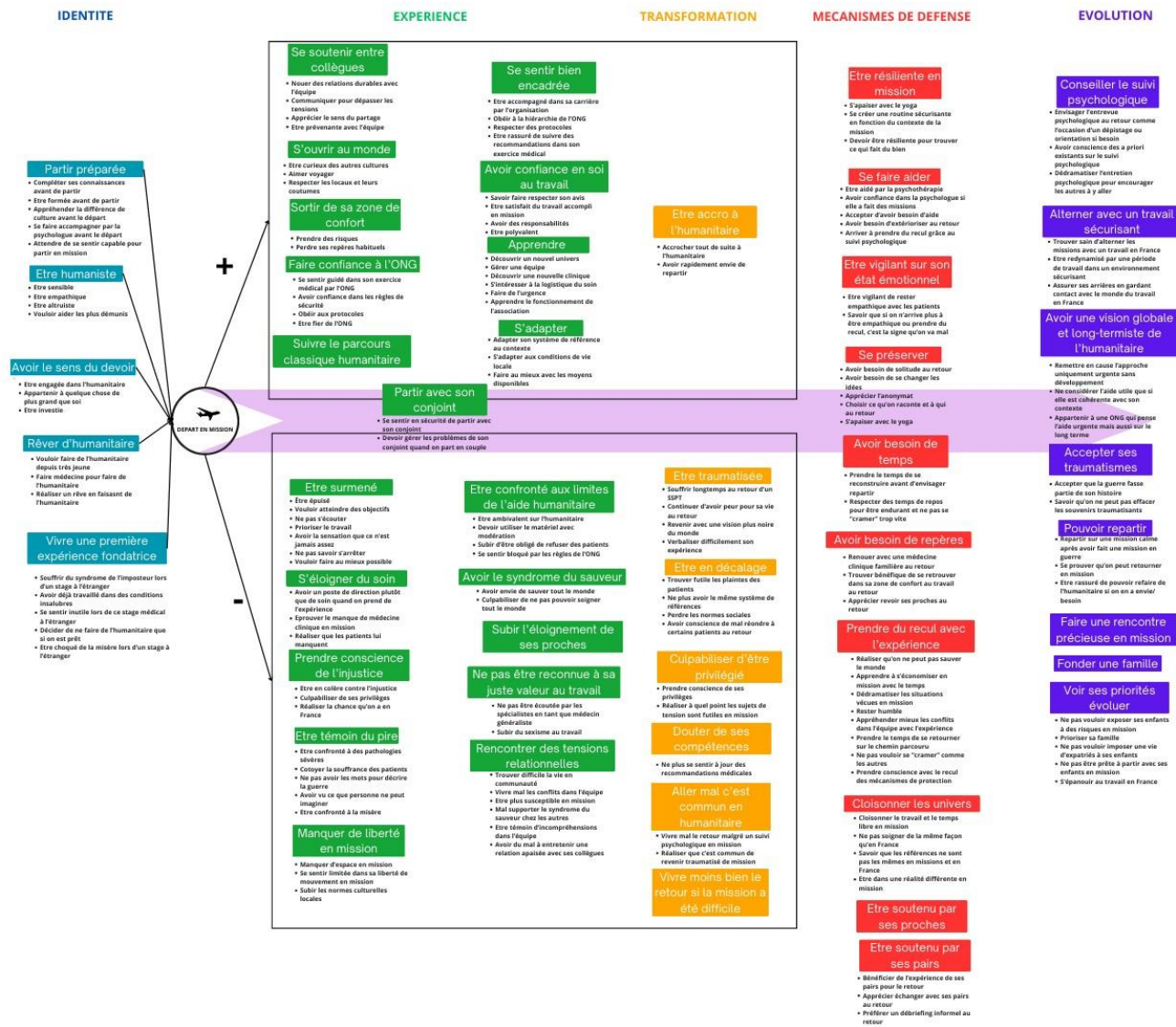
Carte heuristique 7 – Entretien M6



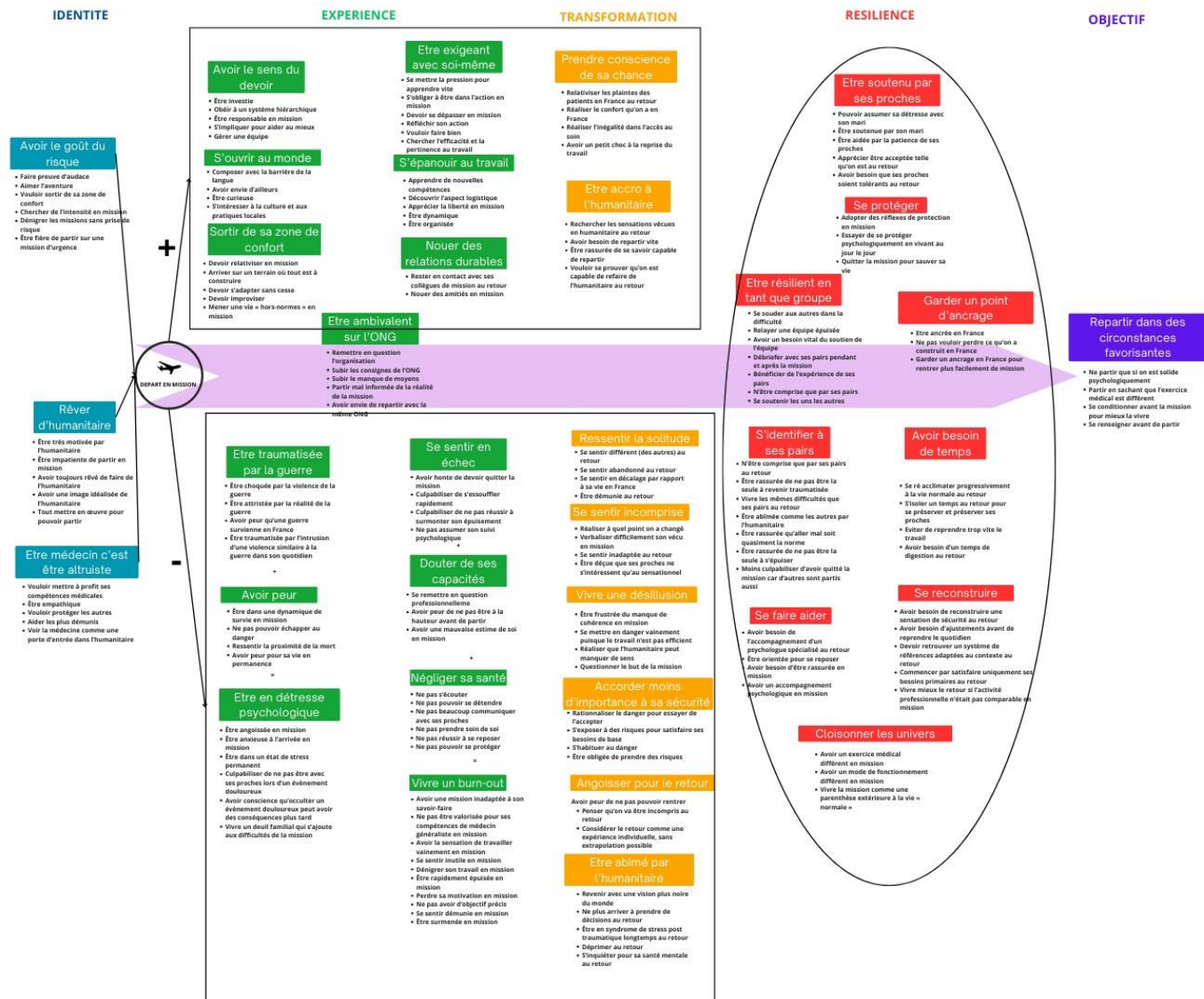
Carte heuristique 8 – Entretien M7



Carte heuristique 9 – Entretien M8



Carte heuristique 10 – Entretien M9



Carte heuristique 11 – Entretien M10

RÉSUMÉ

Introduction : Les médecins généralistes semblent prédisposés à partir en mission humanitaire au vu des caractéristiques partagées par la médecine générale et la médecine humanitaire. La littérature décrit un vécu difficile au retour de mission par les travailleurs humanitaires. Le retour n'est cependant jamais abordé en tant que question principale. L'objectif de cette étude était donc d'étudier le vécu des médecins généralistes au retour d'une expérience humanitaire, sur les plans professionnel et personnel.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative avec une approche interprétative phénoménologique a été réalisée. Les entretiens ont été réalisés de novembre 2023 à avril 2024 auprès de médecins généralistes ayant eu une expérience d'humanitaire médical international. Le recrutement a été effectué par échantillonnage raisonné boule de neige.

Résultats : Dix médecins ont participé à notre étude. L'idéalisme était un moteur commun à leur engagement humanitaire. En mission, un « syndrome du sauveur » se développait, déconstruit par les traumatismes et désillusions rencontrés sur le terrain. Au retour, une souffrance psychologique, une diminution de l'empathie et un sentiment d'être étranger chez soi pouvaient être ressentis. L'identification à ses pairs apportait du soutien. Le besoin de retourner en mission malgré les difficultés témoignait d'une tendance aux conduites addictives.

Conclusion : Une mission humanitaire médicale internationale se réfléchit. Le retour est une période critique et doit faire l'objet d'autant de préparation que le départ. Une étude complémentaire avec mise en place et suivi de cohortes au retour de mission pourrait être proposée.

Mots clés : Étude qualitative ; analyse interprétative phénoménologique ; médecine générale ; médecine humanitaire ; expérience ; vécu ; mission humanitaire ; retour