



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD
CHARLES MERIEUX**

Année 2017

N°

**LES DÉTERMINANTS DU DÉPART EN MISSION
HUMANITAIRE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et
un focus group auprès de 17 médecins généralistes

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **9 novembre 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BEAUFUMÉ Sophie
Née le 20 juillet 1988 à Neuilly-sur-Seine (92)

Université Claude Bernard  Lyon 1

FACULTE DE MEDECINE LYON-SUD

Année 2017

N° : 389

LES DÉTERMINANTS DU DÉPART EN MISSION HUMANITAIRE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et un focus group auprès
de 17 médecins généralistes

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **9 novembre 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BEAUFUMÉ Sophie
Née le 20 juillet 1988 à Neuilly-sur-Seine (92)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND
<u>SECTEUR SANTE</u>	
UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directeur : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT
<u>SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE</u>	
UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) VANPOULLE	Directeur : Yannick
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne, Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	ORL
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation

MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ;transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous remercie également pour votre bienveillance et vos conseils aussi bien dans la pratique de la médecine générale que dans le travail de recherche. Je vous exprime ici tout mon respect et ma gratitude.

Aux membres du Jury

Monsieur le Professeur Philippe CÉRUSE,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et je vous suis reconnaissante pour l'intérêt porté à ce travail. En espérant que vous ayez apprécié le dépaysement du sujet et de la méthode. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Merci du temps que vous m'avez accordé et de vos conseils. Veuillez recevoir ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-François MILLET,

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer au jury de thèse et d'avoir fait le déplacement à cette occasion. C'est un honneur de t'avoir dans mon Jury aujourd'hui après t'avoir rencontré sur les chemins asiatiques. Cette expérience commune a été une source d'inspiration pour ce travail, et je te témoigne ici toute mon estime Docteur Génial.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Frédéric ZORZI

Je te remercie de m'avoir encadré pour ce travail avec toute ta bienveillance et ta pédagogie. Merci de m'avoir fait découvrir la beauté de la médecine générale au quotidien, et de m'avoir donné ta confiance en m'ouvrant la porte de ton cabinet. Tu m'as guidé dans ce travail de thèse, comme dans ma pratique quotidienne pour trouver ma voie, et je t'en suis très sincèrement reconnaissante. En plus de mon respect et de ma gratitude, je souhaite également te témoigner de mon amitié.

Aux médecins qui ont participé à cette étude, et m'ont donné accès à leur expériences enthousiastes et variées. Merci aux participants lillois du focus group pour leur accueil et leur bonne humeur.

A Mission Humanitaire, qui m'a aidé dans le recrutement et permis la rencontre de personnes formidables.

A l'équipe du cabinet de Beynost : à Marie, Adeline et Clémentine pour les déjeuners, parfois express, les petites pauses voyages et littérature, et les débriefs confraternels.

Aux Amis,

De toujours :

- A Vicky, pour son amitié sans faille, les fous rires éternels, peu de doute qu'on continuera à être témoins des grandes étapes de nos vies respectives encore longtemps !
- A la bande de thons, les Socavily, de Collioure à Paris, en passant par Dubaï et Bali, on n'a pas fini de remonter la rivière gaiement, de nos aventures d'adolescentes aux étapes heureuses de nos vies d'adultes !

A ceux rencontrés sur la route :

des voyages (ma petite souris chaude) ou de la fac (Max, Ben et tous les autres...)

Ou les 2... Aux parisiennes, comme Marie partenaire de soirées et de vendanges, et à celles qui ont continué avec moi l'aventure lyonnaise (oui oui c'est vous les zouz', Laeti et Vianette), je vous souhaite tellement de belles choses à venir.

Aux copainys valentinois, ma famille lyonnaise

- Aux tampons, parce que la vie sans grumeaux ne serait pas la même ! Dédicace spéciale pleine d'amour et de trash pour vous mes tamponnettes, je vous love Lulu, Ané, Mamélie, Kaka et ma grande et douce Agathe !
- Aux blonds pour leur perfectitude, aux châains DuLu et ti chat (get lucky les amis), aux châains bis Marianne et Guigui, aux Roux (Môman, JG et nono, faut bien vous différencier!), aux blonds bis (Mama et Aude), à Loulou et Anne, Juliette et toute la team valentinoise...trop de belles choses partagées et de folie !
- Aux tamponnades, aux agayades et autres festoyades mémorables et à venir !!
- A votre motivation sans borne qui nous emmène toujours plus loin ;)
- Aux magnets...

A ma famille, évidemment,

A ma sœur, pour être « ma sœur », toujours dispo et pédago, à ta passion des tableaux Excel et de Word, mais surtout pour tous les moments et les expériences de vie partagés ensemble des Fées aux pistes au ski, de Lyon à Lille en passant par Paris, merci ma grande sœur ☺

A mes parents : A ma maman pour ses retranscriptions et relectures attentives et pour son implication et sa générosité à chaque étape de ma vie. A mon papa pour son amour en toute simplicité. Merci de votre soutien permanent tout au long de cette longue scolarité et à chacune de mes décisions, et pour le nid douillet plein d'amour et de liberté dans lequel on a grandi. Je suis fière de prêter Serment devant vous aujourd'hui (et non le Sermon !).

A mes grands-parents, à mes grand-mères qui auraient été très fières.

A toi, mon Roc, mon Chapi, mon Bouille...nous on sait pourquoi chapo ! Grâce à toi, j'ai la chance de sourire et de rire chaque jour, direction toujours plus haut toujours plus loin, merci pour tout ton soutien et ton amour, je t'aime.

Table des matières

I.	Introduction.....	12
II.	Méthode.....	14
a.	Méthode de recherche	14
b.	Recherche Bibliographique	14
c.	Population	14
d.	Réalisation des entretiens.....	15
e.	Guide d'entretien.....	16
f.	Recueil des données, codage et analyse	16
III.	Résultats.....	17
a.	Caractéristiques de la population	17
b.	Entretiens	18
c.	Principaux résultats.....	18
A.	<i>Le moment de vie</i>	18
B.	<i>Les déterminants professionnels</i>	19
C.	<i>Les dispositions individuelles</i>	24
D.	<i>Le contexte</i>	29
IV.	Discussion	32
a.	Validité interne : forces et limites de l'étude.....	32
b.	Validité externe : comparaison avec les données de la littérature.....	34
c.	Théorisation et application concrète de l'étude des déterminants.....	45
V.	CONCLUSION	52
	BIBLIOGRAPHIE	54
	ANNEXES.....	58
	Annexe 1 : Liste des ONG et des pays cités au cours des entretiens	58
	Annexe 2 : Canevas d'entretien individuel.....	59
	Annexe 3 : Canevas d'entretien Focus group	60
	Annexe 4 : Formulaire de Consentement.....	61
	Annexe 5 : Tableaux de Résultats	62

Abréviations

ACF : Action Contre la Faim

HI : Handicap International

MH : Mission Humanitaire

MSF : Médecins sans Frontières

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OSI : Organisation de Solidarité Internationale

SI : Solidarité Internationale

I. Introduction

« Médecine Humanitaire » sonne comme un pléonasme tant il est difficile d'imaginer une médecine non humanitaire(1). La médecine, et notamment la médecine générale, est par essence humaniste.

Comme le soulignent certains auteurs (2,3), bien qu'appartenant au langage courant, il est difficile de donner une définition unique du terme de « médecine humanitaire », du fait de son caractère dynamique en permanente évolution à travers l'Histoire et les conflits actuels, mais aussi de la diversité des acteurs et des actions qui s'y rapportent.(4)

La médecine humanitaire bénéficie d'une image publique positive, diffusée notamment par les médias, entraînant un engouement important dans les années 80-90 et le développement de nombreuses ONG très hétérogènes. (5)

A contrario, comme l'évoque la définition du mot « humanitarisme », qui a une connotation péjorative, et se réfère aux conceptions humanitaires jugées utopiques ou dangereuses au XIXe siècle (3,6), l'image de l'Humanitaire est aussi ternie par des scandales, parfois dénoncée comme du « tourisme humanitaire » par ces mêmes médias (7), ou effraye car les acteurs de l'humanitaire sont de plus en plus souvent pris pour cibles (comme les hôpitaux de Médecins Sans Frontières (MSF) bombardés en Syrie ou au Yémen en 2016 (8)).

Ainsi le médecin humanitaire est-il un héros altruiste au secours des populations défavorisées ou un être égoïste qui recherche le grand frisson ?

Afin de comprendre la réalité humanitaire, il est nécessaire d'éviter une vision manichéenne reposant sur ces clichés, mais d'avoir une vision plus nuancée et plus complexe de l'aide humanitaire qui n'est ni dans la représentation euphorique ni dans la critique routinière des effets pervers (9).

Aujourd'hui, aussi bien le monde de l'humanitaire que la médecine générale française sont dans une période de transition (10).

Les médecins généralistes font face à des nouveaux défis chaque jour en tant que médecin référent avec une charge administrative et une pression démographique de plus en plus importante, ainsi qu'une modification des comportements des patients. (11)

La médecine humanitaire se professionnalise, et l'action humanitaire est repensée intégrant une nouvelle dimension éthique (10), comme en témoigne la réflexion sur la transition humanitaire aux Etats généraux de la Médecine Humanitaire (12).

Dans ce nouveau contexte, les médecins généralistes semblent de plus en plus marginalisés dans les grandes ONG médicales depuis les années 1990 (3)(13), étant pourtant des acteurs clés des soins de premiers recours, et leur engagement en humanitaire est lui aussi questionné et redéfini.

En parallèle, la recherche dans le monde de l'humanitaire se développe intéressant de plus en plus les sociologues et les anthropologues.

Comme en témoigne l'étude réalisée par Abramowitz and al.(14), les sujets prioritaires pour les anthropologues se rapportent aux grands principes humanitaires (les principes de la Croix Rouge), au fonctionnement et au financement des ONG ainsi qu'à la portée et au développement de leurs actions, mais peu ou pas à la place des médecins au sein de cet immense réseau humanitaire.

Dans leur vaste étude sociologique s'intéressant aux acteurs des ONG (9), J. Siméant et P. Dauvin s'intéressent aux parcours des travailleurs de l'humanitaire des trois plus grandes ONG françaises : Médecins Sans Frontières (MSF), Médecins du Monde (MDM) et Handicap International (HI). Cependant la place des médecins généralistes bénévoles y est minime et limitée au contexte de ces trois ONG internationales et professionnalisées.

De plus, dans le contexte de professionnalisation croissante des ONG, les ressources humaines ont pris une place prépondérante dans le monde de l'humanitaire. Pour autant, il existe aujourd'hui très peu d'études sur les déterminants de cet engagement et encore moins d'un point de vue individuel (9,15).

Dans ce contexte, quels sont les déterminants du départ à l'étranger en mission humanitaire des médecins généralistes français ?

L'objectif principal est d'étudier les différents déterminants intervenant dans l'entrée en humanitaire pour les médecins généralistes, c'est-à-dire les motivations, les freins et le ou les facteurs déclenchants concrétisant l'engagement.

L'objectif secondaire est de s'intéresser au retour de leur expérience, en particulier l'apport professionnel de leur expérience et les limites ressenties du terrain.

Le sujet se limite à la Solidarité Internationale (SI), c'est-à-dire à l'action humanitaire qui se déroule à l'extérieur de nos frontières.

II. Méthode

a. Méthode de recherche

Une méthode de recherche qualitative a été adoptée pour ce travail, afin d'explorer les perceptions subjectives pour les participants des déterminants de l'action humanitaire, ainsi que le comportement lié au départ en mission humanitaire.

Les entretiens semi dirigés permettent un discours libre, afin d'aborder les motivations et freins plus intimes des médecins interrogés.

Un focus group a été réalisé, pour recueillir des données dans un contexte de dynamique de groupe, ce qui a permis une triangulation des méthodes.

b. Recherche Bibliographique

La recherche bibliographique s'est effectuée sur les bases de données : CAIRN, SUDOC, BPSB, PASCAL, Pubmed, Google et Google Scholar.

Les mots-clés utilisés ont été : médecine humanitaire, mission humanitaire, action humanitaire, solidarité internationale, médecine générale, motivations, engagement.

Les mots-clés en anglais ont été : humanitarian aid, relief work, general practice, physician competency.

Les bases de données ont été régulièrement consultées entre juin 2015 et septembre 2017.

Le logiciel Zotero 5.0 a été utilisé pour la gestion de la bibliographie.

La recherche a été confrontée à celle effectuée par une bibliothécaire de la faculté de Médecine de l'Université Claude Bernard Lyon 1 pour tendre vers l'exhaustivité.

Des documents externes s'inscrivant dans l'actualité ont également été consultés tels que Le Monde, Libération, What's Up Doc.

Un entretien téléphonique avec une responsable du recrutement chez MSF a également été utilisé comme ressource externe.

c. Population

Echantillonnage

L'échantillonnage était diversifié, en variation maximale, sans recherche d'une représentativité statistique.

Les variables prises en compte ont été : l'âge et le nombre, la durée et le type de missions réalisées.

Les critères d'inclusions étaient :

- avoir une formation de médecin généraliste et avoir déjà participé à une mission humanitaire.

Recrutement

Le recrutement a été multicentrique : les entretiens se sont déroulés dans cinq villes différentes (Paris, Lyon, Lille, Bourges, Avignon).

Le recrutement s'est fait selon plusieurs sources :

- *Avec l'aide d'une association humanitaire (Mission Humanitaire) :*

L'ensemble des médecins généralistes étant déjà partis avec cette association a été contacté par mail, et les coordonnées de ceux ayant donné leur accord pour participer à l'étude m'ont été transmises afin d'organiser un entretien.

Sur la liste des vingt-trois médecins ayant répondu favorablement, quatre ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, huit n'ont pas pu être rencontrés pour des questions pratiques (distance du lieu d'habitation, disponibilités), trois ont été contactés sans suite, huit ont pu être rencontrés (dont six au cours d'un focus group).

- *Avec l'aide d'une responsable des ressources humaines de chez MSF :*

Elle a transmis les coordonnées de médecins correspondants aux critères d'inclusion ayant accepté au préalable de participer à l'étude : quatre ont été contactés, deux ont répondu favorablement et ont pu être rencontrés.

- *Par connaissance directe et indirecte.*

Ethique

S'agissant d'une recherche s'adressant aux professionnels et relevant du domaine des sciences humaines et sociales, en accord avec les critères d'exclusion de la Loi Jardé, un comité de protection des personnes n'a pas été consulté préalablement.

d. Réalisation des entretiens

Les entretiens et le focus group ont été enregistrés après accord oral et écrit des participants. (Annexe 4)

Entretiens semi dirigés

Les trois premiers entretiens ont été réalisés dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche lors du stage de niveau 1 dont l'objectif était d'évaluer la faisabilité de l'étude et le canevas d'entretien.

Le lieu de rencontre a été laissé au choix du participant en fonction de ses disponibilités et de ses préférences en favorisant un environnement calme et neutre pour limiter un biais externe.

Focus Group

Le focus group s'est déroulé en février 2016, c'est-à-dire au milieu du recueil des données, à Lille, au domicile de l'un des participants.

6 médecins généralistes se connaissant préalablement ont participé, ils avaient tous eu l'occasion de partir avec la même association.

L'investigateur a joué le rôle de modérateur, et une tierce personne formée au préalable a joué le rôle d'observateur afin de recueillir les réactions et les échanges verbaux et non verbaux.

e. Guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien.

Il a été élaboré à partir de la recherche bibliographique et du raisonnement de la chercheuse.

Le guide d'entretien a été testé au cours du mémoire d'initiation à la recherche, ce qui a permis de le modifier et de l'enrichir. La version définitive est disponible en annexe (Annexe 2).

Il est composé de six questions principales associées à des questions de relance, afin d'explorer tout d'abord les circonstances de départ, puis les motivations générales, professionnelles et personnelles du médecin, et enfin les freins.

Les questions sont ouvertes afin de libérer le discours de l'interrogé et de se rapprocher de la conversation.

Le guide d'entretien a été adapté au focus group conservant le même plan que le canevas d'entretien initial. (Annexe 3)

f. Recueil des données, codage et analyse

Les entretiens ont été enregistrés sur deux sources de type dictaphone numérique (de marque Olympus) et Smartphone (iPhone 4 puis 5SE) pour plus de fiabilité.

Un entretien a souffert d'une mauvaise qualité d'enregistrement.

Les données enregistrées ont été retranscrites de façon anonyme, mot pour mot, sans correction des erreurs de langage, et en conservant les hésitations.

L'analyse a été faite de façon longitudinale, entretien par entretien, puis de façon transversale afin d'obtenir un arbre de codage avec l'aide du logiciel d'analyse NVivo.

Un premier codage inductif a permis de définir les grands thèmes et sous-thèmes présentés dans la partie Résultats, puis selon un codage déductif le tableau « Apport professionnel » a pu être enrichi compétence par compétence dans une approche phénoménologique. L'ensemble exhaustif des Résultats est présent en annexe (Annexe 5).

Une triangulation a été réalisée pour certains entretiens d'une part par une autre thésarde et d'autre part par le directeur de ce travail.

III. Résultats

a. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Médecin	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Spécificité	Missions		
					Nombre	Durée	Type
M1	F	42	Hospitalier	Addictologie	2	<2 semaines	Consultations formation
M2	F	28	Hospitalier	Médecine polyvalente	1	<2 semaines	Consultations
M3	H	68	Libéral	Omnipraticien	2	2 semaines	Consultations
M4	H	65	Libéral	Retraité	5	2 semaines	Développement
M5	H	30	Hospitalier	Interne	4	1 à 6 mois	Urgence
M6	H	52	Libéral	Professeur	3	2 semaines	Consultations
M7	H	39	ONG	Médecine humanitaire	>10	2 semaines à 8 mois	Urgence
M8	H	52	Privé	Ex chirurgien militaire	6	2 à 3 semaines	Consultations
M9	H	46	Médecin Pompier	Sapeur Pompier	1	10 jours	Urgence
M10	F	30	Mixte	Remplaçante	2	2 à 6 mois	Urgence
M11	H	37	Hospitalier	Urgences, Réanimation	> 5	2 semaines à 6 mois	Urgence
Focus Group							
D1	F	55	Hospitalier	Gériatre	1	2 semaines	Consultations
D2	H	56	Libéral	Omnipraticien	2	2 semaines	Consultations
D3	H	59	Libéral	Omnipraticien	2	2 semaines	Consultations
D4	H	55	Libéral	Omnipraticien	4	2 semaines	Consultations
D5	F	55	Libéral	Omnipraticien	4	2 semaines	Consultations
D6	F	59	Libéral	Omnipraticien	2	2 semaines	Consultations

Pour les entretiens :

- Âge moyen : 44,5 ans, 8 hommes pour 3 femmes

Pour le focus Group :

- Âge moyen : 56,5 ans, parité avec 3 hommes pour 3 femmes

b. Entretiens

Tableau 2 : Description des entretiens (durée et lieu)

Médecin	Date	Durée	Lieu de rencontre	Région
M1	03/07/15	28min	Domicile de l'enquêteur	Ile de France
M2	16/07/15	20min	Domicile du médecin	Rhône Alpes
M3	20/07/15	15min	Café calme	Centre
M4	13/11/15	42min	Domicile du médecin	Rhône Alpes
M5	08/01/16	75min	Domicile du médecin	Ile de France
M6	18/05/16	44min	Bureau de la Faculté	Rhône Alpes
M7	23/05/16	70min	Café	Ile de France
M8	06/06/16	55min	Domicile du médecin	Provence
M9	21/06/16	66 min	Bureau sur le lieu de travail	Rhône Alpes
M10	01/07/16	49 min	Domicile du médecin	Ile de France
M11	05/07/16	44min	Bureau sur le lieu de travail	Rhône Alpes
Focus Group	05/02/16	71min	Domicile D3 et D6	Hauts de France

c. Principaux résultats

A. Le moment de vie

1. Circonstances de vie favorables

M6 : « Les circonstances de ma vie à ce moment-là m'ont permis d'accepter de partir. »

Pour certains médecins interrogés, le départ est possible lorsque les circonstances de vie sont favorables à un moment donné grâce à une disponibilité personnelle, professionnelle ou pour cause de rupture biographique.

M4 : « Et c'est le moment où j'étais un peu en « chômage d'implication ». C'est là que, est arrivé... »

2. Opportunité, rencontre

Une rencontre ou une opportunité de départ ayant concrétisé la première mission se retrouve pour plusieurs médecins interrogés.

D4 : « Et enfin, euh...c'est l'occasion qui a fait...c'est une rencontre avec un confrère qui a fait...de l'envie, on est passé à la possibilité de le faire. »

3. Démarche personnelle

Pour d'autres, le premier départ fait suite à une réflexion antérieure et s'est concrétisé grâce à leur propre démarche.

M10 : « d'abord en fait, je me suis renseignée sur plusieurs ONG », « je suis allée à l'entretien...j'ai rempli le dossier en ligne pour demander...enfin, pour postuler à ONG1 »

4. Frein temporel

A l'inverse, un **manque de disponibilité** à un moment de vie non propice est un frein au départ.

M11 : « *C'est plus le facteur temps qui serait limitant à un moment de ta vie où tu fais un peu autre chose quoi.* »

La **durée des missions** comme des missions trop longues, incompatibles avec le mode d'exercice professionnel et la vie de famille, est souvent évoquée en particulier pour les médecins libéraux.

D5 : « *Le problème des grosses ONG, c'est que c'est toujours un mois, deux mois, trois mois... Et ça, c'est pas possible. Donc les quinze jours, oui, c'est essentiel.* »

B. Les déterminants professionnels

Au cours des entretiens, les motivations professionnelles ont semblé au premier plan, avec des résultats riches et denses évoquant les motivations, les conditions de l'exercice du soin en mission mais aussi les freins, les limites et les apports des missions sur le plan professionnel.

Aborder les déterminants professionnels permet également d'explorer la spécificité du médecin généraliste au sein de l'action humanitaire, et en quoi sa spécialité influence son choix.

1. Les motivations professionnelles

Les médecins ont mis en avant le plaisir de retrouver une activité clinique authentique, dynamique et diversifiée, avec un sentiment d'efficacité sur le terrain, leur permettant une prise de recul avec leur pratique en France, et leur offrant une expérience humaine intense.

Activité clinique

M3 : « *Le plaisir de soigner des gens, c'est tout.* »

Pour les médecins généralistes interrogés, une mission humanitaire est l'occasion de pratiquer avec plaisir une médecine avant tout clinique, renouant avec les bases de la sémiologie et disposant de très peu d'exams complémentaires.

M4 : « *ça me ramène à ce que j'aime dans la médecine c'est la sémiologie, le côté purement clinique* »

Comme en médecine générale, il s'agit d'une médecine de premier recours,

M10 : « *ils ont besoin de médecins expat' pour faire juste de la médecine, être médecin traitant de première ligne, et donc c'est ce que j'ai fait. Et ça m'a beaucoup plu, parce que c'est ça qui m'intéressait, faire de la médecine, voir des patients* »

permettant la découverte de certaines pathologies spécifiques du terrain.

D6 : « *Et puis on voit aussi des pathologies qu'on ne voit pas chez nous.* »

Rupture avec la routine

Distance avec le quotidien

Au cours des entretiens, partir en mission est perçu comme une façon de casser sa routine professionnelle en travaillant dans un contexte de soins différent.

M3 : « *Et je voulais changer la routine, les choses.* »

Distance avec le système de soins

Partir permet de prendre de la distance avec le système de soins français, où la lourdeur administrative et les exigences accrues des patients et du système pèsent lourd sur les médecins.

M3 : « *Parce que en France, la paperasse, la carte vitale, les choses comme ça j'en pouvais plus, on ne faisait plus de la médecine, toute la journée des papiers, et est-ce que c'est remboursé ? pas remboursé ? J'en avais ras-le-bol de ça, mais ras-le-bol !* »

La valorisation par une reconnaissance plus expressive et plus directe peut être un bénéfice recherché.

M2 : « *enfin, les gens ils te font des câlins quoi ! Non mais tu vois, du coup c'est incroyable !* »

Distance avec sa propre pratique

Le recul professionnel permis par un départ en mission apporte une remise en question et une ouverture d'esprit pour sa propre pratique.

M4 : « *Alors le point de vue professionnel, intéressant sur la remise en question et ça fait du bien* »

Dynamiser et diversifier sa pratique

D4 : « *Ça donne du peps à la pratique.* »

Partir, pour prendre du recul sur sa pratique mais aussi la dynamiser et la diversifier :

- D'une part, par la **pédagogie** avec les équipes sur place et aussi par la **formation pratique** sur le terrain.

M3 : « *j'ai eu plaisir à transmettre ce que je sais aux autres, voilà. Et ça c'est important.* »

- D'autre part, par une **polyvalence** accrue sur le terrain.

M11 : « *Donc tu as vraiment une polyvalence, ça c'est génial. Je pense que c'est un des attraits principaux aussi, le fait de devoir être polyvalent dans ce genre de choses là, polyvalent* »

Sentiment d'efficacité

L'impact direct et concret sur le terrain, la possibilité de répondre à un besoin défini apporte un sentiment d'efficacité à **court terme**.

M11 : « *On a l'impression qu'il y a des résultats, même si c'est des résultats qui sont à court terme, en tous les cas, qu'il y a une efficacité qui semble assez probante* »

Lorsque l'action se poursuit dans le temps, le but recherché est un suivi et une pérennisation **sur le long terme**.

M4 : « *Le côté prévention, et puis arriver à pérenniser des changements d'attitude* »

Expérience humaine

La médecine humanitaire est une expérience humaine et humaniste à tous les niveaux :

via le **travail en équipe**,

M2 : « *Voilà, l'envie de partager quelque chose avec une équipe* »

la confrontation à une **culture différente** dans la relation de soins,

M10 : « *c'est découvrir les mentalités locales euh, c'est ça, pour avoir cette vision de l'humain un peu plus large, sortir un peu de...se **déculter** pour aller à la rencontre d'autres manières de penser, parce que je trouve que c'est enrichissant à la fois sur le plan humain et professionnel.* »

et la pratique indéniable d'une **médecine Humaniste**.

M11 : « *Et puis après euh, ben c'est toute une... tout un attrait de médecine humaniste quoi. (...) Finalement travailler comme médecin, tu fais ça parce que tu es intéressé par l'autre, enfin j'espère en tous cas* »

2. Les freins professionnels

L'activité professionnelle est un moteur, mais elle apporte aussi ses freins au départ, notamment en fonction du **mode d'exercice** (activité libérale ou carrière hospitalière).

M6 : « *C'est pas simple sur le plan professionnel de laisser ton cabinet un mois.* »

Certains médecins s'interrogent sur leur légitimité et l'importance d'apporter des **compétences adaptées** sur le terrain.

M1 : « *il faut trouver aussi des missions qui peuvent convenir, par rapport à ce qu'on sait faire...* »

Pour d'autres, il s'agit de ne pas perdre sa formation médicale initiale et maintenir une **formation** continue.

M11 : « *Moi, là si je ne pars plus, c'est surtout parce que je me reforme* »

D'autres évoquent aussi l'aspect **financier** :

D2 : « *Ce qui coûte le plus cher, c'est de ne pas travailler.* »

3. L'apport professionnel

Les médecins interrogés ont tous eu l'occasion de participer à une mission humanitaire.

Ils évoquent avec plaisir leur expérience, et les motivations initiales se confondent et se transforment au profit du plaisir éprouvé par l'action sur le terrain.

Le Savoir Faire et les compétences du médecin généraliste semblent une à une enrichies par cette expérience professionnelle.

Premiers recours, Urgences

Sur les missions d'urgences ou les consultations tout venant, **hiérarchiser** la gravité, faire preuve d'**adaptabilité** et de **polyvalence** sont des qualités indispensables et renforcées sur le terrain.

M10 : « *Si tu es capable de travailler dans un contexte un peu stressant ou bien où il y a justement moins de moyens, je me dis que c'est aussi un plus au niveau de l'adaptabilité aux circonstances de travail, à la flexibilité* »

La **limitation des prescriptions** médicamenteuses ou paramédicales est parfois constatée au retour.

M4 : « *Quand on revient ici, on revoit quand même la médecine générale d'une autre façon et on a quelque part un petit message à faire passer au remplaçant, en disant « mais pourquoi tu demandes tous ces examens ? »* »

Coordination, continuité

Coordination des soins

En mission, le généraliste peut avoir un rôle de coordinateur nécessitant des **capacités organisationnelles** (organisation des soins, logistique) et **relationnelles** (ressources humaines, management, relations publiques) qui lui donne une place centrale dans la gestion du projet.

M9 : « *Alors moi, sur le plan professionnel ça m'a apporté beaucoup. Ça m'a apporté une réponse à ma... aux grandes questions...alors, mais c'est très technique ça...à ma grande question sur l'organisation des secours.* »

Continuité de l'action

À leur retour pour **prolonger leurs actions**, certains médecins choisissent de poursuivre leur engagement au sein du même projet ou de la même association, de participer à des actions humanitaires en France ou de se former d'avantage.

M8 : « *Et tu dis « je veux revenir ». Et si je ne peux pas revenir, au moins je vais suivre le dossier. Il ne faut pas se désengager. Et pour ne pas me désengager, j'ai commencé à travailler dans la direction médicale de l'association. Donc du coup, c'est une autre manière de faire de l'humanitaire sans voyager mais en étant à cheval sur les dossiers difficiles.* »

Prévention, Education en Santé

Pour les missions orientées sur le développement, les actions de prévention et de **santé publique** sont au premier plan.

M4 : « *faire de la prévention, comment leur apprendre à se laver, donc en fait on fait un travail de prévention. (...) Donc ma fonction de médecin examinateur s'est transformée en médecin organisateur des visites, organisateur des préventions, nouveaux thèmes de prévention.* »

Le médecin généraliste est sensibilisé sur le terrain aux problématiques de santé communautaire (accès à l'eau, hygiène alimentaire) et organise des actions concrètes de prévention (périssement orofécal, dermatoses, paludisme, gale) et de dépistage.

Approche centrée patient

Lors de missions à l'étranger, la confrontation à la **différence culturelle** permet une sensibilisation et une prise en compte de cette barrière culturelle dans la relation de soins.

D4 : « et quand on a compris comment ça fonctionnait, on revient à faire de la vraie médecine. Mais si... il faut casser cette barrière culturelle qu'on peut avoir. »

Approche globale, complexité

Dans le contexte de solidarité internationale, la complexité sur le terrain réside aussi dans le contexte local socio-politico-économique qui s'inscrit dans la complexité globale des **enjeux géopolitiques** de notre époque.

M7 : « Et puis à comprendre aussi, je veux dire, ce qui se passe dans le monde, quoi, la souffrance, les guerres etc. non, je veux dire, c'est plus que juste des informations à la télé, tu vois ce que c'est, ce que ça signifie. »

Pour certains médecins, l'approche globale dans ce contexte particulier leur a permis d'apprendre à **prendre le temps** et d'**aller à l'essentiel**.

M2 : « Qu'est-ce que ça m'a apporté ? Euh... L'envie de prendre le temps. »

Cette expérience leur a également apporté une **réflexion éthique** étant confrontés à des situations médicales complexes où les représentations et le rapport culturel à la mort sont différents.

M4 : « On est confronté aux mêmes questions que ce soit au fond de l'Himalaya ou au centre de Lyon où on a une technicité autour qui est de premier ordre, les questions fondamentales restent les mêmes. »

Professionnalisme

Au cours d'une mission, les médecins sont parfois amenés à avoir des **responsabilités** bien supérieures à celles dont ils ont l'habitude, nécessitant une **gestion du stress**, ce qui participe à étoffer la **confiance en soi** mais aussi l'**humilité** face aux situations rencontrées.

M7 : « assez rapidement tu vas prendre des responsabilités alors soit au départ au sein d'un projet avec une équipe médicale où tu vas encore exercer, et puis petit à petit tu prends de plus en plus de responsabilités »

D2 : « Par contre, est-ce que ça aide en revenant ? D3 : L'humilité »

4. Les limites professionnelles du terrain

L'expérience humanitaire enrichie les compétences du médecin généraliste de façon consciente ou non, mais l'expérience du terrain apporte aussi les limites de l'action qui peuvent être à l'origine d'un sentiment de frustration.

Les limites, à la différence des freins, sont perçues par l'expérience sur le terrain et inhérentes à l'humanitaire : elles génèrent à la fois des sentiments contradictoires d'impuissance mais ne sont pas considérées pour autant comme un frein absolu au départ pour les médecins interrogés.

Médecine de masse et spécificité des pathologies

Tout d'abord, il s'agit d'une médecine non reproductible en France :

- d'une part par le côté « **médecine de masse** »

M1 : « *Et puis ils en voient, ils en voient, ils en voient, ils en voient, ils en voient...c'est une autre façon de soigner quand même qui est... soin de masse par exemple, là en l'occurrence* »

- et d'autre part, par la **spécificité accrue des pathologies** rarement applicable dans la pratique quotidienne au retour.

M10 : « *la réponse globalement c'est quand même "Non", parce que déjà au niveau des pathologies que je voyais là-bas c'était hyper spécifique. (...) En métropole c'est peu probable que je retrouve les mêmes profils.* »

Dénuement

La limitation des moyens aussi bien humains, techniques que l'accès au soin, est à la fois une motivation pour un retour aux bases de la médecine mais limite aussi la prise en charge médicale sur place.

M6 : « *Et puis, ce qui était émotionnellement difficile, c'est le manque de moyens dont tu disposes* »

Frustration

La limite de l'action sur place génère chez certains médecins des sentiments d'impuissance, d'insatisfaction voire d'incompétence et de solitude.

M10 : « *tu ne sais pas quoi faire d'autre pour qu'il s'améliore, donc tu te sens impuissant et inefficace* »

Manque de pérennité

L'action ponctuelle au cours des missions courtes, ainsi que l'absence de possibilité de prise en charge des maladies chroniques (telles que le diabète, l'hypertension artérielle, la dépression) apparaît également comme une limite importante du soin sur place.

M2 : « *elle prend sa boîte d'Amlor, et puis après tu te poses quand même la question. Et puis voilà, super, elle a une boîte d'Amlor, allez pour un mois. Et puis après ? Tu vois, et après ? T'as fait ça, et après à quoi ça a servi ?* »

C. Les dispositions individuelles

Chez une personne donnée, en plus du moment de vie favorable, certaines dispositions individuelles semblent favoriser l'entrée en humanitaire.

Certaines sont préexistantes comme les représentations et la foi en certains idéaux, d'autres semblent liées à la personnalité, aux goûts et centres d'intérêts, et certaines se développent selon l'histoire de vie.

1. Les idéaux et représentations

La vocation humanitaire

M5 : « *Je pense ouais, je pense que ça remonte vraiment à l'enfance, préadolescence.* »

On peut définir cette vocation par une envie lointaine présente depuis l'enfance ou l'adolescence qui s'est imposée peu à peu comme une évidence, où les études de médecine deviennent parfois un moyen pour accéder à l'humanitaire et non une fin en soi.

M9 : « *Moi j'ai fait médecine pour ça. Pour un jour pouvoir faire de l'humanitaire.* »

Pour certains médecins, cette vocation a été influencée par les médias dans leur jeunesse (lecture, télévision) et pour deux d'entre eux on peut s'interroger sur le rôle du modèle familial.

M10 : « *une fois à la télé, j'avais vu une pub pour une ONG, (...), mais ça je m'étais dis "waouh, j'aimerais bien faire ça plus tard" »*

Parmi les médecins interrogés, certains n'ont pas ressenti cette vocation humanitaire.

M6 : « *Non, ah non, pas du tout, non. C'est pas une envie qui existe comme des gens qui disent « moi je veux à tout prix aller faire une mission humanitaire, ou de l'humanitaire tout court ». Non non, c'était pas ça.* »

Idéaux et quête de sens

On retrouve dans la plupart des entretiens que s'engager dans l'humanitaire est une façon de **se sentir utile** et de **donner du sens** à son action.

M1 : « *Mais je crois que, je crois que... c'est que voilà... soigner les gens me paraissait être le moyen de me sentir utile et d'être à ma place, on va dire.* »

Certains idéaux ont une place centrale dans la représentation que les médecins se font de la médecine humanitaire, et par conséquent influencent leur engagement.

Parmi ces idéaux, on peut citer l'**altruisme**, la **justice sociale**, et l'**humanisme** qui est une notion centrale faisant le lien avec leur vocation médicale générale.

M10 : « *pouvoir être au service de populations plus défavorisées, ça... ça répond un peu à un idéal* »

La notion d'engagement par **conviction** d'une certaine idéologie politique se rapprochant alors du militantisme est présente chez deux des médecins interrogés.

M5 : « *le côté presque plus militant intérieurement, (...) et dire voilà tu vas contribuer à un truc auquel tu crois.* »

Fantasme versus réalité

M10 : « *en gros, me confronter à la réalité de quelque chose que j'ai dans la tête et en idéal depuis longtemps* »

L'humanitaire est souvent associé à une image d'héroïsme, pourtant la majorité des médecins interrogés ont conscience que ça ne correspond pas à la réalité de l'action.

Partir en mission, c'est prendre le risque de confronter son fantasme de la médecine humanitaire à la réalité du terrain et être prêt à accepter le décalage.

D4 : « *On a aussi un fantasme par rapport à ça...Y a un décalage parfois, entre ce qu'on pense qu'on va trouver et le fantasme qu'on a de la médecine humanitaire. On a tous vu ces images de ONGI, ils sont là, à faire un peu les cow-boys...et nous, on se dit « waouh, on va sauver le monde », « on va trouver des pathologies et on va leur sauver la vie », et quand on tombe sur de l'arthrose on se dit « attends... » »*

2. Liées à la personnalité

Parmi les dispositions individuelles, certains traits inhérents à la personne sont retrouvés comme le goût du voyage et de l'aventure, une sociabilité marquée, et des motivations plus « égoïstes » de plaisir personnel.

a. Le goût du voyage et de l'aventure

M2 : « *Désir de l'Aventure.* »

Une particularité commune aux médecins interrogés est un goût du voyage et de l'aventure, présent en amont du départ en mission.

M1 : « *avec aussi une envie de voyager importante, et d'aller voir comment ça se passait ailleurs... ça aussi c'est quand même une motivation...* »

b. La sociabilité

La Rencontre est indissociable d'une mission à l'étranger : rencontres humaines avec les membres d'une équipe d'une part et les bénéficiaires d'autre part, mais aussi la rencontre de nouvelles cultures.

Le plaisir de ces rencontres diverses et le lien social qui en découle sont souvent évoqués par les médecins interrogés, pour qui parmi les freins on retrouvera fréquemment les liens sociaux et familiaux en France.

Rencontres humaines et culturelles

Dans la solidarité internationale, la dimension internationale permet la découverte de **nouvelles cultures** au cours des missions, associée à la notion d'échange et de partage.

M4 : « *Et ça c'est un échange culturel quand même. Euh... Donc ça, c'est vraiment passionnant.* »

Les missions permettent de « créer du lien » humain et social :

- d'une part, avec les bénéficiaires directs et la **population locale**.

D6 : « *Moi j'ai des souvenirs..Tu te souviens cette petite dame...on avait mis son bébé au monde, mais presque... ça avait créé des liens formidables* »

- d'autre part, les rencontres humaines ont lieu au sein de l'**équipe**, où les liens semblent renforcés par la vie en communauté et le terrain éprouvant.

M3 : « *Tu vis avec d'autres gens, c'est ça qui est plaisir, de rencontrer d'autres gens, de rencontrer Camille, Romain, c'est ça ! C'est déjà important. J'ai rencontré des gens assez extraordinaires, et ça, ça te donne envie de repartir.* »

Frein : attaches sociales et familiales

L'attrait sociable des médecins en mission a pour pendant une **attache sociale** importante qui peut devenir un frein au départ : liens familiaux, la vie de couple ou le risque de marginalisation en cas de départ prolongé.

M10 : « *Donc oui le frein des... de quitter, enfin de se déraciner des relations sociales.* »

c. Le dépassement de soi et l'enrichissement personnel

Pour certains médecins, l'expérience humanitaire est vécue comme un **challenge** personnel, ou plus simplement une **expérience de vie** à tenter au moins une fois pour ne pas avoir de regrets.

M4 : « *je me dis « bon attends, je suis dans ma vie confortable de généraliste, c'est peut-être intéressant que tu te frottes un peu à quelque chose de moins... moins confortable quoi ». Et j'aime bien ce genre de petit challenge en fait. C'est marrant.* »

Parmi les médecins généralistes interrogés, la plupart ont conscience que leur motivation est « égoïste », ils sont les principaux bénéficiaires de leur action grâce à la **satisfaction personnelle** et l'enrichissement que leur apporte cette expérience.

M1 : « *Aussi parce que j'y trouve du plaisir, je pense. Et de la satisfaction. Y a quelque chose aussi de l'ordre de l'intérêt personnel* »

3. Histoire de vie personnelle

Des événements de vie ponctuent le parcours des participants, qui peuvent être à l'origine du départ ou au contraire devenir un frein.

Fuite ?

Pour certains médecins, partir leur permet de **rompre avec le quotidien**,

M3 : « *Et je voulais changer la routine, les choses. Je pense que c'est un lavage, comme je dis, un lavage d'esprit, un lavage des couilles, et c'est ça* »

L'un des médecins évoque **une fuite personnelle**,

M6 : « *honnêtement je ne savais pas ce que j'allais chercher quand je suis parti, euh...il y avait peut-être une fuite de certains problèmes.* »

Où la mission peut avoir un **effet thérapeutique**

M6 : « *je pense que c'est eux qui nous soignent plutôt que nous qui les soignons* »

Freins intimes

M6 : « *c'est plus des événements de vie personnelle qui ne m'ont pas permis d'y retourner* »

Pour certains, une **rupture biographique** dans leur histoire personnelle sera un frein à un nouveau départ, comme **une maladie** ou la situation familiale.

M8 : « *J'ai eu la Fièvre de Mayaro (...). Voilà, j'ai chopé ça. Pourquoi j'ai pas pu partir, parce que il y a une atteinte poly articulaire monstrueuse, monstrueuse !* »

Doutes et ambivalence

Certains participants n'évoquent pas leur histoire de vie personnelle, la motivation intime n'est pas consciente ou non déclarée.

M3 : « Non, aucune raison. Sur le plan personnel, non » « Non, non, c'est pas un truc métaphysique, une recherche de x ou y. Rien du tout. »

D'autres expriment leurs doutes et leur ambivalence ressentis avant ou après le premier départ :

M1 : « donc y a plein de choses qui font que... y a aussi plein d'ambivalences et de limites qu'on se met, et que, qu'y fait qu'on ne fait pas ça tout le temps, en tous cas pour moi. »

4. Limites personnelles

Choc psychologique

Parmi les limites personnelles, on peut citer le risque de choc psychologique.

Plusieurs médecins évoquent la **naïveté initiale** et le manque de recul lors d'une première mission.

M7 : « au départ t'es... tu as pas de recul, tu prends tout en pleine face »

L'un des médecins interrogés a été **traumatisé** psychologiquement par son expérience dans un contexte de médecine de catastrophe.

M9 : « on ne reste pas insensible à ce type de catastrophe. Et je ne suis pas encore prêt à repartir, même si ça fait six ans. »

Les **facteurs aggravants** identifiés sont d'être projeté dans une situation violente qui rompt brutalement avec son quotidien habituel sans y être préparé, avec un poids des responsabilités accrues.

M9 : « c'est probablement des choses qui ont... qui comme elles ne sont pas notre naturel, font que ceux qui ont dû faire ça, ou ceux qui ont dû choisir parmi tel ou tel enfant, choisir ceux qu'on évacuait et ceux qu'on évacuait pas, ça laisse..., ça laisse des traces. »

Les **mécanismes de protection** évoqués sont d'exercer son métier habituel, la prise de distance, et le débriefing en retour de mission.

Choc culturel et contre-choc

M2 : « T'as envie de retranscrire ce que tu fais habituellement mais dans un autre pays, alors qu'en fait ça n'a juste rien à voir. »

Au-delà de l'envie de découvrir de nouvelles cultures, certains médecins ont conscience de la complexité et la nécessité d'intégrer et de **comprendre la culture locale** sans projeter ses propres schémas culturels.

A l'inverse, dans certaines situations, l'intégration sur place et le vécu de la mission étant intense, le retour dans sa vie « habituelle » peut être compliqué correspondant au « **syndrome de retour** » ou le contre-choc culturel.

M2 : « Et puis, bah du coup quand tu rentres en France, et ben... Tout ce que t'as vécu là-bas, tu le reprends en pleine face. »

D. Le contexte

1. Le terrain

Comme nous l'avons vu précédemment, une rupture avec le quotidien est recherchée tant sur le plan personnel que professionnel, elle est possible en mission grâce au dépaysement et au changement de décors.

La spécificité du terrain en humanitaire participe à la recherche d'aventure mais apporte aussi ses limites (là encore on parlera de « spécificité » plutôt que de réel frein).

Changement de décors

M10 : « y a le côté quand même changement de... d'environnement, c'est ça qui m'attirait aussi. »

Lieu de l'action

L'action humanitaire se déroule le plus souvent dans les **pays en voie de développement**, offrant un changement de décor et la possibilité de se rendre dans des lieux non accessibles en dehors du contexte humanitaire.

Les lieux d'actions des médecins interrogés sont divers et variés : Afrique, Inde et Népal, Asie de Sud-Est, ainsi que le Maghreb et l'Amérique du Sud.

Les noms des villes et des pays précis ont été codés pour respecter l'anonymat, cependant l'ensemble des pays cités dans les entretiens sont disponibles en annexe. (Annexe 1)

Une caractéristique des lieux de l'action étant souvent **des lieux difficiles d'accès, isolés**, avec souvent peu de moyens de communication.

D6 : « Les villages où on est allés à M... en fait, on descendait un fleuve, en bateau... donc on s'arrêtait de village en village... et on était dans des villages qui étaient totalement inaccessibles par la route. »

Pertes de repères et difficultés d'adaptation

La découverte d'un nouvel environnement, la rupture brutale avec le quotidien peut entraîner une perte de repère et une difficulté d'adaptation initiale.

M10 : « j'ai eu une grosse phase d'adaptation d'un mois, un mois et demi, où j'espérais presque avoir un palu pour être rapatriée en métropole parce que je voulais pas partir. Je me disais : "je suis venue, faut que je reste, et je peux faire face" »

Conditions de vie liées au terrain

Les limites de ce terrain sont les conditions de vie sur place. Elles sont inhérentes au terrain, difficiles à vivre mais rarement évoquées comme un frein à part entière puisqu'elles participent à la dimension d'aventure et de dépaysement.

M7 : « C'est quand même difficile aussi, surtout en particulier de travailler sur le terrain, c'est très difficile, c'est éprouvant », « T'es dans la guerre, la souffrance en permanence »

Les conditions de vie peuvent être **éprouvantes** : manque de confort, isolement, promiscuité, stress entraînant une fatigue physique et psychique.

M3 : « Mais quand tu reviens c'est fatiguant quand même. Je me souviens, moi je suis revenu, j'avais perdu cinq kilos, j'étais... j'en avais marre à la fin, tout le monde, comme tout le monde. »

Le **risque sanitaire et sécuritaire** est évoqué comme un frein pour la plupart des médecins.

M5 : « enfin voilà, je vais pas à un endroit pour mourir sur place, j'ai pas du tout envie... euh... et donc, tout ce qui va être pays vraiment à risque, genre pour les occidentaux, genre Syrie tout ça, je ne vais pas y aller... »

Complexité du contexte

L'action se déroule sur des terrains souvent **en crise** où le contexte social, économique et politique est fragile.

M5 : « Initialement, ils étaient allés là-bas parce qu'y avait une crise politique en 2009, qu'y a des cyclones de temps en temps et ce genre de trucs, mais globalement c'est un problème de pauvreté. »

Sur place, les acteurs de l'humanitaire sont aussi confrontés à la **corruption** et à la réalité du terrain :

M9 : « quand vous allez sur l'humanitaire y a du pour et y a... y a des gens qui se font un fric fou. C'est pas beau. »

La prise de conscience de l'ampleur de l'enjeu et la **complexité** a souvent lieu sur le terrain après une première expérience :

D3 : « Ah c'est compliqué, la solution toute simple... on ne l'a pas. Sinon ça aurait déjà été fait depuis bien longtemps. »

Adrénaline

Pourtant, malgré les difficultés rencontrées, pour certains l'effet adrénaline est plus fort et est un moteur pour de prochains départs.

M7 : « et donc l'effet un peu pervers.... c'est un peu l'effet d'adrénaline qui est lié à ça. »

M2 : « Parce que bah, parce que quand même... ouais quand même c'est dur. Mais t'as envie d'y retourner. T'as un truc qui te rattache... »

2. L'ONG

Pour expérimenter au mieux le terrain, le choix de l'ONG n'est pas le fruit du hasard.

Pour les médecins interrogés, leur choix dépend d'une part du sérieux de l'association :

M11 : « *je trouvais, ça m'a confirmé que la structure était pertinente dans son organisation, alors j'avais pas trop de doutes là-dessus... que le mode de fonctionnement, le style ONG1 me correspondait, et que ça bossait bien surtout.* »

Et de la compatibilité entre leur profil et le profil de l'ONG :

M6 : « *Et en fait, on demandait des généralistes. On ne demandait pas des urgentistes, on ne demandait pas d'apprendre à être urgentiste pour participer à la vie humanitaire, bon la plus médiatisée en fait. Et en fait, à l'ONG6, on cherchait des généralistes* »

Dans notre étude, on peut citer en exemple deux types d'ONG :

- **ONG1** : ONG de grande ampleur, médiatique, institutionnalisée

M5 : « *ONG1 représente une entreprise, enfin voilà une entreprise santé, euh... mais finalement aussi une entreprise accueillante, sympa...* »

M10 : « *ONG1 c'est celle que je connaissais, enfin celle qui est la plus visible dont j'avais déjà entendu parler* »

- **ONG3** : ONG de taille moyenne proposant des missions médicales courtes

D3 : « *On a trouvé que l'association avait l'air de tenir la route, que l'association avait l'air sympa, que ça correspondait à ce qu'on avait envie de faire. Nous ce qui nous intéressait c'était de faire quelque chose d'itinérant, de pouvoir rencontrer un peu les populations et aussi pour profiter un peu pour voyager.* »

3. Limites et critiques de l'action humanitaire

L'ensemble des médecins interrogés ont déjà eu au moins une expérience humanitaire.

Le retour de leur expérience les amène à remodeler leurs motivations, leurs freins et leurs représentations de la médecine humanitaire.

Comme vu précédemment au sujet des limites professionnelles et personnelles, leur analyse de l'expérience vécue les amène à questionner et critiquer l'action humanitaire.

Les limites ne sont pas des freins à part entière mais sont nécessaires pour éclairer et nuancer l'ensemble des déterminants au départ évoqués par les médecins interrogés.

Utile ou délétère ?

Bien que le sentiment d'être utile est présent initialement avant le départ, la complexité du contexte entraîne parfois une **remise en question de l'action**, et un **questionnement** sur l'efficacité de celle-ci et l'efficacité parfois peu mesurable à court et moyen terme.

M2 : « *t'as l'impression que tu veux faire bien les choses, et puis finalement est-ce que tu rends service aux gens ? C'est la vraie question quoi !* »

Vision critique de l'humanitaire

Les critiques peuvent viser la gestion du projet, la gestion financière, l'action en elle-même qui peut être plus délétère que productive, l'amateurisme de certaines missions ou enfin le « tourisme humanitaire ».

M7 : « *il y a cet espèce de magma, de tout et de n'importe quoi, il faut voir hein, ça les gens ne se rendent pas compte* »

M9 : « *Souvent dans l'humanitaire on est plus délétère que productif.* »

IV. Discussion

a. Validité interne : forces et limites de l'étude

1. Forces

Liées à la question posée

Le choix de la question nous a paru original.

Bien que d'autres thèses s'intéressent au lien entre médecine générale et médecine humanitaire, peu d'articles de recherche médicale explorent les déterminants individuels de l'entrée en humanitaire.

Or comprendre et explorer les motivations et le comportement des médecins généraliste dans ce domaine permet une meilleure adéquation entre les attentes des médecins et le choix des associations et des missions.

Liées à la méthode

La méthode qualitative était la plus adaptée pour explorer d'une part les motivations et les freins, ainsi que le comportement des médecins généralistes faisant le choix de l'humanitaire.

Le recrutement a permis un échantillonnage en variation maximale afin d'avoir une diversité d'opinions et de comportements.

De plus, l'étude a été multicentrique (plusieurs villes) et les médecins étaient issus d'ONG variés permettant d'explorer à la fois des grandes ONG médiatiques et reconnues telles que MSF et aussi des ONG plus modestes ne proposant pas le même type de missions comme Mission Humanitaire (MH).

Les entretiens semi dirigés ont permis une liberté de parole en répondant à des questions ouvertes afin d'explorer au mieux les raisons individuelles du départ.

Le focus group a quant à lui permis de trianguler les méthodes pour renforcer la validité des résultats, et d'étudier le sujet au cœur d'une dynamique de groupe.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés avec l'aide du logiciel Nvivo permettant une meilleure traçabilité de la méthode de recherche.

De plus, la méthode avait été testée et discutée préalablement au sein d'un mémoire d'initiation à la recherche, enrichissant pour la formation de la chercheuse.

Liées aux résultats

Au cours des entretiens, les médecins interrogés ont évoqué avec plaisir les souvenirs de leur expérience humanitaire, ce qui a permis un recueil de données riche au cours d'entretiens de plus d'une demi-heure pour la majorité d'entre eux.

Les données recueillies sont devenues progressivement redondantes au cours des entretiens, permettant de tendre vers une saturation des données.

L'ensemble de ces critères correspondent aux recommandations en matière de bonne pratique en recherche qualitative (16,17).

2. Limites

Liées à la méthode

Un seul focus group d'opportunité a pu être réalisé où les membres se connaissaient préalablement ayant participé au même type de mission.

Avoir un ou deux autres focus group sur des sous-groupes différents nous aurait permis de renforcer la triangulation des méthodes et la validité des résultats.

Deux principales associations ont permis le recrutement : MSF et MH.

Au total, les médecins interrogés étaient issus de 8 associations différentes.

Un nombre plus important d'ONG de tailles différentes aurait été intéressant pour augmenter la puissance de l'étude.

Liées aux résultats

Les médecins interrogés étaient tous déjà partis en mission, les souvenirs évoqués étaient plus ou moins récents ce qui entraînent un **biais de mémorisation**.

Le **biais d'interprétation**, lié à la subjectivité de la chercheuse, a été limité en partie par une triangulation partielle de l'analyse des résultats.

Liées à la chercheuse

La subjectivité et la faible expérience de la chercheuse en recherche qualitative a pu être à l'origine d'un **biais interne**.

Le statut de médecin interrogeant d'autres médecins peut expliquer en partie la forte prévalence des résultats en lien avec la profession médicale, mais a permis de limiter les incompréhensions entre chercheur et participants, et de créer un climat favorable à l'entretien.

De plus, il existait un **biais d'investigation**, notamment pour les médecins recrutés par connaissance personnelle ou indirecte de la chercheuse.

Les biais externes ont été limités en choisissant un lieu calme et adapté.

b. Validité externe : comparaison avec les données de la littérature

○ *Les principaux résultats cohérents et attendus*

Certaines études ont attiré notre attention par leur pertinence par rapport à notre sujet (étude des motivations et des déterminants de l'entrée en humanitaire), nous allons tout d'abord les présenter brièvement, puis nous discuterons les principaux résultats en cohérence avec ces études.

1. *Présentation de quatre études pertinentes*

Le Travail Humanitaire : les acteurs des ONG du siège au terrain

(J. Siméant et P. Dauvin, 2001) (9)

Dans cet ouvrage sociologique de grande ampleur, les auteurs ont mené une vaste enquête au sein d'ONG françaises en voie de professionnalisation et d'institutionnalisation comme Médecins Sans Frontières (MSF), Médecins du Monde (MDM), Action contre la faim (ACF) et Handicap International (HI), au « ras du sol » c'est-à-dire sur le terrain des missions et au siège en menant plus de 200 entretiens pour dresser un tableau nuancé, réaliste et par conséquent complexe du travail humanitaire.

Dans une première partie, « Entrer et rester en humanitaire », J. Siméant s'intéresse aux raisons de l'engagement qu'elle analyse d'un point de vue militant et professionnel, en s'intéressant d'une part aux profils des fondateurs des ONG telles que MSF, puis d'autre part aux profils des « humanitaires d'aujourd'hui ».

Dans une seconde partie, « Motiver l'engagement », les motivations ou « raisons d'agir » des acteurs humanitaires sont approfondies mais envisagées en lien étroit avec la politique de l'ONG qui transmet et entretient les motivations de ses bénévoles.

La limite de cette vaste étude sociologique par rapport à notre travail est qu'elle s'intéresse uniquement aux acteurs des grandes ONG internationales de types MSF, MDM en s'intéressant aux « carrières » humanitaires au sens large, sans approfondir la spécificité des médecins généralistes bénévoles dans l'action humanitaire.

« Volontaire en ONG : L'aventure ambiguë »

(Amina Yala, 2008)(18)

Dans cet ouvrage, Amina Yala définit le terme « volontaire » et les différentes formes de volontariats, et elle s'est également intéressée aux parcours, aux motivations et aux sens que ces volontaires donnent à

leur démarche. Là encore l'étude regroupe les « volontaires » de tous les corps de métiers, bénévoles, salariés et expatriés, permettant de définir différents profils d'humanitaires.

Elle définit le bénévole ou le volontaire comme « celui qui s'engage de son plein gré de manière désintéressé dans une action organisée au service de la communauté. »

On s'intéressera principalement aux motivations dans le parcours des bénévoles.

Nous citerons par la suite deux thèses d'exercice de médecine générale s'intéressant aux motivations et à l'apport de la médecine humanitaire pour le médecin généraliste :

« Motivations des médecins généralistes et moyens mis en œuvre pour réaliser des missions humanitaires »

(Marie Villeret, 2012, Rennes)(3)

Dans sa thèse d'exercice, Marie Villeret s'est elle aussi intéressée aux motivations des médecins généralistes pour réaliser des missions humanitaires en effectuant une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, en s'intéressant également aux moyens mis en œuvre pour réaliser ces missions et à la définition de la médecine humanitaire.

Comme nous le verrons, nous trouvons des similitudes entre nos résultats. De plus, certains médecins ont eu des expériences avec des ONG communes.

Contrairement à notre étude, il s'agissait de médecins d'un seul département ayant pratiqué des missions en majorité courtes (2 semaines), aucun n'ayant eu une expérience avec une ONG internationale connue comme ONG1.

« Médecine générale en cabinet libéral et action humanitaire »

(Cédric Berbé, 2008, Nancy)(19)

Dans une autre thèse de médecine générale, Cédric Berbé, a quant à lui mené une étude descriptive auprès des médecins de Meurthe-et-Moselle sous forme de questionnaire associant réponses fermées afin de définir le profil de ces médecins et des questions plus ouvertes s'intéressant à l'impact sur la pratique quotidienne et l'enrichissement personnel lié à la pratique humanitaire.

Il ne s'agissait pas d'une étude qualitative pour explorer les ressentis des médecins, et là encore l'étude se limite aux médecins libéraux d'un seul département et d'un humanitaire sur un mode occasionnel de courte durée.

Nous allons par la suite comparer les principaux résultats communs à notre étude et aux 4 études cités ci-dessus, en enrichissant d'autres références.

2. Le moment de vie

D'après nos résultats, il semblerait que le moment de vie joue un rôle important dans le déclenchement du départ dans une première mission.

Pour certains l'envie est présente de longue date, pour d'autres le facteur déclenchant sera incarné par une rencontre ou une opportunité mais pour tous il s'agira de circonstances de vie favorables concrétisant le premier départ.

Selon J. Siméant (5), une certaine **disponibilité individuelle** est nécessaire pour le « passage à l'acte » et peut être favorisée par une rupture biographique mais aussi une insertion dans les réseaux « pré-humanitaires » qui seraient souvent l'occasion d'une rencontre ou d'une opportunité. Or le milieu médical est déjà en soi un réseau « pré-humanitaire » puisque le questionnement de l'utilité, de l'humanisme et de l'aide à l'autre s'est déjà posé.

Concernant la **rupture biographique**, un médecin de notre étude évoque clairement une rupture en lien direct avec le premier départ (un divorce), alors que les éléments biographiques vont aussi apparaître dans les freins au départ (une maladie, une séparation).

Ces résultats se confirment dans la thèse de Marie Villeret (3) qui retrouve comme principales motivations à un premier départ : une **opportunité** (comme une rencontre), un **accident de la vie** personnel ou professionnel (comme la fin des études ou la pré-retraite, ce qui se rapproche de ce qu'on a appelé « circonstances de vie favorables »), une **envie de longue date** ou une histoire de vie personnelle.

Pour C. Berbé (19), l'opportunité est également le résultat prédominant (14 médecins sur les 19 interrogés) comme facteur concrétisant le premier départ.

Amina Yala quant à elle, évoque une « **phase de transition** » qui est un moment privilégié de liberté avant de se stabiliser (entre les études et le premier travail par exemple), et **l'imitation d'un modèle** (ami, famille) peut également être un élément moteur important. (18)

Au final, le premier départ est souvent concrétisé par une rencontre ou une opportunité, à un moment de vie favorable (phase de transition, disponibilité personnelle), parfois influencé par une histoire de vie personnelle (rupture biographique).

3. Les dispositions individuelles

Nous avons choisi de regrouper les déterminants personnels sous le terme de « dispositions individuelles », regroupant une forme de « prédispositions » liés aux idéaux et à une vocation humanitaire présents de longue date dans le parcours des médecins interrogés et à des déterminants personnels liés par exemple à la personnalité comme le goût de l'aventure, du voyage, la sociabilité, ainsi qu'à des parcours de vie personnels.

J. Siméant définit en effet les déterminants de l'entrée en humanitaire comme des **dispositions individuelles** favorisant l'entrée en humanitaire et les moments de vie et situations concrétisant cet engagement.

Selon B. Lahire (20), chaque individu résulte d'une pluralité dispositionnelle associée à l'importance du contexte, c'est-à-dire que chez chaque personne **des forces et des contre-forces, internes**

(dispositionnelles) comme externes (contextuelles), auxquelles nous sommes soumis depuis notre naissance, déterminent nos comportements et nos attitudes.

Pour G. Stangherlin, dans son approche biographique de l'engagement, les ressources culturelles, sociales, cognitives et l'expérience vécue interviennent dans le processus d'engagement. (21)

Nous allons discuter sur les principales dispositions individuelles retrouvées en lien avec un départ humanitaire.

Les idéaux

Dans la thèse de C. Berbé, la « **vocation** » est le deuxième item après « opportunité » en réponse à la question « Pourquoi avoir choisi de faire de la médecine humanitaire ? ». (19)

Il réunit sous le terme « vocation » : « rêve d'enfant », image de la médecine humanitaire (« French Doctor »), désir ou curiosité présent de longue date.

Or, dans les motivations déclarées de la thèse de Marie Villeret, les médecins ne font pas référence à leurs idéaux comme moteur bien que pour plusieurs d'entre eux « l'envie lointaine » était présente, parfois même avant de faire médecine. Cependant, on retrouve ces idéaux dans la définition qu'ils proposent de la médecine humanitaire en faisant référence à la solidarité et la notion d'aider les autres. (3)

En ce qui concerne la **notion d'utilité**, R. Brauman définit la médecine humanitaire comme « Celle qui s'exerce pour elle-même sans autre objectif que de se rendre utile. ». (22)

Notion que l'on retrouve également dans les extraits de « Lettres sans frontières », lettres d'acteurs de MSF adressées à leur famille, publiées par MSF en 1995 (23,24) : on retrouve comme motivations déclarées la nécessité de se sentir utile, de lutter contre l'injustice, d'être solidaire de ceux qui souffrent.

Dans l'ouvrage de J. Siméant et P. Dauvin, la première des motivations (et la plus attendue) est la **motivation « morale »** (9), servir une cause juste serait la base de toute forme d'engagement avec un désir d'aller vers l'autre de façon désintéressée. L'auteur retrouve d'ailleurs dans les parcours des acteurs humanitaires des « prédispositions » à aider les plus faibles : scoutisme, activité bénévole, militantisme, pratique d'une médecine sociale.

Les acteurs s'aident alors eux-mêmes en aidant les autres grâce à la **gratification symbolique** qu'ils retirent de leur acte, en particulier vraie dans la gratification que le médecin reçoit de sa relation privilégiée avec le patient. Ainsi, « défendre une cause morale dans une ONG médicale, c'est avant tout soigner », et défendre une pratique « morale » de la médecine permet de définir une relation plus humaine avec le malade, déconnectée du besoin de production.

Au total, la notion de « vocation médicale », retrouvée chez plusieurs médecins que nous avons rencontrés, ainsi que la défense de certains idéaux comme l'altruisme, la justice sociale et la quête de sens et d'utilité, est d'une part une « prédisposition », c'est-à-dire qu'elle n'est pas suffisante à expliquer l'engagement mais un **prérequis** souvent retrouvé, et d'autre part la **gratification** qui découle d'une

pratique médicale en accord avec ses idéaux permet de mieux comprendre le mécanisme de l'engagement en humanitaire.

Le goût du voyage et de l'aventure : vers le désir d'autoréalisation et d'enrichissement personnel

Dans notre étude, une des raisons de partir, et non d'exercer une pratique de l'humanitaire en France, est un attrait pour le voyage, la découverte et une aventure plus grande que celle permise sur les sentiers battus habituels.

Sans surprise, on retrouve cette notion pour l'ensemble des études précédemment citées, avec un **amour du voyage** présent dans les motivations initiales aussi bien dans l'étude de C. Berbé que de M. Villeret, associé parfois à une histoire personnelle par rapport à un pays en particulier (non retrouvée chez les médecins que nous avons interrogés).(3,19)

En revanche, dans l'ouvrage de J. Siméant et P. Dauvin (9), l'aventure, le risque et l'émotion sont retrouvés avec une recherche du danger, de vivre des situations romanesques via une **quête héroïque**, ce qui n'est pas principalement mis en avant par nos médecins. L'aventure est souvent citée pour souligner la rupture du quotidien mais elle n'est jamais évoquée comme une mise en danger volontaire ou la recherche du grand frisson. Est-ce car il s'agit d'une motivation peu dicible ou inconsciente, ou car la plupart des médecins interrogés ont eu une expérience dans le cadre d'une association sur des terrains « sécurisés » et non sur des lieux de guerre ou de danger imminent (à part pour deux d'entre eux, qui évoquent l'adrénaline mais rarement des récits sur le registre de l'héroïsme) ?

Cependant, le voyage et l'aventure au sens de la recherche d'un changement de décor et d'un dépaysement est en accord avec nos résultats. Partir permet une **rupture avec la banalité du quotidien**, ce que l'on retrouve dans notre étude aussi bien sur le plan professionnel que personnel, avec la notion clé du changement d'environnement aussi bien pour le soin que pour le mode de vie. Ce dépaysement est justifié par les acteurs de l'humanitaire par une **ouverture aux autres** et la recherche d'un rapport plus « vrai » ainsi que le **désir d'autoréalisation** exprimé par le désir d'intensifier sa vie en s'exposant à des situations peu banales (équivalent du dépassement de soi dans notre étude).

Pour P. Dauvin, cette **réalisation de soi** peut se définir par la construction d'une identité positive exprimée par la fierté, le sentiment d'accomplissement de soi, et la réalisation professionnelle (9), ce qu'expriment en effet les médecins interrogés de notre étude.

La notion d'enrichissement aussi bien personnel que professionnel se retrouve dans l'ensemble des études, bien que très vaste et difficile à définir, cet enrichissement est pourtant évoqué par l'ensemble des médecins. (3,4,19)

Dans l'étude d'Amina Yala, le **besoin de se réaliser** est la première motivation citée, qu'elle définit par vivre une expérience enrichissante, rechercher un épanouissement personnel ou un accomplissement de

ses rêves, apprendre à se connaître et donner du sens à sa vie (18). L'expérience humanitaire permettrait aussi de **se tester**, c'est-à-dire de couper avec l'impression de confort culpabilisant, le cocon protecteur, et la vie monotone sans soucis matériels. Partir permet alors de se confronter à soi-même, et de tester sa capacité d'adaptation loin du confort habituel. Cette idée est retrouvée dans la notion de « challenge » dans les résultats de notre étude, et de l'évocation des conditions de vie difficiles sur le terrain, qui ne sont pas pour autant un frein au départ.

Finalement, l'attrait pour **le voyage et l'aventure** est une disposition fréquente attirant vers la solidarité internationale, mais par ce voyage l'enjeu est un **enrichissement personnel** voire un **dépassement de soi** pour mieux se connaître et se réaliser.

Le lien social

Comme vu précédemment, plus que l'unique attrait du voyage, l'ouverture aux autres est souvent mise en avant par les acteurs de l'humanitaire, ce que confirme J. Siméant dans son étude.

La mission est un **lieu de rencontre** avec des populations dont les modes de vie et les codes sociaux sont différents. Ainsi : « La motivation égoïste (voyager pour se faire plaisir) est tempérée par le souci de rencontrer « l'autre » dans un rapport « vrai ». » (9)

De plus, il existe de réels **bénéfices relationnels**, qui se concrétisent par des amitiés construites sur l'acceptation de la différence, sur une communauté de valeurs communes ou le partage d'expériences douloureuses.

D'ailleurs, dans l'étude de Marie Villeret, tout comme dans celle de C. Berbé, les liens affectifs noués font partis des motivations pour repartir après une première mission. Quant à l'enrichissement personnel, il serait permis grâce à la découverte d'une population et d'une culture, permettant une vision différente au retour avec une remise en cause et un changement plus profond. (3,19)

Ce que confirme Rony Brauman : « Ce genre d'expérience de travail collectif renforce les liens personnels ». (22)

En accord avec nos résultats, les missions sont des lieux privilégiés pour **créer du lien** d'une part avec la population locale avec une sensibilité interculturelle forte, mais aussi avec les membres de son équipe. L'humain est présent à toutes les étapes et comme l'a dit l'un des médecins interrogés « on fait ça parce qu'on est intéressé par l'autre ».

4. Contexte et limites

Le type d'humanitaire

En ce qui concerne le « mode d'humanitaire », les médecins interrogés, principalement ceux ayant une activité libérale, ont privilégiés des **missions courtes compatibles avec leur activité** en s'assurant du sérieux de l'association mais sur un mode amateur et bénévole, avec un attrait pour l'aventure et un idéal de soin.

Ce choix fait écho aux propriétés sociales des fondateurs de MSF, dont l'analyse biographique dans l'article de J. Siméant a permis de définir des caractéristiques communes, qui se résument ainsi : « Imaginer un humanitaire d'urgence (c'est-à-dire permettant des missions courtes) qui permettait d'exercer sur le mode de l'amateur éclairé une activité aventurière et au service d'un idéal ». Le mode d'humanitaire choisi par les médecins libéraux renvoie donc aux bases de la médecine humanitaire et des images qu'ils en ont eu dans les années 80-90.

Cependant, bien que la professionnalisation de l'humanitaire permet aujourd'hui de « faire carrière » en humanitaire et de s'inscrire dans un projet pérenne, l'une des particularités des médecins au sein du parcours humanitaire est que **peu d'entre eux s'engagent pour en faire leur carrière** : « si l'humanitaire épisodique et non salarié peut apparaître comme un prolongement naturel de l'activité médicale, peu de médecins quittent définitivement l'exercice classique de la médecine pour devenir des salariés de l'humanitaire. ». (9)

Parmi les médecins de notre étude, un médecin s'est professionnalisé dans l'humanitaire, et trois d'entre eux ont eu des expériences salariales de plus longue durée (environ 6 mois) pour une ONG de grande ampleur, ne remettant pas en cause leur carrière médicale française.

Limites et fragilités psychologiques

Un des médecins interrogés a été marqué par son expérience dans un contexte de médecine de catastrophe, il en garde un traumatisme psychologique et ne se sent pas prêt à repartir.

Par ailleurs, les difficultés du terrain sont souvent citées par les médecins au cours des entretiens.

Dans sa thèse sur « Les difficultés rencontrés et les risques psychologiques au cours d'une première mission humanitaire », Elise Chaudesaygues recense les difficultés ressenties par les médecins pendant leur première mission. Ils évoquent la confrontation à la misère intense, le manque de compétences pratiques, le sentiment de frustration et d'impuissance, les responsabilités inattendues et la violence des situations médicales rencontrées (25). Toutes ces difficultés sont en effet citées par les médecins de notre étude.

Ainsi les risques psychologiques et les facteurs de risques sont connus, et afin de les prévenir au mieux, les ONG ont plusieurs pistes à proposer aussi bien avant (formation, préparation), pendant (soutien local et à distance) et après (débriefing) la mission.

Bien connaître ses motivations avant le départ permet de limiter les désillusions nées d'un décalage trop grand entre les raisons du départ et la confrontation avec le terrain (9), qui pourrait participer à une fragilité psychologique.

- *Originalité de notre étude : Les déterminants professionnels, ou les spécificités du médecin généraliste en mission humanitaire*

1. Les motivations et les freins professionnels

Comme cités précédemment, les idéaux à la base de la profession de médecin, le changement de décor et l'expérience humaine s'appliquent également sur le plan professionnel.

Que ce soit dans l'étude de Marie Villeret ou de Cédric Berbé, les médecins recherchent en partant en mission une **diversité dans leur activité médicale**. (3,19)

Dans l'apport et l'enrichissement professionnel, ils citent la relativité avec la médecine en France et le retour à une **médecine de base**, ainsi qu'une ouverture d'esprit enrichissant la relation médecin-malade.

Pour Amina Yala, servir son avenir professionnel peut être une motivation au départ, mais qui s'applique le plus souvent aux volontaires non médicaux qui pourront utiliser cette expérience comme un tremplin dans le monde professionnel, ce qui est rarement vrai pour les médecins. (18)(26)

L'activité libérale est citée comme frein, notamment en fonction de la durée des missions, à cause de l'aspect financier et l'organisation nécessaire au cabinet, mais les moyens mis en œuvre sont également proposés dans le travail de M. Villeret. (3)

Ainsi certaines des motivations professionnelles sont cohérentes avec la littérature, mais nous allons à présent nous intéresser en quoi elles reflètent la spécificité du médecin généraliste au cœur de l'action humanitaire.

Des motivations initiales à l'enrichissement professionnel

Ce qui apparaît original dans notre travail est la prédominance des motivations « professionnelles ».

En effet, l'ensemble des motivations liées à un certain idéalisme de l'humanitaire ainsi que les motivations « égoïstes » sont présentes, mais ce qui semble prédominer pour les médecins de notre étude est l'attrait d'une médecine dans un contexte différent participant à un enrichissement professionnel.

L'apport « technique » et concret est difficilement palpable au quotidien (pour certains médecins interrogés il existe peu ou pas de différence dans la pratique au retour), cependant nous ne retrouvons pas le résultat de M. Villeret où aucun médecin n'évoque un apport de son expérience pour sa pratique en France. (3)

Les compétences du médecin généraliste sont à la fois utiles sur le terrain et enrichies, mais surtout les motivations initiales basées sur le désir de rupture avec le quotidien, de retour à une médecine plus clinique, à la recherche de certains idéaux, se modifient avec la pratique du terrain laissant apparaître de nouvelles motivations à la croisée entre les motivations conscientes et l'enrichissement retiré de leur expérience. Il devient alors difficile de séparer les motivations initiales et ce que les médecins apprécient au cours des missions, la réalité du terrain modifiant au cours du temps les représentations initiales.

Cette notion est d'ailleurs soulignée par J. Siméant dans son étude au sujet des humanitaires les plus expérimentés :

« Pour les humanitaires expérimentés, la vision réaliste et désenchantée du milieu peut s'expliquer par la pratique du terrain qui modifient et déconstruisent les représentations et les idéaux initiaux, mais renforcent le sentiment lié à la réalisation de soi. »(9)

2. Recul professionnel : stratégie adaptative et enrichissement de la relation de soins

Dans les motivations au départ, la notion de rupture avec le quotidien est importante pour comprendre l'engagement.

Les médecins de notre étude ont évoqué le « ras-le-bol » administratif d'une part et d'autre part l'exigence toujours accrue des patients aux demandes qui paraissent futiles, le manque de reconnaissance, ainsi que la pression d'un système de santé toujours plus exigeant en termes de qualité ajouté au spectre du médico-légal. On peut alors s'interroger sur le rôle de la mission humanitaire comme stratégie adaptative individuelle au stress du quotidien.

Dans l'article « Etre médecin généraliste aujourd'hui » paru en 2010, quatre médecins généralistes interrogés sur leur pratique évoquent « le poids du papier » et l'exigence accrue des patients en tant que médecin référent. Ils nuancent leur propos en évoquant leurs motivations qui reposent sur les valeurs d'humanité, diversité et liberté, que l'on retrouve également dans l'action humanitaire. (11)

De multiples études récentes soulignent que le syndrome d'épuisement professionnel (« burn-out ») est plus fréquent chez les soignants, dont les médecins généralistes, que dans la population générale. (27–29)

Ce syndrome d'épuisement se définit par un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre ainsi que la perte de sens et d'accomplissement de soi au travail.

Les axes de travail pour y répondre selon l'article de P. Canouï sont une dimension organisationnelle et institutionnelle, une approche individuelle ainsi qu'une approche collective et pluridisciplinaire. (30)

L'approche individuelle consiste en une **stratégie d'adaptation personnelle** et ses réponses singulières, notamment par une réflexion pour retrouver la « bonne distance » par rapport au patient. L'approche pluridisciplinaire permet d'apporter une **approche éthique et existentielle**, en conduisant à une réflexion sur le sens de l'action sur le terrain et une réflexion éthique autours de l'homme malade.

Dans notre travail, parmi les motivations générales, l'expérience humaine (renforcement de liens humains), la recherche de sens et l'accomplissement de soi sonnent comme une réponse aux caractéristiques du syndrome d'épuisement.

De plus, la prise de recul évoquée par les médecins de notre étude leur a permis une part de réflexivité sur leur propre pratique (prendre le temps, revenir à l'essentiel pour certains), et les questions éthiques et existentielles de vie ou de mort ont été abordées dans un contexte culturel différent (croyances et

représentations différentes, taux de mortalité plus élevé) où les moyens sont limités (D4 : « quelle que soit la technicité, les questions existentielles restent les mêmes ») obligeant à une certaine humilité et une ouverture d'esprit. Ainsi, on peut interpréter le départ de certains médecins comme une stratégie adaptative individuelle apportant une réflexivité sur leur pratique. Au même titre que l'investissement pédagogique ou d'autres activités extra-cabinet qui ont prouvé leur efficacité pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel, on peut se questionner sur l'intérêt d'une mission humanitaire en prévention de celui-ci sans pouvoir y répondre avec notre simple étude. (29,31)

La réflexivité apportée par l'exercice dans un contexte de soins différent semble également enrichir la relation de soins. En effet, dans son article « Réflexion sur certains aspects de la médecine générale à partir de constats sur l'humanitaire », C. Jacquot souligne qu'un principe généraliste clé qui est mis en exergue en médecine humanitaire est la nécessité d'accepter sa propre subjectivité pour améliorer l'échange : « Ainsi, la prise en compte des propres subjectivités (du patient et du soignant) dans une relation thérapeutique est fondamentale pour la réussite des soins. Si cela est évident en terrain inconnu, ou auprès de populations en grande précarité, de par l'évidence des vies différentes, cela est aussi vrai dans toute relation soignant-soigné, quels que soient l'endroit, le patient et le médecin. »(32)

L'expérience humanitaire semble interférer favorablement au retour dans la relation médecin-malade grâce à l'ouverture d'esprit acquise, la remise en question de ses pratiques, mais aussi dans une meilleure compréhension de soi pour soigner l'autre indépendamment de ses origines.

3. Les compétences du médecin généraliste appliquées à l'humanitaire

Au sujet des déterminants professionnels, les motivations et freins professionnels ont été abordés dans la littérature, cependant peu d'articles s'intéressent aux spécificités des compétences des médecins généralistes au sein de la médecine humanitaire.

Or pour certains des médecins de notre étude, avoir des compétences adaptées aux missions choisies est un prérequis important avant le départ, et réciproquement, nous avons pu souligner l'enrichissement grâce au terrain des compétences du généraliste.

Pour J. Siméant, le statut de médecin généraliste souffre d'un déclasserment ce qui lui permettrait d'accepter plus facilement les gratifications symboliques d'un poste salarié au siège. Cependant nous ne retrouvons pas ces résultats auprès des médecins généralistes interrogés, dont la motivation principale est d'exercer leurs compétences de généralistes sur le terrain, un seul médecin s'étant professionnalisé.

La limite des études précédemment cités par rapport à notre sujet, est d'une part l'absence de spécificité de la place des médecins généralistes dans les ONG internationales dans les articles de J. Siméant et A. Yala, et à contrario les thèses de M. Villeret et C. Berbé aucun des médecins généralistes n'a travaillé pour une grande ONG internationale. (3,9,18,19)

Dans le travail de A. Vergnes, thèse d'exercice réalisée à Grenoble en 2011, l'étude s'intéresse à la place des médecins généralistes au sein des Organisations de Solidarité Internationale (OSI) médicales (incluant des grandes ONG internationales de type MSF, MDM et la Croix Rouge).

A la question « quelles sont les qualités du médecin humanitaire ? », les qualités humaines sont prioritaires et on retiendra l'adaptabilité, l'ouverture d'esprit, les compétences techniques, ainsi que la pédagogie, la capacité de travailler en équipe, l'empathie et les capacités de management. Il décrit finalement le médecin humanitaire comme un médecin généraliste polyvalent, polyglotte, ouvert d'esprit, s'intéressant à la médecine tropicale et à la santé publique. (33)

Ces résultats sont cohérents avec les compétences citées par les médecins de notre étude, avec la notion centrale de la polyvalence et de l'adaptabilité qui est à la fois recherchée avant le départ pour une diversification de l'activité professionnelle, et renforcée sur le terrain comme qualité indispensable. La force du médecin généraliste est donc sa polyvalence.

Cette notion est également retrouvée dans l'étude australienne qualitative de Williems and al., où les compétences nécessaires multidisciplinaires (autres que techniques) des chirurgiens en médecine de catastrophe sont regroupées en trois grands groupes :

- Compétences en terrain hostile, comme l'adaptabilité, la flexibilité, l'improvisation, l'innovation et la capacité à prendre soin de soi psychologiquement et physiquement
- Stratégies cognitives comme l'analyse de situation avec la prise de recul, la capacité d'analyse critique, la résolution de problèmes et la créativité
- Qualités interprofessionnelles comme la communication, le travail d'équipe, l'humour, la culture, et la capacité à résoudre les conflits. (34,35)

Ainsi ces compétences dépassent le cadre du médecin généraliste, mais sont nécessaires sur le terrain humanitaire quelle que soit la profession, et devraient être développées avant le départ en mission pour une meilleure efficacité sur place.

De plus, dans une étude américaine publiée en 2013, le besoin de développer des compétences multidisciplinaires pour améliorer la réponse en cas de catastrophe humanitaire est mis en évidence, et la professionnalisation de l'humanitaire est définie par la combinaison entre des compétences individuelles spécifiques, comme celles du médecin généraliste (36), et des compétences interdisciplinaires partagés par l'ensemble des professionnels de l'humanitaire.(Figure 1) (37)(38)



Figure 1

Au final, les compétences du généraliste sont utiles et complémentaires aux compétences humanitaires spécifiques développés sur le terrain. En miroir à cette réflexion, ces qualités sont également nécessaires dans la pratique du médecin généraliste, et les renforcer sur le terrain est une force quotidienne au retour. Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'intérêt d'un stage de solidarité internationale au cours du cursus de formation des médecins généralistes (39,40) qui semble souhaité par une majorité d'étudiants (41), dans la mesure où les compétences du généraliste semblent enrichies par le terrain, on pourrait se questionner sur l'intérêt d'un stage de solidarité internationale validant au cours de l'année supplémentaire du nouveau DES de médecine générale.

c. Théorisation et application concrète de l'étude des déterminants

1. Exemple d'un entretien de recrutement chez MSF : application concrète de l'étude des déterminants de l'entrée en humanitaire

Au cours de notre enquête, nous avons contacté une responsable chargée du recrutement terrain chez MSF, afin de comparer si les motivations retrouvées dans notre étude étaient similaires à celles les plus fréquemment retrouvées dans ces entretiens, et de mieux comprendre les facteurs clés dans la phase de recrutement.

En effet, avec la professionnalisation croissante des grandes ONG aujourd'hui, les ressources humaines deviennent un enjeu clé pour celles-ci, et l'étude des déterminants est utile à la fois pour le recruteur mais aussi pour le recruté. (15)

En plus d'augmenter la triangulation des données, cet entretien nous permet de mieux comprendre en quoi connaître ses propres motivations en tant que médecin avant un départ en mission peut permettre d'une part d'être recruté et d'autre part de mieux s'orienter dans le choix des nombreuses ONG et missions proposées.

Les résultats retrouvés sont cohérents d'une part avec nos propres résultats, mais aussi avec les résultats de A. Vergnes et de J. Siméant qui a également eu l'occasion d'assister à plusieurs entretiens de recrutement.(33)

Pour J. Siméant et P. Dauvin, l'ONG façonne les motivations de ses membres, et les dispositions des candidats vont être réajustées aux valeurs de l'ONG. (9)

Elle constate également que les motivations altruistes sont marginales dans la sélection des candidats, les recruteurs recherchent avant tout chez les candidats des **dispositions compatibles avec l'engagement humanitaire.**

On résume ainsi les différentes phases de recrutement :

- Candidature et validation « technique » : le médecin dépose une candidature « en ligne » via internet, et son CV sera étudié afin de vérifier les critères d'éligibilité (médecin diplômé inscrit à l'Ordre). Il s'agit de la seule **étape où les compétences techniques sont prises en compte.** Certains stages (Réanimation, Pédiatrie, Gynécologie...) et certains diplômes interuniversitaires sont appréciés mais non obligatoires.
- L'entretien : au cours de celui-ci, les motivations vont être explorées, ainsi que les représentations et les attentes du candidat, sa compatibilité avec les valeurs de l'ONG et son aptitude en anglais. A travers les questions sur le parcours professionnel, le recruteur cherche à mettre en avant la capacité à vivre en équipe, les expériences d'encadrement d'équipe (pédagogie et management), la polyvalence et l'adaptabilité du médecin.

On retient de cet entretien :

Cinq aptitudes principales (selon l'étude de J. Siméant en accord avec le résultat de l'entretien) : capacités à vivre en **équipe**, d'**adaptation**, d'**encadrement** ainsi que l'**autonomie** et l'**énergie** (c'est-à-dire le dynamisme, la volonté, et la résistance au travail)

Les motivations :

Pour la chargée de recrutement interrogée, dans le cas des médicaux (1/3 du personnel recruté), il s'agit surtout d'une **continuité** avec l'activité médicale habituelle et le parcours du candidat, ce qui renvoie à ce qu'on a nommé la « vocation humanitaire » liée à la vocation médicale.

Elle note également l'importance du **contexte humanitaire** (besoins plus important), où la **rupture avec le quotidien** permet la **recherche de sens et d'utilité**. La notion de « se sentir utile » serait alors prépondérante chez les médicaux et paramédicaux. L'envie de **voyager** ainsi qu'une **sensibilité interculturelle** sont également des motivations fréquentes et appréciées.

L'ensemble de cette analyse concorde avec les résultats de notre étude.

De plus, l'étude des motivations permet aussi de dépister les « mauvaises motivations ».

Comme le souligne J. Siméant, la notion de « motivation » étant trop large pour être pertinente, l'exploration des motivations est surtout utile par défaut, c'est-à-dire pour éliminer les « mauvaises motivations ».

Le recruteur a en effet pour mission de repérer les personnes non adaptées au départ en mission humanitaire.

Parmi celles-ci on peut citer : la fuite, la recherche de prestige, l'absence d'humilité et si le patient n'est pas au centre de la motivation. Au sujet de la fuite, un changement récent subit (ce qu'on a appelé « rupture biographique ») permet une disponibilité et n'est pas toujours une mauvaise raison à condition que le projet soit préparé, mature, sans problèmes en cours non réglés. Pour J. Siméant, les motivations « illégitimes » à repérer sont : économique (candidature non désintéressée), idéaliste (sans analyse critique), carriériste.(9)

En conclusion, au-delà des compétences « techniques », il s'agit bien de compétence « humanitaires » ou de dispositions compatibles avec le terrain de l'humanitaire qui vont être recherchées.

Parmi celles-ci on retiendra la polyvalence et l'adaptabilité qui font la force du médecin généraliste.

Les compétences recherchées et valorisées par les ONG sont cohérentes avec celles ayant motivé les médecins de notre étude, qui ont été enrichies par l'expérience du terrain.

En application concrète, maintenant que l'on connaît les questions que pose un recruteur au médecin généraliste qui souhaite partir en mission, on peut alors s'interroger sur les questions que le médecin doit se poser à lui-même avant de débiter sa démarche afin de mieux comprendre ses motivations, et ainsi minimiser le risque de désenchantement sur le terrain, et pour choisir l'ONG et le type de mission qui lui corresponde le mieux.

2. Théorisation ancrée : le carré motivationnel

En résumé de l'ensemble des résultats discutés précédemment, il semblerait que ce qui détermine le départ en humanitaire n'est pas un facteur précis mais plutôt une convergence de l'ensemble des déterminants.

Ainsi, quatre éléments semblent nécessaires pour favoriser le départ :

1. Le moment
2. Le métier
3. La personne
4. Le contexte

Pour modéliser cette théorie, on propose ce qu'on appelle « un carré motivationnel ».

Pour cela, on s'est inspiré du carré « SWOT » utilisé dans l'analyse de marché (Forces (Strength), Faiblesses (Wickness), Opportunités (Opportunities), Menaces (Threats)), dont il est nécessaire de synthétiser l'ensemble de ses facteurs avant une prise de décision.

On a cependant choisi librement de le représenter sous forme de quatre facteurs clés dont la convergence est nécessaire pour enclencher le départ (Figure 2)

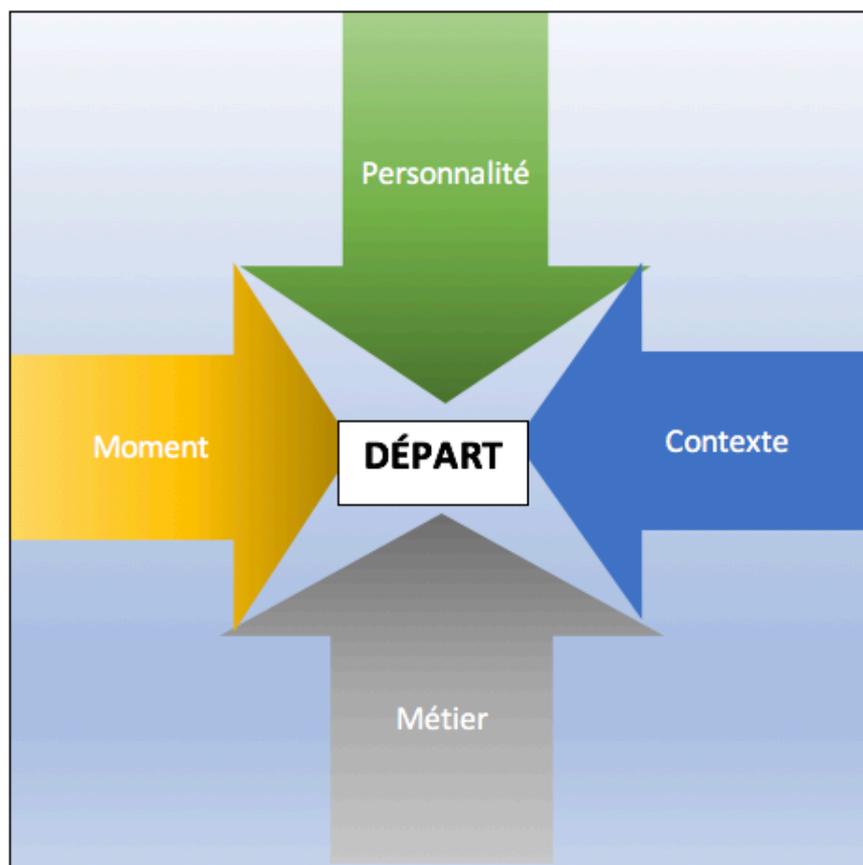


Figure 2. Le carré motivationnel

Les 4 éléments du carré

1. Le moment

Le moment de vie correspond à une disponibilité personnelle, c'est-à-dire des circonstances de vie favorables.

Cette disponibilité peut survenir après une rupture biographique (séparation, deuil, maladie), dans ce cas il est important de se questionner sur le désir de fuite ou si les problèmes sont récents et non réglés (disponibilité « psychologique »).

La durée des missions, liée à la disponibilité, intervient également.

Ainsi pour les généralistes en exercice libéral les missions courtes semblent privilégiées(3,19). Cependant à des moments de vie particuliers (retraite ou pré-retraite, avant l'installation ou changement d'activité), des disponibilités plus longues peuvent être envisagées.

On résume ainsi la concordance entre la disponibilité et le type d'ONG :

- < 6 mois : ONG petite et moyenne importance.
- > 6 mois : ONG internationale envisageable.

« **Quand ?** » : La question à se poser serait : « Quelle est ma disponibilité actuelle ? », c'est-à-dire à la fois la disponibilité temporelle (combien de temps suis-je disponible ?) et la disponibilité physique et psychologique.

2. Le métier

On s'intéresse dans cette étude à la spécificité du médecin généraliste en mission humanitaire.

Ainsi, dans le choix des missions, il va privilégier des **missions compatibles avec ses compétences**, c'est-à-dire des **soins primaires** (qui peut s'exercer à la fois en contexte d'urgence, de consultation tout venant, ou de soutien de structure de soins), certains préférant la **santé publique** (prévention, éducation à la santé, santé communautaire). **L'approche globale** et centrée patient permet de prendre en compte la culture, le contexte local (ethnique, politique, économique, social) et géographique. **La réflexion éthique** et la capacité de **travail en équipe** (coordination et communication) sont indispensables sur le terrain.

La **polyvalence** est l'atout du médecin généraliste, l'adaptabilité est nécessaire et renforcée sur le terrain, la diversité de la pratique est une stimulation lui permettant aussi bien la gestion et l'encadrement d'équipe, la logistique, les relations publiques, etc.

Une médecine, centrée sur l'Humain et le patient, quels que soient ses origines et sa culture, amène une réflexion éthique aussi bien sur place que sur sa propre pratique.

Certains y voient aussi un intérêt technique, de découvrir de nouvelles pathologies, et dans tous les cas de changer de contexte de soins.

Il n'y a pas de profil type du médecin généraliste partant en mission humanitaire (19,25), cependant le questionnement sur ses compétences de généraliste adaptés aux besoins et ce qu'il recherche d'un point de vue professionnel semble essentiel avant le départ.

« **Comment ?** » : pour ne pas partir « n'importe comment », le médecin devrait s'interroger avant d'envisager une mission sur la compatibilité entre ses compétences professionnelles et le terrain humanitaire ou la mission choisie, ainsi que sur ses limites professionnelles.

3. La personne

Qui ?

La personnalité et des **dispositions individuelles** interviennent dans le désir de faire de l'humanitaire : goût du voyage et de l'aventure, sociabilité, curiosité, sensibilité culturelle.

Bien se connaître, et simplement avoir envie de partir, d'essayer, de tenter l'expérience et de s'engager est un prérequis au départ.

Pourquoi ?

Cette envie, remonte souvent à une envie lointaine, à des « prédispositions » présentes tout au long du parcours (vie associative, voyage, scoutisme), où les **motivations et idéaux** pour faire le choix de la

carrière médicale résonne avec le choix de l'humanitaire : humanisme, altruisme, justice sociale, exercer un métier qui donne du sens et qui permet de se sentir utile.

Lorsque ces idéaux et la vocation humanitaire semblent présents, des **capacités d'analyse** et de **sens critique** sont cependant indispensables pour confronter ses idéaux au terrain sans créer un risque de désadaptation et protéger au mieux d'un choc culturel trop grand ou d'un traumatisme psychologique.

Les motivations « égoïstes » et la poursuite d'idéaux sont compatibles au service d'un « altruisme pratique » lorsque le but est l'efficacité et l'utilité aux autres. (9)

« **Pourquoi moi ?** » : les motivations « égoïstes » ou « égocentrées » ne sont pas forcément néfastes, elles doivent avant tout être conscientes, ainsi s'interroger sur le plaisir ou la satisfaction recherché en partant en mission humanitaire semble important avant le départ.

4. Le contexte

Un médecin humaniste, motivé, qui aime voyager, disponible, ne part pas toujours pour autant en mission humanitaire.

Souvent la rencontre, l'opportunité va concrétiser cette envie.

Cependant, c'est le **choix d'une ONG** sérieuse, dont les valeurs et les objectifs de mission semblent adaptés à ses propres valeurs et ses compétences qui va permettre le départ.

La **particularité du terrain humanitaire** et le changement de décors sont des notions clés dans l'engagement du médecin. Cependant le frein sécuritaire (terrains de guerre) est souvent évoqué.

Le contexte est le déterminant que l'on aura le moins exploré au cours de cette étude, qui se centre sur les déterminants individuels des médecins, pourtant l'influence de l'environnement semble modifier les discours des médecins et leurs motivations au cours du temps. (9)

Il serait intéressant d'explorer l'évolution des motivations des médecins généralistes au cours du temps (avant et après un départ en mission) et selon les ONG, ce qui représenterait alors un autre travail.

« **Où** » ou « avec qui » : c'est-dire quel terrain mais surtout vers quelle ONG se diriger ? Selon les attentes et les valeurs de chacun, le choix de l'ONG correspondante ne sera pas le même.

3. *Quelles questions doit-on se poser avant de partir ?*

Application concrète :

A partir de ces constats, on propose **4 questions à se poser** avant de s'engager dans une mission de solidarité internationale :

→ Quelles questions doit se poser le médecin généraliste qui souhaite partir en mission humanitaire ?

1. Quelle est ma disponibilité actuelle ?
2. Quelles sont mes compétences professionnelles compatibles avec le terrain humanitaire ?
3. Quel plaisir je recherche en partant en mission humanitaire ?
4. Quelle ONG correspond à mes attentes et mes valeurs ?

V. CONCLUSION

La médecine humanitaire, tout comme la médecine générale sont en phase de transition.

Le monde de l'humanitaire se professionnalise, les grandes ONG internationales ont une vraie stratégie de recrutement et de ressources humaines, et l'humanitaire n'est plus l'apanage des « French Doctors » ni plus généralement des médecins. Le coût professionnel de l'engagement d'une part, et les exigences de recrutement d'autre part se sont modifiés au cours du temps, notamment pour les médecins généralistes.

La médecine générale doit relever chaque jour de nouveaux défis, avec d'une part une inadéquation entre la densité médicale en chute libre et des bassins de populations de plus en plus denses, et d'autre part des exigences de formation accrue avec un développement croissant de la reconnaissance des compétences spécifiques du médecin généraliste offrant de nouveaux défis pédagogiques.

Dans ce contexte, qu'est-ce qui pousse aujourd'hui les médecins généralistes à partir en mission de solidarité internationale ?

L'objectif principal est de comprendre les déterminants du départ en mission humanitaire des médecins généralistes français, et de s'intéresser secondairement à l'apport professionnel et aux limites ressenties sur le terrain.

Pour y répondre, une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins ainsi qu'un focus group de 6 médecins, recrutés dans cinq villes différentes.

Quatre déterminants ont été mis en évidence.

Le moment de vie, c'est-à-dire une disponibilité souvent associée à une opportunité.

Les déterminants professionnels où les principales motivations sont le retour à une activité clinique basée sur la sémiologie, la prise de recul professionnel, la diversification de l'activité ainsi que l'expérience humaine, pondérées par des freins temporels (durée d'une mission) et organisationnels (activité libérale, formation).

Les dispositions individuelles incluent la vocation humanitaire et les idéaux associés, et des attraits propres à la personnalité de chaque individu comme le goût du voyage et de l'aventure, la sociabilité et le désir d'autoréalisation.

Le contexte du terrain humanitaire marque une rupture avec le quotidien habituel dans des conditions de vie souvent rudimentaires. Les limites de l'action ressenties questionnent et réajustent les représentations initiales.

Après discussion, il semblerait que ces déterminants convergent ensemble pour déclencher le départ, ainsi les 4 principaux éléments à prendre en compte sont le moment, le métier, la personne et le contexte formant ce qu'on appelle « le carré motivationnel ».

De plus, après un premier départ en mission, l'expérience du terrain semble modifier les motivations initiales et participe à un enrichissement professionnel. Les compétences spécifiques du médecin

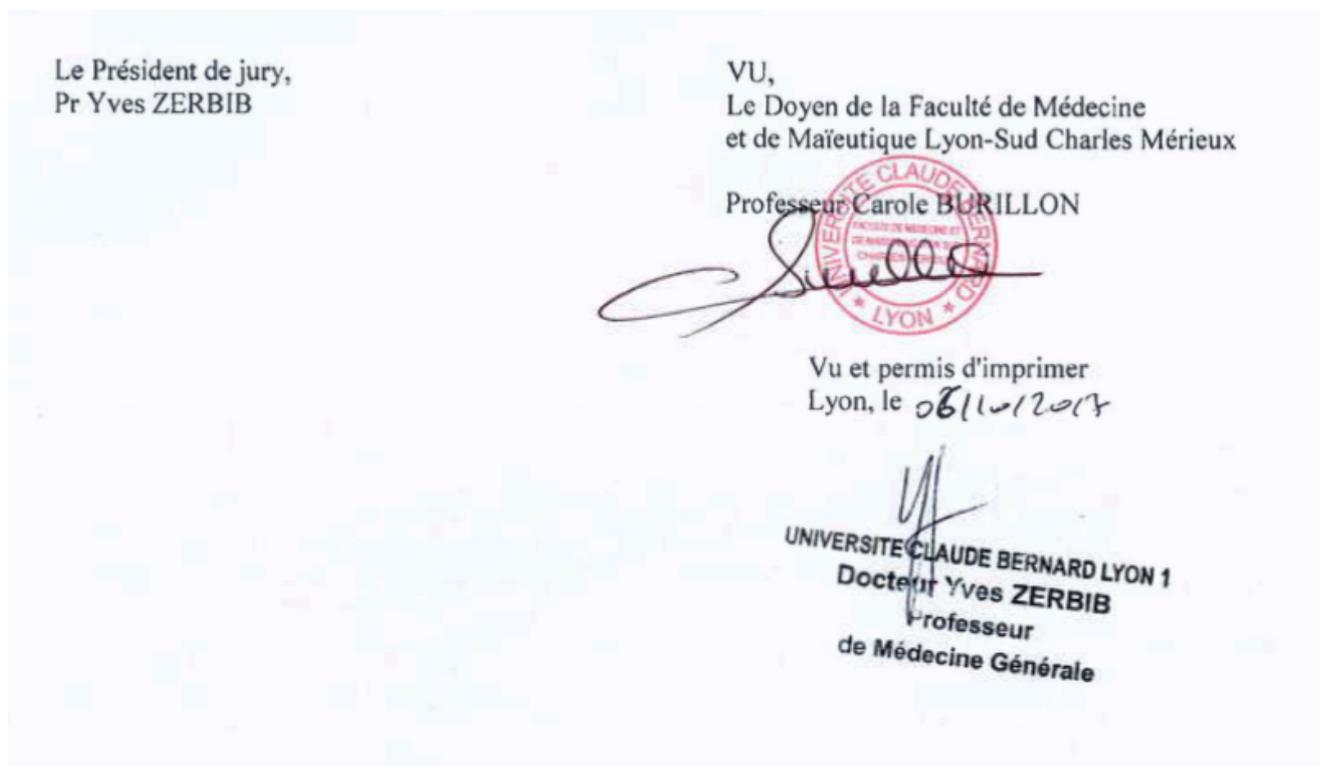
généraliste sont à la fois enrichies et compatibles avec le terrain humanitaire. La polyvalence, l'adaptabilité, l'expérience en soins primaires et en santé publique, ainsi que les capacités de coordination et d'encadrement du médecin généraliste sont développées sur le terrain et appréciées au cours des entretiens de recrutement des ONG. La prise de distance concrétisée par le départ peut être interprétée comme une stratégie adaptative et l'enrichissement des compétences interroge sur la possibilité de valider une expérience humanitaire dans le cursus de formation du médecin généraliste.

Cependant, le terrain a aussi ses limites. Le dénuement et les conditions de vie difficiles, mais surtout l'impuissance ressentie sur place, contrastent parfois avec les représentations initiales, or un décalage important entre les attentes et la réalité peut favoriser un traumatisme psychologique. Ainsi bien connaître ses motivations intimes est un facteur protecteur pour prévenir un choc culturel et psychologique lors d'une première mission.

Au final, s'interroger sur ses motivations et ses freins avant d'envisager un départ en mission humanitaire permet de s'orienter dans le choix de l'ONG pour un recrutement pertinent, et de mieux se préparer à la réalité du terrain.

Ainsi, le médecin généraliste qui souhaite partir en mission pourrait se poser les 4 questions suivantes :

1. Quelle est ma disponibilité actuelle ?
2. Quelles sont mes compétences professionnelles compatibles avec le terrain humanitaire ?
3. Quel plaisir je recherche en partant en mission humanitaire ?
4. Quelle ONG correspond à mes attentes et mes valeurs ?



BIBLIOGRAPHIE

1. J.Lebas FV, G.Brücker. Médecine humanitaire. Flammarion. 1994.
2. Brauman R. La médecine humanitaire [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 2010. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-medecine-humanitaire.htm>
3. Villeret M. Motivations des médecins généralistes et moyens mis en œuvre pour réaliser des missions humanitaires: enquête qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
4. Claire Jacquot. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages. [Thèse d'exercice]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
5. Siméant J. Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG médicales françaises. Rev Fr Sci Polit. 2001;51(1):47.
6. Larousse É. Définitions : humanitarisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humanitarisme/40623>
7. Tourisme humanitaire: la vraie fausse pitié - Libération [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/planete/2016/08/15/tourisme-humanitaire-la-vraie-fausse-pitie_1472579
8. Médecins sans frontières, association humanitaire internationale d'aide médicale [Internet]. Médecins Sans Frontières. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/>
9. Siméant J, Dauvin P. Le travail humanitaire, les acteurs des ONG, du siège au terrain. 2002.
10. Mattéi J-F. Renouveler la pensée humanitaire par une approche éthique. Rev Int Strat. 2015;98(2):129.
11. Lortholary Christine CP, Devaux Bruno FD. Être médecin généraliste aujourd'hui. 2010;(Tome 58):28-43.
12. Humacoop - Etats généraux [Internet]. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.humacoop.com/conferences/etats-generaux.html>
13. Ryfman P. Une histoire de l'humanitaire. La Découverte; 2016. 134 p.

14. Abramowitz S, Marten M, Panter-Brick C. Medical humanitarianism: anthropologists speak out on policy and practice. *Med Anthropol Q.* mars 2015;29(1):1-23.
15. Boudarssa C. Profils, parcours, motivations... L'engagement humanitaire en question? [Internet]. Grotius International. 2013 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.grotius.fr/profils-parcours-motivations-lengagement-humanitaire-en-question/>
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2007;19(6):349-57.
17. Frappé P, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. [Éd. 2011. Neuilly-sur-Seine [Paris]: GM Santé CNGE; 2011. 216 p.
18. Yala A. Volontaire en ONG: l'aventure ambiguë. ECLM; 2008. 252 p.
19. Berbé C. Médecine générale en cabinet libéral et actions humanitaires: étude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2008.
20. Lahire B. From the habitus to an individual heritage of dispositions. Towards a sociology at the level of the individual. *Poetics.* 1 oct 2003;31(5):329-55.
21. Stangherlin G. L'approche biographique de l'engagement public dans la modernité avancée. *Rech Sociol Anthropol.* 1 janv 2006;37(1):143-58.
22. Rony Brauman. Pourquoi je suis devenu médecin humanitaire. Bayard. 2009.
23. Lettres sans frontières - Roger Job [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/lettres-sans-frontieres-9782870275443.html>
24. Dauvin P. Les intimités dicibles des expatriés humanitaires dans les Lettres sans frontières. *Mots.* 2001;65(1):98-114.
25. Chaudesaygues E, Peillon D. Première mission humanitaire à l'étranger: difficultés rencontrées et risques psychologiques pour les médecins. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
26. Seingier H. Une mission solidaire à l'étranger : l'expérience qui transforme. *Le Monde.fr* [Internet]. 23 mars 2017 [cité 2 oct 2017]; Disponible sur:

http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/03/23/une-mission-solidaire-a-l-etranger-l-experience-qui-transforme_5099532_4401467.html

27. Casin G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2016.
28. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapp Au Cons Natl Ordre Médecins. 2003;
29. Philippon C. Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2004.
30. Canouï P. La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 1 nov 2006;18(2):101-4.
31. Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes, Summary. Santé Publique. 18 janv 2010;21(5):453-64.
32. Jacquot C (analytic), Di Patrizio P (analytic), Guillemin F [b1] (analytic), Gerard A [b2] (analytic). Réflexions sur certains aspects de la médecine générale à partir de constats sur l'humanitaire (French). Lights Connect Humanit Med Gen Med Engl. cover date 2011;7(308).
33. Vergnes A. La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale (OSI) médicales françaises en 2011 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
34. Willems A, Waxman B, Bacon AK, Smith J, Peller J, Kitto S. Interprofessional non-technical skills for surgeons in disaster response: A qualitative study of the Australian perspective. J Interprof Care. 1 mars 2013;27(2):177-83.
35. Willems A, Waxman B, Bacon AK, Smith J, Kitto S. Interprofessional non-technical skills for surgeons in disaster response: a literature review. J Interprof Care. 1 sept 2013;27(5):380-6.
36. Attali C, Magnier A-M, and al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Exerc. févr ;(76).
37. Burkle FM. Cross-disciplinary Competency and Professionalization in Disaster Medicine and Public Health (PDF Download Available). ResearchGate [Internet]. déc 2015 [cité 12 sept 2017];

Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/283583193_Cross-disciplinary_Competency_and_Professionalization_in_Disaster_Medicine_and_Public_Health

38. Gallardo AR, Djalali A, Foletti M, Ragazzoni L, Corte FD, Lupescu O, et al. Core Competencies in Disaster Management and Humanitarian Assistance: A Systematic Review. *Disaster Med Public Health Prep.* août 2015;9(4):430-9.
39. Deschamps G, Blancher M. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2013.
40. Mollo B. La sensibilisation des étudiants en médecine à l'action humanitaire. 2007.
41. Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. *Santé Publique.* 2003;15(4):479.

ET AUSSI...

Sources Média :

Articles ou émissions d'actualité consultés en lien avec le sujet à destination du grand public

- Tourisme humanitaire : la vraie fausse pitié - Libération [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/planete/2016/08/15/tourisme-humanitaire-la-vraie-fausse-pitie_1472579
- Seingier H. Une mission solidaire à l'étranger : l'expérience qui transforme. *Le Monde.fr* [Internet]. 23 mars 2017 [cité 2 oct 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/03/23/une-mission-solidaire-a-l-etranger-l-experience-qui-transforme_5099532_4401467.html
- La médecine humanitaire [Internet]. *France Inter.* [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-02-octobre-2017>
- Lienhard C, and al. Exercer en humanitaire. What's up Doc ? [Internet]. juin 2015 [cité 2 oct 2017];(20). Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/le-mag-article.asp?id=10947>
- Volontourisme : avec les meilleures intentions du monde. *Envoyé spécial du jeudi 25 mai 2017* [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.france.tv/france-2/envoye-special/145317-emission-du-jeudi-25-mai-2017.html>

Sites internet :

Sites internet des principales ONG citées

- Médecins sans frontières, association humanitaire internationale d'aide médicale [Internet]. Médecins Sans Frontières. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/>
- Médecins du Monde [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr>
- Mission Humanitaire - Transformer la passion en actions [Internet]. Mission Humanitaire. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.mission-humanitaire.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des ONG et des pays cités au cours des entretiens

Liste des ONG citées au cours de entretiens :

MSF = Médecins Sans Frontières
MDM = Médecins du Monde
MH = Mission Humanitaire
AR-MADA
AMTM = Assistance Médicale Toit du Monde
Calcutta Rescue = Calcutta Espoir France
EBISOL = Etudiants Bichat Solidarité
UNICEF
Croix Rouge Française
ACF = Action contre la Faim
Project Abroad
Mercy Ships (Bateaux de l'espoir)
Marins Sans Frontières
CASC APPUI
Handicap international
Rotary Club

Liste des pays d'action où se sont déroulés les missions des participants :

AFRIQUE	ASIE	OCEAN INDIEN	AMERIQUES
Bénin Burkina Faso Cameroun Centrafrique Congo Darfour Guinée Mali Maroc Rwanda Sénégal Somalie Sud Soudan Syrie Tchad	Cambodge Inde Mongolie Népal	Madagascar Mayotte	Argentine Haïti

Annexe 2 : Canevas d'entretien individuel

1. Introduction : Présentation / accord

2. Question d'ouverture

Dans quelles circonstances êtes-vous déjà parti en mission Humanitaire ?

3. Motivations

a. Qu'est-ce qui vous a décidé à partir la première fois ?

- *Relance* : « Racontez-moi la première fois que vous êtes parti ? »

b. Et les fois suivantes ? (Si plusieurs missions)

- *Pour quelles raisons repartiriez-vous en mission humanitaire ? (Si une seule mission)*

- *Racontez-moi une expérience sur place qui a répondu à vos attentes de la médecine humanitaire ?*

c. Quelles autres motivations percevez-vous sur le plan professionnel ?

- *Relance* : *Que diriez-vous à un collègue qui hésiterait à partir en mission ?*

d. Et d'un point de vue plus personnel ?

- *En quoi certains événements de vie ont-ils pu influencer votre décision ?*

4. Freins

Qu'est-ce qui vous freine à repartir ?

5. Caractéristiques de l'interviewé :

Il me reste quelques questions plus pragmatiques à vous poser :

- Quel âge avez-vous ?

- Depuis combien de temps êtes-vous installé ? / exercez-vous à l'hôpital ?

- Avez-vous d'autres activités que la médecine générale (médecine du sport, urgence...) ?

- Combien de missions humanitaires avez-vous fait ? de quelle durée ?

6. Conclusion

a. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

b. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions

Annexe 3 : Canevas d'entretien Focus group

1. **Introduction** : Présentation / accord

2. **Question d'ouverture**

Quelles sont les circonstances dans lesquelles vous êtes partis en mission humanitaire la première fois ?

3. **Motivations**

- a. Pour quelles raisons continuez-vous à repartir en mission ?
- b. Que vous apporte l'humanitaire d'un point de vue professionnel ?
- c. Sur le plan personnel, quels seraient les évènements ou les motivations plus intimes qui auraient pu influencer votre choix de l'humanitaire ?

4. **Freins**

Quelles difficultés rencontrez-vous pour poursuivre votre activité humanitaire ?

5. **Relance** : Comment définiriez-vous la médecine humanitaire ?

6. **Conclusion**

- a. « Avez-vous quelque chose à ajouter ? »
- b. Résumé des principales idées. Merci de votre participation.
- c. (Compléter fiche accord et caractéristiques)

Annexe 4 : Formulaire de Consentement

AUTORISATION POUR L'ENREGISTREMENT AUDIO et L'EXPLOITATION DES DONNEES ENREGISTREES

Présentation

Je suis *Sophie BEAUFUMÉ*, et je termine ma dernière année d'internat de médecine générale. L'étude à laquelle vous participez aujourd'hui est réalisée dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice de médecine nécessaire à l'obtention du titre de Docteur.

Cette étude s'intéresse au **lien entre médecine générale et médecine humanitaire**. Il s'agit de réaliser des entretiens de médecins généralistes étant déjà partis en mission.

Pour cela les entretiens sont enregistrés par dictaphone et anonymisés. Une fois les données anonymisées, elles sont retranscrites sur informatique pour être analysées puis elles sont détruites. Elle n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio l'entretien du (date et heure) :

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée (cf. infra) : à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires).

- prends acte que les données ainsi enregistrées seront traitées de façon anonyme : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

- prends acte que les données seront détruites une fois retranscrites sur informatique.

Lieu et date: _____ Signature :

Annexe 5 : Tableaux de Résultats

FACTEUR DECLANCHANT		
Moment de vie		
M11 : « Y a pas eu de facteur déclenchant particulier. C'est plus simple, un moment qui était propice. »		
Disponibilité professionnelle		
M10	« j'avais pas de projets d'installation rapide en France » « la dead line c'était la thèse. Je m'étais dit quand je passe ma thèse, après je commence à voyager »	
M11	« je faisais des remplacements à ce moment-là, et c'était le bon moment pour partir. » « je suis parti plutôt dans ces conditions-là, je n'avais pas vraiment d'endroit où j'étais installé, en tous cas professionnellement, et puis j'avais du temps et puis j'avais envie. »	
Disponibilité personnelle		
M3	« Bon, y a peut-être le seul truc de me dire, quand même je suis plutôt sur le versant descendant de ma vie, donc il faut que j'en profite un maximum. »	
M4	« Et c'est le moment où j'étais un peu en « chômage d'implication ». C'est là que, est arrivé... »	
M6	« Les circonstances de ma vie à ce moment là m'ont permis d'accepter de partir. »	
Evènement de vie, rupture biographique		
M6	« Moi quand je suis parti la première fois, c'était après mon divorce avec mon ex-femme. » « il y avait peut-être une fuite de certains problèmes. »	
Opportunité, Rencontre		
Opportunité		
M2	« C'était plutôt sur un coup de tête, on m'a dit « y a une association qui part, qu'est-ce que t'en penses ? » « ah bah ouais, ça peut être sympa ». Voilà. »	
D1	« j'y suis allée parce que j'ai tellement entendu mes amis enthousiastes, et puis mon mari, que j'ai voulu faire partie de l'expérience, voilà. »	
Rencontre		
M4	« j'ai rencontré une amie de ma fille qui est à Paris, et ma fille me dit « bah tiens, elle n'ose pas te demander quelque chose, ils cherchent des généralistes dans leur association humanitaire. » »	
D4	« Et enfin, euh...c'est l'occasion qui a fait...c'est une rencontre avec un confrère qui a fait...de l'envie, on est passé à la possibilité de le faire. »	
Envie Lointaine		
M1	« J'ai toujours eu envie de faire de la médecine humanitaire »	
M7	« c'est même antérieur à mes études de médecine. Je voulais déjà partir euh faire de l'humanitaire »	
M9	« Je crois que depuis que je sais que je voulais faire médecine, je voulais faire cette intervention. Moi j'ai fait médecine pour ça. Pour un jour pouvoir faire de l'humanitaire. »	
M11	« Ouais, y avait une envie qui était déjà là. »	
D4	« Alors l'envie était là. On s'est dit « on fera ça, un jour » »	
Démarche personnelle		
M10	« d'abord en fait, je me suis renseignée sur plusieurs ONG » « je suis allée à l'entretien...j'ai rempli le dossier en ligne pour demander...enfin, pour postuler à ONG1 »	
M5	« ONG1 c'était une évidence que je voulais tester. »	
M7	« Je m'étais, voilà, pris ma dispo on va dire auprès de l'Assistance Publique, mais aussi euh, dans ma tête quoi. J'étais, voilà, prêt à partir. »	
D3	« donc on a regardé sur internet, on a fait « mission humanitaire » et on a vu ONG3. Et donc, on s'est retrouvé un jour à consulter le site quasiment à la même heure, écoute on va prendre contact »	
Repartir après une première mission		
Envie de repartir		
M2	« la deuxième fois juste l'envie d'aller au bout de ses limites, l'envie de raccrocher. »	
M5	« là où je me sens repartir, c'est juste pour le « trip » »	
M6	« Moi j'ai qu'une envie c'est d'y retourner. »	
M11	« Moi, j'ai pas de vécu particulier, en général j'ai plutôt envie de repartir, parce que c'est intéressant. C'est toujours intéressant. »	

	D2	Un truc qui m'angoisse beaucoup, c'est de me dire « Putain, la prochaine fois qu'on part, c'est quand ? »
	Sur le long terme	
	M7	« Mais je parlais souvent en fait pour des missions courtes et puis après j'ai fait ça quasiment en continu. », « Je suis reparti parce que pour moi, pour le coup, c'était l'idée de faire carrière, y avait pas de fin. »

IDEAUX		
Vocation Humanitaire		
	Liée à la vocation médicale	
	M1	« J'ai toujours eu envie de faire de la médecine humanitaire, je pense que ça remonte à des lointains, à des choses très lointaines, raccrochées probablement à mon désir de faire de la médecine tout court. »
	M5	« Je pense que c'est plutôt l'Humanitaire qui m'a amené vers la médecine. »
	M7	« c'est même antérieur à mes études de médecine. Je voulais déjà partir euh faire de l'humanitaire »
	M8	« Peut-être que partir c'est ma vocation primaire. (...) C'était toujours un germe. Quelque chose qui était en moi à l'intérieur »
	M9	« Moi j'ai fait médecine pour ça. Pour un jour pouvoir faire de l'humanitaire. »
	M10	« Je dirais que depuis que j'ai quinze ans...En gros, c'est venu à peu près en même temps que l'idée de faire médecine »
	M11	« Pour les autres, ce n'est pas compliqué, parce que finalement travailler comme médecin, tu fais ça parce que tu es intéressé par l'autre, enfin j'espère en tous cas. Et puis parce que tu crois en certaines choses »
	Depuis l'enfance	
	A l'adolescence	
	M5	« Je pense ouais, je pense que ça remonte vraiment à l'enfance, préadolescence. »
	M7	« Oui oui toujours, pratiquement. Depuis vraiment mon plus jeune âge. Depuis mon adolescence on va dire. (...) j'ai même fait mon stage de 3e euh, au siège de ONG1 »
	M8	« Sinon je pensais déjà depuis que j'étais adolescent de partir en humanitaire et aller au-delà des frontières »
	M10	« C'est un fil rouge quand même qui est là depuis longtemps. Depuis ouais je dirais l'adolescence, en gros. »
	Rôle des médias :	
	<i>1. La lecture</i>	
	M5	« j'avais quand même une image...voilà...dès y a bien longtemps. Je me souviens tu vois d'avoir lu un Okapi sur ONG1 dans les années...au début des années 90... »
	M8	« j'avais lu l'histoire, la biographie d'un pasteur protestant qui était médecin, Albert Schweitzer, c'était un pasteur, médecin, missionnaire. Voilà. Et donc là, c'était mon idéal quand j'étais ado. »
	<i>2. La télévision</i>	
	M1	« Et euh, on a vu à la télé des choses assez terribles sur le tremblement de terre de Mexico, et le retour de mes parents, ils m'ont dit que c'est à partir de ce moment-là que j'ai voulu être médecin. »
	M7	« à cette époque-là, ça commençait aussi un peu à être médiatique, aussi, les médecins comme ça ; l'humanitaire, ONG1, euh, donc moi j'étais attiré par ça »
	M10	« une fois à la télé, j'avais vu une pub pour une ONG, je ne sais même plus laquelle c'était, mais qui montrait un petit avion qui arrivait dans un village africain et qui venait donner des médicaments. (...) Mais ça je m'étais dis "waouh, j'aimerais bien faire ça plus tard" » « Et c'est vrai que le fait de prendre les petits coucous, les petits avions avec ONG1, c'est en partie...enfin oui, j'ai réalisé un peu ces rêves d'enfant »
	Modèle familial	
	M11	« j'ai des antécédents familiaux on va dire, puisque j'ai mon père qui bossait pour ONG1, qui était infirmier, dans les années 80-90 (...) et je suis allé plusieurs fois sur le terrain quand j'étais gamin. »
	FG	D4 : « Et d'autre part, dans ma famille, mon père était médecin et faisait des missions humanitaires, donc y avait déjà une espèce de culture de ça chez moi. » D6 : « Et puis...nous on a un fils qui a fait médecine aussi, et il dit « Ah c'est bien votre truc, faut que vous me donniez l'adresse, j'ai envie de faire pareil ! »
	Absence de vocation	
	M6	« Non, ah non, pas du tout, non. C'est pas une envie qui existe comme des gens qui disent « moi je veux à tout prix aller faire une mission humanitaire, ou de l'humanitaire tout court ». Non non c'était pas ça. »
Idéalisme		
	Altruisme	

M1	« ça aussi c'est quand même une motivation... qu'est aussi de pouvoir aller, et, et... de me rendre utile euh... aussi peut-être ailleurs et dans les situations où les gens sont les plus... sont les plus démunis. » « parce que... à la fois je pense que c'est important, c'est, j'ai le sentiment d'avoir besoin d'aider, ça me paraît important »
M10	« pouvoir être au service de populations plus défavorisées, ça...ça répond un peu à un idéal »
Justice	
M5	« Alors t'as...t'as l'Équité peut-être...l'équité d'accès aux soins...euh, que les gens aient le droit quelque part de ne pas souffrir et le droit de vivre au passage »
M7	« en tous cas avoir une euh, une empreinte un peu qui corresponde à, ouais, à un idéal de justice, on va dire. »
M11	« Tout ce qui est... pouvoir participer à essayer d'améliorer, en tous cas, de mettre en place un accès aux soins à des personnes qui ont pas, qui ont besoin de ce support là, à un moment particulier »
Humanisme	
M2	« Quand tu pars en mission, y a le côté humain qui ressort énormément. Et je pense que c'est une chance qu'on a en médecine générale, c'est qu'on est tous motivés par ce côté de l'humain »
M4	« C'est une histoire humaine aussi. »
M5	« Dans les valeurs qu'on retrouve, y a les valeurs... Toutes les valeurs de l'ordre de l'Humanisme, c'est peut-être un peu large... »
M8	« Moi j'ai...moi je voulais...je suis scout à la base, donc dans le scoutisme on apprend le service, l'entraide, on apprend des valeurs humaines, pas mal oubliées aujourd'hui »
Conviction	
	Engagement militant
M7	« mon engagement c'est aussi d'aller dans des pays en guerre. Là, où vraiment plus personne ne va, quoi, tu vois »
M5	« le côté presque plus militant intérieurement, (...) et dire voilà tu vas contribuer à un truc auquel tu crois. »
M8	« Il ne faut pas se désengager. Et pour pas me désengager, j'ai commencé à travailler dans la direction médicale de l'association »
	Idéologie politique
M7	« C'est pas venu sur un terrain neutre quoi. J'étais déjà intéressé par la politique, la politique internationale, la géopolitique, euh, voilà, j'étais intéressé par rapport à tout ça quoi. »
M5	« Même si ton action elle-même représente un petit peu, et le côté contribution à un idéal commun. »
Quête	
Donner du sens	
M1	« Mais je crois que, je crois que...c'est que voilà...soigner les gens me paraissait être le moyen de me sentir utile et d'être à ma place, on va dire. »
M5	« c'est agréable de pas se poser la question de...tu te lèves le matin, « ouais pourquoi je vais au boulot ? »...ça donne du sens. » « Tu touches à l'essentiel. » « enfin, tu te sens vraiment au cœur de...au cœur de ce qui se passe, enfin au cœur de bah voilà, y a une histoire sur Terre avec l'histoire humaine et là tu...tu sens que c'est là que ça se passe...»
Se sentir utile	
M5	« Bien sur, se sentir utile »
M8	« Voilà, quelque part je voulais rendre mon service aux gens »
M9	« C'est surtout le « sentiment d'être utile » »
	« globalement moi ce qui me plaît avec l'humanitaire aussi c'est d'aller là où ils ont besoin »
M10	« vu que c'est de l'humanitaire, y a ce côté toujours de l'utilité, donc tu as envie d'être...d'apporter quelque chose, d'être utile »
D5	« C'est aussi de rendre service. »
Idéal vs Réalité	
Les « anti-héros »	
M3	« Je ne voulais absolument pas sauvé le monde moi, pas du tout. »
M5	« tu vas pas sauver le monde, mais voilà tu vas échanger, tu vas t'y intéresser. »
M6	« On sait qu'on ne va pas sauver le monde mais même si on amène un petit peu de chaleur et quelques soins à une ou deux, moi je rempli mon contrat moral que je m'étais fixé. »
FG	« D4 : On n'a pas cette sensation d'être les sauveurs du monde. Loin de là. D5 : Non, loin de là. D2 : On aimerait bien, mais on se rend compte que ce n'est pas le cas. D4 : On n'a pas...On n'est pas des héros »
Confronter son fantasme à la réalité	

M10	« en gros, me confronter à la réalité de quelque chose que j'ai dans la tête et en idéal depuis longtemps » « Ouais, c'est marrant. Ça part vraiment d'un idéal, et puis quand tu confrontes au terrain tu te rends compte de la complexité des enjeux » « Et c'est vrai que le fait de prendre les petits coucous, les petits avions avec ONG1, c'est en partie...enfin oui, j'ai réalisé un peu ces rêves d'enfant »
FG	D4 : « On a aussi un fantasme par rapport à ça...Y a un décalage parfois, entre ce qu'on pense qu'on va trouver et le fantasme qu'on a de la médecine humanitaire. On a tous vu ces images de ONG1, ils sont là, à faire un peu les cow-boys...et nous, on se dit « waouh, on va sauver le monde », « on va trouver des pathologies et on va leur sauver la vie », et quand on tombe sur de l'arthrose on se dit « attends... »
M7	« À partir d'un moment, tu arrives finalement naïf avec finalement pas mal de clichés... »

MOTIVATIONS PROFESIONNELLES

Activité Clinique	
Plaisir d'exercer	
M3	« le plaisir de soigner des gens, c'est tout. » « Et je suis plutôt épicurien, je pense qu'il faut...Je veux manger un maximum la vie, médicale. »
M5	« au niveau du job en lui-même, il est quand même hyper tripant. »
M6	« Et ça apporte une satisfaction ! »
M7	« C'est simple, les gens rentrent complètement cassés, même des fois laminés, ça c'est la réalité, mais contents. Enfin contents, euh laminés, voilà, mais avec une grande satisfaction »
M11	« La motivation, c'est le soin. »
FG	D4 : « C'est important de travailler dans le plaisir. »
Retour à la clinique	
	Sémiologie, retour aux bases
M2	« Tu te retrouves à faire de la médecine de débrouillage, avec tes petites mains, et puis à découvrir d'autres trucs. Voilà, t'es là à la base quoi. »
M3	« je voulais revenir aux principes de la médecine (...). On retourne aux sources de la médecine et c'est vraiment agréable. Ca c'est vrai oui. »
M4	« ça me ramène à ce que j'aime dans la médecine c'est la sémiologie, le côté purement clinique »
M6	« j'avais une dizaine, douzaine d'années de pratique, ça va parce que ton examen clinique, ta réflexion tu peux la faire, t'as pas de moyen mais au moins tu peux arriver à l'élément diagnostique ou une présomption. »
FG	« D1 : Je trouve aussi que c'était un peu redécouvrir la médecine aussi. Enfin...de ma seule expérience. On...on part avec des bases complètement différentes, on n'a plus d'examen complémentaires, on a que notre examen clinique » « D3 : On est plutôt mieux sans une médecine omniprésente »
	Limitations des moyens
M2	« Tu débarques avec tes petits souliers français, et tes examens complémentaires, et tes trucs, et tu te retrouves à faire de la médecine de débrouillage »
M3	« il faut te démerdé avec tes mains, ton stétho et puis c'est tout ! »
M4	« Et donc ça ramène à uniquement de la clinique avec très peu d'examen. » « Voilà, et malgré la technicité, on peut bien se débrouiller avec un minimum d'examen. »
M6	« Tu as ta peau, ton stétho, ton tensiomètre...Là-bas tu as rien, tu es obligé de te débrouiller »
M10	« je voulais travailler dans un contexte avec moins de soins, limiter les moyens, enfin moins de soins...moins de moyens »
M11	« et puis y a aussi le côté extrêmement intéressant en terme de prise en charge un peu différente de ce qu'on a dans nos pays dits développés. T'as moins de moyens »
FG	D2 : « Ce que j'aime bien, ce que j'aime bien...c'est la possibilité de se retrouver...pas d'examen complémentaires, pas de radio, pas de machins...t'as ton stétho, ta bite et ton couteau... »
Soins primaires	
M10	« ils ont besoin de médecins expat' pour faire juste de la médecine, être médecin traitant de première ligne, et donc c'est ce que j'ai fait. Et ça m'a beaucoup plu, parce que c'est ça qui m'intéressait faire de la médecine, voir des patients »
M5	« Tout ce qui est... pouvoir participer à essayer d'améliorer, en tous cas, de mettre en place un accès aux soins à des personnes qui ont pas, qui ont besoin de ce support là, à un moment particulier»
M7	« la première mission t'es complètement, on appelle ça « end-zone », c'est, tu fais de la médecine directe »

M11	« C'était de la médecine, c'était une sorte de renfort de soins primaires, pour vraiment galvauder tout ça, en milieu rural dans une région d'Afrique ¹⁰ , euh, où comme dans à peu près tous les pays d'Afrique il y a une carence de médecins »
Spécificité des pathologies	
M2	« Enfin je veux dire, on a vu des petites siamoises... c'est quand même des choses qui sont hyper rares. Y a énormément de pied-bot, euh... »
M5	« En tant que médecin c'est pareil où tu as une activité beaucoup plus clinique, beaucoup plus... malheureusement c'est pas que tu sélectionnes des patients graves, mais globalement tu vas voir des patients arriver à des stades plus avancés donc, où tu seras quelque part plus utile, dans le sens euh... y aura plus d'impact sur...euh... sur le devenir vie/mort du patient ou vraiment souffrance ou pas souffrance »
M6	« En gros, tu avais deux types de pathologies : tu avais la température soit palu soit méningite, et après tu avais beaucoup de problèmes de dermatologie. De plaies, d'excoriations de plaies... » « Tiens, j'ai vu un truc qu'on voit jamais, j'ai vu un spina bifida. Un bébé de 4 mois quand ils l'ont amené, je te jure je me suis « mais qu'est-ce que c'est ce truc », tu vois une grosseur dans le dos... »
M7	« Sur le plan strictement médical, oui tu vois des choses de tarés médicalement »
FG	D6 : « Et puis on voit aussi des pathologies qu'on ne voit pas chez nous. Euh moi des bilharzioses, à part à M, j'en avais jamais vu avant. Des...des tuberculeux, j'en ai pas dans ma patientèle. Il a fallu aller au C pour que je vois des tuberculeux. »
Lien avec la médecine générale	
M1	« Les deux vont ensemble, c'est vrai que...que médecine humanitaire, médecine générale...Si on n'a pas décidé de soigner que des gens riches et qui vont bien, on est quand même parfois dans la médecine humanitaire dans son cabinet de médecine générale, ça c'est sur. »
M2	« Quand tu pars en mission, y a le côté humain qui ressort énormément. Et je pense que c'est une chance qu'on a en médecine générale, c'est qu'on est tous motivés par ce côté de l'humain, de la communication et du fait que, bah, on est tous dans le même bateau et les relations humaines c'est chouette. »
M3	« Parce que moi dans ma vie de tous les jours, c'est déjà l'aventure en soignant les gens donc. »
M4	« Et en fait, on demandait des généralistes. On ne demandait pas des urgentistes, on ne demandait pas d'apprendre à être urgentiste pour participer à la vie humanitaire, bon la plus médiatisée en fait. Et en fait, à l'ONG ⁶ , on cherchait des généralistes »
M5	« quelque part c'est le même boulot, voilà...t'y es pas du tout confronté de la même façon. En tant que médecin c'est pareil où tu as une activité beaucoup plus clinique, beaucoup plus... »
M7	« Un médecin généraliste, surtout un médecin généraliste d'ailleurs, il va s'adapter mieux que les autres. »
M8	« Et on faisait de la médecine générale, on allait chez l'habitant, on avait des points de rencontre pour les patients »
M10	« c'est intéressant d'avoir ce côté un peu polyvalent en début de carrière pour voir après ce qui me plaît plus. Même si j'ai déjà une petite idée de ce que je veux faire après, c'est vrai que j'ai toujours aimé le contexte médecine général en contexte rural parce que justement c'est aussi assez polyvalent »
M11	« L'engagement est le même, oui. Ça reste des patients, ça reste des gens que tu soignes et euh, je vois pas pourquoi tu ferais les choses différemment quoi. » « Pour les autres, ce n'est pas compliqué, parce que finalement travailler comme médecin, tu fais ça parce que tu es intéressé par l'autre, enfin j'espère en tous cas. »
FG	D2 : « Et puis ce qu'on fait c'est de la médecine...c'est de la médecine générale, mais enfin bon c'est pas de l'humanitaire au sens... »

Dynamiser et diversifier sa pratique	
Terrain, Adrénaline	
M5	« Après, au niveau du job en lui-même, il est quand même hyper triplant. » « ouais c'est peut-être des émotions fortes quelque part. »
FG	« D4 : Ça donne du peps à la pratique. »
Formation et pédagogie	
	Formation pratique, sur le terrain
M11	« Vraiment professionnellement, et humainement évidemment, mais professionnellement c'est bien, c'est intéressant, vraiment. Tu apprends beaucoup de choses. »
M5	« Formation, enfin responsabilités, pour un interne tout ça, ouais t'as le côté aussi formation...c'est pas apprendre sur des cobayes mais c'est sur que t'apprends autre chose que tu n'apprends pas en France et... »

M6	« Là, où je peux peut-être t'amener quelque chose, c'est sur les compétences relationnelles, tu vois. Tu peux les apprendre, mais il va falloir les vivre. » « je pense que c'est important. Et nous, qui allons faire de la médecine, il faudrait faire un peu de médecine humanitaire à un moment, c'est utile. »
M9	« J'ai appris des choses médicales aussi. J'ai beaucoup appris »
FG D6	« Après y a JP qui arrive avec ses bouquins de dermatologie tropicale, donc quand on tombe sur truc « Oula, qu'est-ce que c'est que ça ? », on va feuilleter...Quelque part, c'est aussi formateur. »
	Pédagogie
M11	« il faut former les soignants et les paramédicaux, sur ces protocoles là, donc tu peux faire beaucoup beaucoup de formations. C'est aussi toute cette part d'enseignement qui est intéressante, ouais c'est sympa. »
M3	« j'ai eu plaisir à transmettre ce que je sais aux autres, voilà. Et ça c'est important. En tant que médecin, c'est ce qu'il y a de plus important. Soigner les gens, et transmettre ce qu'on t'a donné pour le donner aux autres »
M4	« ce côté pédagogique m'a toujours intéressé. »
D1	« Après, là-bas ce qui était intéressant, ce n'était pas l'humanitaire au sens soigner les gens directement, mais la formation qu'on avait auprès des étudiants, c'était quand même...moi j'ai trouvé ça très intéressant »
Diversifier ses compétences, Polyvalence	
M4	« Voilà, donc pour tout ça on sort du côté médical. Ca c'est passionnant. »
M7	« Tu t'intéresses aussi à tout ce qui est sécurité, environnement. Tu ne fais pas que de la médecine, tu fais beaucoup de ressources humaines » « Mais tu fais aussi beaucoup d'approvisionnement, comment tu amènes tes médicaments sur place, euh... Tu fais aussi de l'analyse de contexte » « Si bien qu'à la fin, moi je ne faisais plus de médecine. (...), je veux dire, tu fais de la médecine, mais plus de clinique. Je ne sais pas comment on peut appeler ça, si c'est de la santé publique, je pense pas que ce soit le exactement le terme, mais tu fais de l'opérationnel médical. C'est comme ça qu'on appelle ça, oui. »
M10	« c'est intéressant d'avoir ce côté un peu polyvalent en début de carrière pour voir après ce qui me plaît plus » « J'ai beaucoup aimé parce que ça m'a permis de voir justement le côté non médical de l'action humanitaire »
M9	« Déjà à Haïti, je n'ai quasiment touché aucun malade. Soigner, directement, moi, aucun malade. Je peux dire qu'il n'y a aucun malade qui peut dire il a été traité du début à la fin par le Docteur M9, jamais. Et pourtant, je les ai tous vus, mais aucun. Je pense que j'ai, même si j'ai fait un tri médical, et que le choix médical était important, ce qui était le plus important dans ce que j'ai apporté, c'est mon regard d'organisation. Je pense. »
M11	« Donc tu as vraiment une polyvalence, ça c'est génial. Je pense que c'est un des attraits principaux aussi, le fait de devoir être polyvalent dans ce genre de choses là, polyvalent » « En fait, tu ne fais pas que de la clinique, tu en fais beaucoup, tu fais tout, mais c'est le côté multi-tâches »
FG	« D3 : « Ah oui on voit d'autres choses » . D5 : « Ça change. »
Professionnalisation	
M1	« C'est quand même, on s'improvise pas humanitaire comme ça, quoi. Euh...voilà...j'ai fait quelques petites missions, mais j'ai l'impression que c'est presque un vrai métier, c'est ce que disent ceux qui font ça beaucoup, pas forcément des médecins, les logisticiens et tout ça, c'est un vrai métier, il faut le découvrir, le comprendre, savoir finalement réellement ce qu'on fait, où on va, pourquoi, comment...se poser énormément de questions »
M7	« Mais je parlais souvent en fait pour des missions courtes et puis après j'ai fait ça quasiment en continu. » « Professionnalisation complète ? Ouais. Ouais, ouais, vraiment complète quoi » « Je suis reparti parce que pour moi, pour le coup, c'était l'idée de faire carrière, y avait pas de fin »
M11	« Oui, t'apprends autant que... Enfin, moi je prends ça comme n'importe quel boulot quoi, y a pas de côté, ou je sais pas, on va sauver le monde, ou je sais pas quel truc, non, tu fais ton boulot, y a du boulot à cet endroit-là, et puis voilà. C'est ça qui est intéressant, mais comme, comme je le fais ici. »
Santé Publique, Prévention	
	Acteur du soin au service des populations
M5	« Ouais, ça a beau être la même maladie, entre santé individuelle et santé communautaire c'est pas du tout la même chose. »
M7	« tu te retrouves à travailler dans des Etats où finalement t'es un acteur, tu représentes ONG1 ou autre, mais tu un acteur important dans le domaine de la santé »

	« le stress aussi d'apporter quand même... d'apporter le maximum, par rapport à ce que l'organisation te permet, aux les bénéficiaires »
M11	« Tout ce qui est... pouvoir participer à essayer d'améliorer, en tous cas, de mettre en place un accès aux soins à des personnes qui ont pas, qui ont besoin de ce support là, à un moment particulier » « Sur une campagne de vaccination, où tu vas vacciner, je sais pas moi, 20.000 gamins, de la rougeole, et tu sais que ça aura une incidence sur la prochaine épidémie, tu vois. »
	Prévention et Education à la Santé
M1	« la mission était de, d'augmenter le niveau de connaissances et d'améliorer le, la prise en charge des patients euh... ayant une dépendance à l'alcool. Euh, sachant qu'y a des problématiques de dépendance à l'alcool assez importante là-bas »
M4	« Donc ma fonction de médecin examinateur s'est transformé en médecin organisateur des visites, organisateur des préventions, nouveaux thèmes de prévention. » « Le côté prévention, et puis arriver à pérenniser des changements d'attitude » « Voilà, donc pour tout ça on sort du côté médical. Ca c'est passionnant. »
FG	D3 : « Oui mais tu as besoin d'avoir des bonnes sœurs qui sont là et qui tiennent une structure... Il y a énormément de problèmes d'éducation à la santé... et de... et de suivi de traitements. »

Sentiment d'efficacité	
A court terme : impact direct	
M2	« y avait des prises en charge chirurgicales, donc t'avais vraiment l'impression de redonner quelque chose aux gens. » « ils partent avec un opticien, qui arrive avec plein de paires de lunettes, je veux dire il rend la vue aux gens quoi ! (rire) Juste en leur donnant une paire de lunettes, tu te dis c'est juste incroyable ! Et ça reste pour nous des petites choses, mais voilà tu donnes ta paire de lunettes et derrière y a des gens qui revoient, tu vois enfin... Tout ça bah... bah ouais c'est dingue. »
M3	« Et puis on a vu que l'école avait besoin de plusieurs bâtiments, donc on a dit « tiens, quand on viendra, on va monter ça ». Et puis y avait un dispensaire un petit peu plus loin, j'ai été voir le dispensaire, où ils avaient besoin de matériel, notamment ils faisaient des accouchements, et j'ai dit : « Bah tiens, on va essayer de trouver ».
M5	« c'est le côté impliqué pour quelque chose, pour des résultats visibles » « alors que là t'es quand même réellement avec des besoins et des bénéficiaires directs »
M6	« Après, moi j'estimais que j'avais réussi ce que j'étais venu faire si j'en avais soulagé un seul, j'étais content » « Des fois, il y a une plainte réelle, la première fois j'ai vu un gamin qui avait un doigt infecté, on avait de l'Augmentin, donc on l'a collé sous Augmentin, on a paré la plaie et au bout de dix jours, son doigt avait miraculeusement guéri. »
M7	« Et les gens vont être exposés comme ça, mais finalement, euh, ils auront le sentiment d'avoir vraiment... énormément... sauver des vies, tout simplement »
M8	« Quand je pense on va en mission, un seul enfant qu'on peut sauver, un seul patient qu'on peut changer un peu sa vie, ça justifie le fait d'avoir fait le voyage, largement. Ma mission est remplie. »
M9	« Là-bas, on a eu le sentiment de faire quelque chose pour une fois, je dis bien pour une fois, très bien » « Moi pour les gens que j'ai vu à CV, qui arrivaient avec une fracture et qui ressortaient réduits ou stabilisés, oui on a apporté quelque chose. »
M10	« globalement moi ce qui me plaît avec l'humanitaire aussi c'est d'aller là où ils ont besoin. Et donc je me dis, ce qu'on me propose, c'est là où ils ont besoin en premier, bah ça... je suis contente de pouvoir rendre service là où il y a des besoins et pas être trop exigeante »
M11	« On a l'impression qu'il y a des résultats, même si c'est des résultats qui sont à court terme, en tous les cas, qu'il y a une efficacité qui semble assez probante »
A plus long terme : suivi, pérennisation	
M4	« Et on retourne au même endroit. Donc on voit si le travail a été fait entre deux missions. » « Donc on n'a pas une action ponctuelle, c'est une action qui permet euh... qui est intéressante parce qu'il y a une continuité... » « Le côté prévention, et puis arriver à pérenniser des changements d'attitude »
M5	« je pense que c'est bien aussi d'avoir des visions de plus long terme, des visions de développement. »
M6	« Et quand ils dispensent des médicaments, t'as un cahier, ils savent à qui ils les ont donnés, combien ils doivent payer. Enfin c'est pas... c'est le fin fond de l'Afrique, mais c'est pas complètement dénué de tout euh... de suivi. »

M7	« Voilà. Et donc, quasiment 15 ans, 16 ans plus tard, on a... on est intervenu, voilà. Donc ONG1 est toujours à l'hôpital de ville1, avec un budget d'1 million 5 par an, service de pédiatrie énorme, voilà. Et donc je suis retourné à l'hôpital, en visite, donc des années plus tard, et j'ai refait la même route, euh, c'était assez hallucinant »
M8	« la mission qui était sur place, ou le responsable de la mission qui était sur place, on pouvait suivre l'évolution de la petite, le contrôle clinique hebdomadaire. »
M9	« Nous, on a monté quelque chose qui se voulait durer. » « Mais parce qu'on a apporté quelque chose qui allait durer... très clairement, on a fait le choix de s'appuyer sur les locaux. »
M11	« la participation à la mise en place euh, vraiment l'implantation du projet où tu participes, (...) ce qui va être mis en place sur le terrain, c'est toi qui va le mettre en place avec les autres personnes avec qui tu vas bosser » « Sur une campagne de vaccination, où tu vas vacciner, je sais pas moi, 20.000 gamins, de la rougeole, et tu sais que ça aura une incidence sur la prochaine épidémie, tu vois. »
FG	D2 : « je crois, que la santé globale des villages qui étaient visités régulièrement était meilleures que la santé des villages de brousse à une journée de marche de là qui étaient moins visités. » D5 : « Ca dans le choix des missions, c'est très important. Moi je retourne avec l'association de M car on sait qu'il y a un suivi médical tous les mois, mois et demi, deux mois »

Recul professionnel	
Casser la routine	
M3	« Et je voulais changer la routine, les choses. »
FG	D4 : « Ca permet de faire une parenthèse dans la routine du travail qui est le nôtre ici. » D2 : « Parce que je pense que c'est bien d'aller faire de la médecine un peu ailleurs... voir ce qui se passe. Sortir un peu de... de l'angine quotidienne quoi. »
Travailler dans un contexte de soin différent	
M1	« Alors je parle de médecine humanitaire dans les pays plus pauvres en tous cas, la façon de soigner ici est quand même différente de la façon de soigner là-bas, parce que on n'a pas les mêmes moyens quoi. »
M6	« et là on a fait des consultations sous l'arbre. Au sens propre du terme, c'est-à-dire qu'on avait mis une table, deux chaises...trois chaises »
M10	« y a le côté quand même changement de...d'environnement, c'est ça qui m'attirait aussi. »
M11	« T'as moins de moyens, c'est pas du tout les mêmes pathologies, c'est pas les mêmes personnes, c'est des contextes culturels qui sont très différents et euh sur lesquels on peut aussi être intéressé et se retrouver. C'est surtout ça, c'est un peu tous ces facteurs, qui amènent à partir. »
FG	D2 : « Le but de partir c'est...de faire de la médecine autrement »
Distance avec le système de soins français	
Lourdeur administrative	
M3	« Parce que en France, la paperasse, la carte vitale, les choses comme ça j'en pouvais plus, on ne faisait plus de la médecine, toute la journée des papiers, et est-ce que c'est remboursé ? pas remboursé ? J'en avais ras-le-bol de ça, mais ras-le-bol ! » « La lourdeur administrative en France ? C'est monstrueux ! C'est plus de la médecine. »
FG	« - D3 : Une journée sans examen para clinique, tu mets tout le monde...en difficulté...pour faire les diagnostics - D4 : Et sans paperasse - D5 : Sans paperasse - D6 : Pas de carte vitale, pas de télétransmission... ! - D4 : Ça, ça change de la routine. La paperasse. »
Exigence des patients	
M2 :	« Et puis, euh...l'impression d'être trop cocoonée en France en fait, l'impression que voilà, on est dans un système où on nous protège beaucoup, où on a énormément de chance et les gens ne se rendent pas compte. » « j'ai l'impression que tu as des patients ici qui ont l'impression que tout leur est du, (...) où bah t'as l'impression que t'es...t'es à disposition des gens. Et que ce que tu fais c'est juste normal, et qu'ils ne voient pas que tu donnes de toi quand même. Donc ouais, c'est vrai que tu fais des choses difficiles en mission humanitaire mais ils te le rendent bien. »
M3 :	« Est-ce que c'est remboursé ? C'est ça qui est horrible, qui est fatiguant et tout. « Vous me mettez ça, est-ce que c'est pas remboursé ? », « vous pouvez me mettre les médicaments, c'est pour mon chien. » Enfin bon... des trucs monstrueux quoi. Faut arrêter quoi. »

M4 :	« expliquer aussi aux patients que la clinique c'est important, qu'un docteur est important »
M6 :	« Et jamais, les trois fois où j'y suis allée, je me suis senti pris par le temps ou « faut que je me dépêche ». Parce que même eux qui attendent, ils n'attendent pas comme en France, « non mais oh, il a encore ½ heure de retard... », ça, ça n'existe pas »
M10 :	« on se retrouve maintenant plus souvent face à des gens qui ont des exigences et qui savent ce qu'ils veulent et euh...qui viennent chercher quelque chose » « Oui, parce que c'est vrai qu'ici ce n'est plus considéré comme une chance, c'est considéré comme un dû, et les gens sont plus mécontents que contents »
FG	D4 : « Et euh, ouais...C'est pas un plus pour les patients, je suis un peu plus on va dire « rèche » avec eux. Quand ils se plaignent de conneries, j'ai tendance à les envoyer bouler » D6 : « Tu sais pourquoi ça ne te stresse pas ? Parce que tu sais qu'ils ne vont pas râler ! » D5 : « Moi je trouve qu'au niveau médical, c'est retrouver une vraie relation, que je trouve qu'on perd un peu des fois avec des...des français nantis qui ont une sécu qui leur paye plein de trucs... »
	Exigence et qualité du système de soin français
M4	« Donc voilà, donc on est pas du tout dans les prises en charge, comme on a ici où on est quand même choyer, surtout à Lyon. On a tout sur place, on a des échographistes, des radios, des scanners, des IRM à...aller à...dans un rayon de moins d'un kilomètre. Des hôpitaux, des CHU... Ca remet bien les choses en place. »
M5	« y a des problèmes d'équipe, de hiérarchie médicale, de hiérarchie chef de service et tout ça, qui font qu'on rentre dans un moule, et que quand tu vas au boulot tu penses pas au patient que tu vas soigner, tu penses plutôt au staff, où le chef de service va encore se prendre la gueule avec l'autre, et ça va te retomber dessus, et j sais pas quoi...enfin... »
M6	« Alors est-ce que tu prends le temps parce que tu n'as pas la connotation financière ? C'est ça aussi. »
M10	« j'aurais été je pense beaucoup plus stressée si j'avais vu ce genre de patients ici, du fait de l'exigence du niveau de soins » « ici...t'as pas le droit à l'erreur...enfin, t'as le droit à l'erreur, ça arrive, mais voilà, y a ce côté très exigeant » « Y a quand même beaucoup moins de médico-légal là-bas, cette idée est moins présente, ouais »
FG	D4 : « Si tu veux le drame, ici c'est la solitude, le manque de solidarité et l'indifférence... » D3 : « Je suis très critique sur l'économie de santé qu'on a mise en place, oui... »
	Aspect Financier
M5	« Et quand quelques années après tu pars, et tu te dis là je ne débourse pas d'argent et je suis payé pour le faire...t'as un rapport...Au début tu t'es quand même investi aussi financièrement en plus. Après tu te dis, maintenant je vais être payé pour le faire, classe. »
M7	« non il ne faut pas que ça soit l'argent la motivation. »
FG	« - D4 : Y a un aspect qui est beaucoup plus euh...euh, mercantile. C'est que tout ça, c'est déductible. - D6 : Hum. Ah, faut pas oublier de le dire, c'est certain. - D4 : Faut quand même en prendre compte, ça fait des voyages qui coûtent, une fois que la déduction a été appliquée, qui coûtent pas très chers... » « D6 : Oui, mais tu t'y retrouves, tu payes moins d'impôts. »
	Reconnaissance, Valorisation
M2	« enfin, les gens ils te font des câlins quoi ! Non mais tu vois, du coup c'est incroyable ! » « Donc ouais, c'est vrai que tu fais des choses difficiles en mission humanitaire mais ils te le rendent bien. » « Oui, exactement. Tu as une certaine reconnaissance de ce que tu fais quand même. Quand même oui, quand même »
M3	« J'avais envie de rencontrer des gens qui soient heureux de me dire « merci Docteur ». »
M6	« Oui, quand ils savent que t'es médecin, t'es mis sur un pied d'estale » « tu sens bien qu'ils ont un certain égard respectueux, différent mais qui d'emblée biaise le rapport. »
M10	« Là-bas, quand un enfant arrive avec deux grammes d'hémoglobine et que tu le transfuses et puis que trois jours plus tard il peut sortir, il y a une forme de médecine gratifiante »
	Remise en question et ouverture d'esprit
	Relativiser, mise à distance
M1	« ça change le regard sur les choses, ça change son regard sur la vie, sur sa propre vie, sur son quotidien, sur la vie ici, sur l'entourage, et aussi sur son travail ici en tant que médecin. » « Et donc la vision, les, des...ça permet de se rendre compte mieux de la façon dont on soigne les gens ici. Et pas... ça c'est, je pense que ça, ça peut être intéressant. »
M4	« Alors le point de vue professionnel, intéressant sur la remise en question et ça fait du bien. » « Ca remet bien les choses en place. »

M5	« Et donc, tous ces cas là, c'est vrai que tu te dis, l'investissement que tu y mets par rapport à tous les gens qui meurent de trucs hyper bêtes et simples là-bas... »
M6	« Oui, tu relativises. » « Oui tu prends du recul. »
M7	« après tu te détaches un peu, tu vois plus des perspectives, ça veut pas dire que tu te détaches de la souffrance des gens, c'est pas ça, mais tu prends plus de recul sur les perspectives globales de divers projets, d'une mission »
M10	« Ça permet de relativiser un peu aussi avec..., enfin de voir le niveau de soins catastrophique qu'il y a là-bas, on se rend compte aussi plus de la chance de l'accès aux soins ici. »
M11	« Ouais, il y a plus de recul. Mais je pense que le recul je l'ai parce que j'ai grandi, et pas parce que j'ai eu une expérience. »
FG	D2 : « Non mais y a ça. Et y a le côté tu dis « ça remet les choses en place », après quand tu reviens en France, tu te dis qu'on a le cul bordé de nouilles parce que... » D4 : « Ça met en perspective. »
	Ouverture d'esprit, enrichissement
M1	« Oui, ça change déjà le regard, parce que la relation au médecin est quand même relativement différente dans les autres pays. »
M2	« Faut pas rester dans son cocon quoi. Faut avoir une vision de tout ce qui existe, une vision du monde, faut pas rester dans ses quatre murs. La médecine telle qu'on l'apprend c'est bien, mais y a pas que ça quoi. »
M10	« c'est découvrir les mentalités locales euh, c'est ça, pour avoir cette vision de l'humain un peu plus large, sortir un peu de... se déculter pour aller à la rencontre d'autres manières de penser, parce que je trouve que c'est enrichissant à la fois sur le plan humain et professionnel. »
	Réflexivité sur sa pratique
M1	« donc c'est vrai que ça, quand on voit cette façon de soigner on se rend compte aussi nous comment on fait. Ça peut aussi donner aussi un certain nombre de...de...ça peut changer notre façon de... proposer au patient des soins, probablement. »
M4	« Quand on revient ici, on revoit quand même la médecine générale d'une autre façon »
M10	« Enfin, les choses qui m'énermaient à l'hôpital m'énerment toujours autant, mais je les envisage différemment »
FG	D2 : « Çaaaaa... ça remet les choses au point quoi, c'est bien. Ça remet les choses au point. » D3 : « Oui, ça fait du bien de voir le monde comme il est et euh...enfin moi, ça me...j'aime bien avoir ce regard là pour ici. »

Expérience humaine	
	Travail d'équipe (médecins, locaux, non médicaux)
M2	« Voilà, l'envie de partager quelque chose avec une équipe » « Et vraiment sur le plan humain, on voit des trucs tellement difficiles que... avec l'équipe et les coéquipiers, c'est chouette. Il se tisse des liens absolument fous. »
M3	« Mais bien sûr qu'on apprend toujours, y a toujours des choses, on part avec, à la dernière mission, un ORL, un cardiologue, et donc ils ont d'autres points de vue et c'est intéressant. Voilà. »
M4	« ensemble on se rencontre, on découvre aussi la richesse des autres au travail d'une vie de quinze jours. »
M5	« généralement les gens y sont tous sélectionnés par un objectif commun, donc au niveau de tes collègues de travail, déjà tes co-internes tout ça souvent ça se passe bien, mais là t'as vraiment une cohésion du projet commun » « L'ambiance intense, parce que t'as vraiment une cohésion de groupe »
M8	« J'ai consulté après un médecin local, (...). Et j'apprends des choses d'eux. »
M9	« Donc j'ai vu qu'on pouvait manager des gens même dans l'horreur parce qu'elle était paniquée cette dame, et lui montrer qu'elle n'était pas seule, que j'étais là et que je la soutenais, l'équipe entière la soutenait, ça lui a...ça l'a rassuré, et ça lui a permis qu'elle se révèle, et d'ailleurs elle était exceptionnelle après. »
M10	« Travailler avec les logisticiens, avec les administrateurs et puis les pharmaciens. C'était le côté travail d'équipe »
M11	« Et puis ouais, bosser avec des équipes qui n'ont rien à voir avec la façon avec lesquelles on bosse. Des équipes d'internationaux, elles ont pas du tout, elles ont parfois des approches du soin qui sont des fois très très différentes, et ça c'est assez intéressant. » « l'équipe, elle est ce qu'elle est, c'est toujours agréable de travailler avec d'autres personnes, de ne pas être tout seul, et ça c'est universel. »
FG	D4 : « y a...une espèce de...de travail collectif qui peut se passer sur des situations où on demande l'avis de l'un ou de l'autre, et ça franchement c'est appréciable »

	D2 : « Et le fait de travailler en équipe...Si on travaille pas en équipe, on va faire du boulot de merde, et en plus ça ne va pas être drôle. »
Culture différente	
M2	« quelqu'un qui aurait le même niveau de vie que nous et qui aurait les mêmes attentes que nous, et de pas oublier qu'il ne pense pas la même chose que nous, et qu'ils ont des attentes particulières, une culture particulière. »
M6	« ils ont une liberté d'expression, où pour te montrer ils soulèvent leur truc, ça les gêne pas, enfin c'est...c'est nature et c'est naturel. »
M8	« J'ai consulté après un médecin local, parce que je m'en sers beaucoup des médecins locaux, ils ont une expérience d'une médecine autrement, ça veut pas dire qu'ils le font mal, ça veut dire qu'il le font autrement que ce que nous on a appris en occident, ils le font autrement. Et il faut le respecter. »
M10	« c'est découvrir les mentalités locales euh, c'est ça, pour avoir cette vision de l'humain un peu plus large, sortir un peu de...se déculturer pour aller à la rencontre d'autres manières de penser, parce que je trouve que c'est enrichissant à la fois sur le plan humain et professionnel. »
M11	« c'est pas les mêmes personnes, c'est des contextes culturels qui sont très différents et euh sur lesquels on peut aussi être intéressé et se retrouver. »
FG	D4 : « Et heu... de découvrir d'autres gens, d'autres cultures » D4 : quand on a compris comment ça fonctionnait, on revient à faire de la vraie médecine. Mais si...il faut casser cette barrière culturelle qu'on peut avoir. »
Médecine humaniste	
M2	« L'envie de prendre le temps. Envie de pas oublier que à chaque fois, on a des gens en face de nous. » « Et je pense que c'est une chance qu'on a en médecine générale, c'est qu'on est tous motivés par ce côté de l'humain, de la communication et du fait que, bah, on est tous dans le même bateau et les relations humaines c'est chouette. »
M5	« tu vois le côté faire médecine ou...Enfin, c'est que ma conception de la médecine toutes façons, c'est le médecin il est là pour soigner quelqu'un...en fonction de ses souffrances et pas en fonction... »
M6	« Je dirais que tu as le rapport humain euh... dans tout ce qu'il a, ce n'est pas péjoratif ce que je vais dire, dans tout ce qu'il a de primitif »
M7	« L'avantage de l'exercice médical où que tu sois, que ce soit en France ou au fin fond du Sahel, tu vas toucher tout de suite à l'intime des gens, euh, enfin à leur vie, alors, tu vois, alors euh, à leurs soucis directs, voilà »
M10	« Mais sur le plan humain et adaptabilité, je pense que c'est quand même une expérience qui peut enrichir au niveau professionnel, ouais. »
M11	« Et puis après euh, ben c'est toute une... tout un attrait de médecine humaniste quoi. » « Finalement travailler comme médecin, tu fais ça parce que tu es intéressé par l'autre, enfin j'espère en tous cas »
FG	D5 : « Moi je trouve qu'au niveau médical, c'est retrouver une vraie relation, que je trouve qu'on perd un peu des fois »

MOTIVATIONS PERSONNELLES

Voyage	
Amour du voyage	
M1	« avec aussi une envie de voyager importante, et d'aller voir comment ça se passait ailleurs...ça aussi c'est quand même une motivation... »
M2	« Des raisons personnelles autrement, je pense c'est l'envie de voyager, l'envie de découvrir autre chose, c'est vraiment ça. »
M3	« C'est le plaisir de partir, de découvrir d'autres pays, de découvrir l'Asie, et puis voyager. »
M4	« C'était un voyage très très intéressant. »
M5	« mais c'est vrai que tu passes aussi 6 mois au niveau climatique agréables, tu vois. » « Oui, le côté voyage »
M8	« j'ai toujours pensé à ça, j'ai toujours pensé voyager, connaître d'autres cultures, d'autres gens, découvrir d'autres choses, et rendre service. Voilà. »
M10	« le côté voyage et expérience culturelle différente, ça m'a toujours plu »
FG	D3 : « Nous ce qui nous intéressait c'était de faire quelque chose d'itinérant, de pouvoir rencontrer un peu les populations et aussi pour profiter un peu pour voyager. » D4 : « Alors d'abord, on aime les voyages. »
Goût de l'Aventure et de la Découverte	
	Aventure
M2	« Désir de l'Aventure. »
M3	« Parce que moi dans ma vie de tous les jours, c'est déjà l'aventure en soignant les gens »
M4	« C'était cinq jours de voyage, on a fait douze heures pour faire quatorze kilomètres...la fin, c'est dans la boue, la mousson... Ca c'était l'aventure ! »
M7	« Après, oui, c'est l'aventure, tout ça, voilà, oui, oui, y a quand même un attrait pour l'aventure »
FG	D6 : « Certes. Mais ça n'empêche que c'est un petit peu l'aventure et j'aime bien ça. » D3 : « C'est l'Aventure. L'aventure bien organisée, une aventure humaine. »
	Découverte, Curiosité
M1	« d'aller voir comment ça se passait ailleurs...ça aussi c'est quand même une motivation... »
M2	« l'envie de découvrir autre chose, c'est vraiment ça. »
M3	« ça c'est sûrement très intéressant. De changer de continent, de voir autre chose. »
M6	« Il faut être curieux, voir ce qu'il se passe ailleurs aussi. » « Et découvrir aussi...tu découvres aussi... »
M10	« Donc bon, un moment il faut se lancer, et donc même si tu ne sais pas exactement où est-ce que tu mets les pieds, tu acceptes cette part d'inconnu, c'est aussi ce qui fait l'intérêt de ne pas savoir exactement à quoi ça va ressembler. C'est la nouveauté, et puis la découverte »
FG	D6 : « Découvrir des endroits que je n'ai jamais vus. Dans des endroits où je n'irais peut-être pas si je partais en vacances. Les villages flottants par exemple, je ne suis pas sûre que ça soit accessibles aux touristes tel que nous on l'a vécu : à dormir chez les gens, à bouffer de la tortue et du serpent... »
Partir entre amis	
M3	« En plus avec un ami, on se connaît, on part souvent ensemble, on s'apprécie, c'est agréable quand même. »
FG	D6 : « Il faut être honnête, une de nos motivations c'est aussi d'être ensemble. Je crois qu'on ne referait pas ça si on était chacun dans notre coin. »
Comme des « vacances »	
M5	« T'es entre...T'es en permanence entre les vacances et le travail intense. »
FG	<ul style="list-style-type: none"> - D6 : Moi avant une mission je me sens partir un peu en vacances. - D2 : oui, c'est les meilleures vacances du monde. - D4 : pour moi, c'est les vacances. - D6 : pour moi c'est des vacances, oui. Même si on bosse toute la journée...pour moi c'est des vacances, oui. <p>D4 : « c'est un peu de l'écotourisme »</p>
Nomadisme	
M8	« Moi-même je suis enfant d'immigrés, ma famille était migrante, elle a quitté l'Europe, l'Italie, à des moments difficiles, (...). Donc euh, il y a eu cet esprit de voyage dans l'âme quoi, je pense »
M10	« Mais je réfléchis toujours à court terme, c'est vrai que je vois pas des échéances très loin. Je ne veux toujours pas m'installer, et euh...et puis j'ai toujours un peu la bougeotte »
Rencontre	
	Culture différente

M3	« Ce qui est intéressant dans l'Asie, c'est que c'est encore un autre continent. Donc t'a encore changé de... ça c'est sûrement très intéressant. De changer de continent, de voir autre chose. »
M4	« Et ça c'est un échange culturel quand même. Euh...Donc ça, c'est vraiment passionnant. »
M6	« Et cette notion de l'abolition du temps, là-bas moi ça a été, un baume. »
M7	« en fait, et donc euh, d'avoir pu voir des endroits aussi différents que voilà, l'Afrique, les Philippines, Haïti, la Tchétchénie, pff, c'est une richesse incroyable. »
M8	« Connaître d'autres cultures, parler d'autres langues, connaître des gens qui n'étaient pas de ma culture. »
M10	« et puis au niveau culturel en fait. Ouais, c'est découvrir les mentalités locales » « se déculturer pour aller à la rencontre d'autres manières de penser »
FG	D3 « Les villages flottants par exemple, je ne suis pas sûre que ça soit accessibles aux touristes tel que nous on l'a vécu : à dormir chez les gens, à bouffer de la tortue et du serpent... » « - D2 : La culture, c'est pas un problème... - D3 : Le choc des cultures...oui, quand même - D2 : C'est pas un problème la culture ! - D4 : On le voit, mais ce n'est pas un problème, on est curieux de ça. »
Rencontres humaines	
	Avec la population locale
M6	« Alors que là-bas, tu vas dans les marchés, tu vas dans les villages, les gens viennent vers toi, ils ont tous le sourire »
M7	« Moi, j'ai été habitué à travailler avec des traducteurs ou à apprendre quelques mots localement, tu vois, enfin à être assez proche des bénéficiaires » « L'avantage de l'exercice médical où que tu sois, que ce soit en France ou au fin fond du Sahel, tu vas toucher tout de suite à l'intime des gens, euh, enfin à leur vie, alors, tu vois, alors euh, à leurs soucis directs, voilà. »
M9	« Les prières, les chants du soir dans le camp, ça ne laisse pas indifférent » « on s'attendait à être accueillis avec des armes, on a eu des chants et des prières »
FG	D3 : « Nous ce qui nous intéressait c'était de faire quelque chose d'itinérant, de pouvoir rencontrer un peu les populations » D3 : « Et tu n'es pas spectateur, tu rencontres les gens. Tu t'imprègnes quand même de... des problèmes. » D6 : « Moi j'ai des souvenirs...Tu te souviens cette petite dame...on avait mis son bébé au monde, mais presque... ça avait créer des liens formidables »
	Avec l'équipe : vie en collectivité, proximité qui renforce les liens
M2	« Quand tu pars en mission, y a le côté humain qui ressort énormément. » « Et vraiment sur le plan humain, on voit des trucs tellement difficiles que... avec l'équipe et les coéquipiers, c'est chouette. Il se tisse des liens absolument fous. »
M3	« Tu vis avec d'autres gens, c'est ça qui est plaisir, de rencontrer d'autres gens, de rencontrer Camille, Sébastien, c'est ça ! C'est déjà important. J'ai rencontré des gens assez extraordinaires, et ça, ça te donne envie de repartir. »
M4	« Et ça aussi, c'était une expérience humaine. Partir avec une autre personne que je connaissais très peu. » « C'est pour ça qu'on est devenus très amis, parce que quand vous partez trois semaines avec quelqu'un, euh bon... On a le temps d'échanger, de parler de soi, euh...voilà. C'était un voyage très très intéressant. » « C'est comment vivre en collectivité, euh... le soucis de l'autre, ect » « Ouais. Et puis, c'était une aventure de groupe. »
M5	« mais tu vois, t'as cette ambiance jeune et festive, et t'as aussi l'ambiance où tu vas avoir des conversations mais...à la fois, hyper sur l'essentiel et la vérité, et en même temps t'en parles de manière décalée. J' sais pas...y a un côté fort. » « Oui, t'as une vie en collectivité, avec des gens qui ont des valeurs. » « Et t'as le côté ambiance collective qui fait que tu te sens...t'es pas en vacances mais t'es pas non plus au boulot » « L'ambiance intense, parce que t'as vraiment une cohésion de groupe »
M11	« alors effectivement y a le côté international, que ça soit sur les nationaux du pays ou sur les autres expat' qui va y avoir, tout ça c'est sympa, tu fais des rencontres intéressantes, mais euh, c'est souvent des personnes qui ont un peu la même vision... enfin au moins du monde »
FG	D4 : « Donc en réalité très très vite, les équipes se soudent quand même quand on est là-bas et on se fait vite des amis » D6 : « ça crée des liens oui, ça fait tâche d'huile. » D5 : « Et d'avoir aussi la découverte d'autres, d'autres français...Et d'ailleurs, on a des gens là-bas qui sont devenus des très très bons amis »
Partage et échange	
M2	« Et euh... Voilà, l'envie de partager quelque chose avec une équipe. »

M3	« Et je suis plutôt épicurien, je pense qu'il faut...Je veux manger un maximum la vie, médicale. Et mon plaisir ça serait de transmettre tout ce que j'ai reçu pour le transmettre aux autres. Alors c'est surtout ça »
M4	« Et donc, ça amène une sorte d'échange, pendant une quinzaine de jours, à la fois avec des médecins et des non médicaux. » « c'est se renseigner par un échange avec les médecins népalais » « Moi j'ai beaucoup aimé, on a vraiment une collaboration intéressante, on a envie de communiquer après. Et ça c'est un échange culturel quand même. Euh...Donc ça, c'est vraiment passionnant. »
M5	« ça t'empêche pas de voir le terrain, d'échanger...tu vas pas sauver le monde, mais voilà tu vas échanger, tu vas t'y intéresser. »
FG	D4 : « C'est facile de dire ça, mais c'est vrai que c'est très sympa de partir avec quelqu'un que tu connais, c'est un truc que tu partages. »
Engagement	
S'engager	
M1	« Si je n'avais pas été médecin, je pense que j'aurais quand même fait de la médecine humanitaire. Peut-être pas, ou alors, pas de la médecine humanitaire, mais en tous cas de l'humanitaire, je pense que j'aurais par un autre biais, fait de la logistique, ou je ne sais quoi... »
M5	« Oui, t'as la conviction qu'un être humain a le droit quand même de... de vivre. (...) le droit d'avoir accès aux chances de survivre autant que...enfin, autant qu'un autre, en tous cas, c'est aussi la disparité de l'effort qui est fait... »
M7	« tu as quand même, chez ONG1, cette culture de dire « non, c'est pas l'argent qui doit te motiver, mais ton engagement ». » « Je veux dire, moi, mon engagement c'est aussi d'aller dans des pays en guerre. Là, où vraiment plus personne ne va, quoi, tu vois »
M11	« L'engagement est le même, oui. Ça reste des patients, ça reste des gens que tu soignes et euh, je vois pas pourquoi tu ferais les choses différemment quoi. »
Se réinvestir	
M2	« dans les suites de ça elle a dit j'ai besoin de me réinvestir dans quelque chose. Donc elle, elle s'est réinvestie dans ses missions humanitaires. Chaque année, elle partait en mission humanitaire. »
M4	« En partant, oui en partant en humanitaire, je suis rentré à nouveau dans une vie associative. »
Comprendre le monde et la géopolitique	
M2	« Faut pas rester dans son cocon quoi. Faut avoir une vision de tout ce qui existe, une vision du monde, faut pas rester dans ses quatre murs. »
M5	« t'as des conversations complètement futiles, et là la conversation devient tellement...par l'essentiel de l'humanité et de ce qui se passe à travers le monde que c'est tellement dans l'extrême que t'as l'impression de la vivre de manière futile, enfin...je ne sais pas comment m'exprimer...mais tu vois t'as l'impression que c'est tellement décalé, alors qu'en fait ce décalage c'est la pure réalité...je pense que la vraie réalité de ce monde c'est des gens qui sont en train de mourir à travers le monde pour des guerres et des causes connes et tout ça, et c'est pas euh... » « enfin, tu te sens vraiment au cœur de...au cœur de ce qui se passe »
M7	« J'ai vu des choses hallucinantes, j'ai compris, si tu veux, comment une bonne partie du monde fonctionne. » « Et puis à comprendre aussi, je veux dire, ce qui se passe dans le monde, quoi, la souffrance, les guerres etc. non, je veux dire, c'est plus que juste des informations à la télé, tu vois ce que c'est, ce que ça signifie. »
FG	D3 : « Oui, ça fait du bien de voir le monde comme il est et euh...enfin moi, ça me...j'aime bien avoir ce regard là pour ici. »
Idéal commun	
M5	« le côté contribution à un idéal commun »
M11	« ça y a un biais, parce que tout le monde va vers cette structure-là, c'est eux qui ont été recrutés, et puis c'est vrai que souvent si tu te retrouves sur ce genre de terrain-là, c'est que tu as à peu près les mêmes idéaux et la même façon de voir les choses »
Dépassement de soi	
Tenter l'expérience...	
M5	« Et euh, donc après ONG1 c'était une évidence que je voulais tester. Alors après on pourrait revenir sur des critiques et d'autres choses, mais en tout cas vouloir le faire au moins une fois. »
M7	« pour moi et pour un copain qui était avec moi, c'est simplement qu'on avait envie d'avoir une expérience comme ça, partir »
M10	« c'est une expérience à vivre... »
FG	D1 : « j'y suis allée parce que j'ai tellement entendu mes amis enthousiastes, et puis mon mari, que j'ai voulu faire partie de l'expérience »
... pour ne pas avoir de regret	

M1	« Et que, c'est déjà une bonne chose de l'avoir fait quand on pensait qu'il fallait qu'on le fasse. »
M3	« Bon, y a peut-être le seul truc de me dire, quand même je suis plutôt sur le versant descendant de ma vie, donc il faut que j'en profite un maximum. »
M4	« Et là je me suis dit, j'ai...j'avais 60 ans à l'époque, « Bon si je ne fais pas de l'humanitaire maintenant, je n'en ferais jamais » »
M5	« donc y a partir assez tôt parce que... ça sert à rien de reporter toujours au lendemain »
M8	« On vit qu'une seule fois dans la vie »
M10	« me confronter à la réalité de quelque chose que j'ai dans la tête et en idéal depuis longtemps, pour ne pas avoir de regrets et faire cette expérience qui me tenait à coeur. »
Et se dépasser, accepter le challenge	
M2	« juste l'envie d'aller au bout de ses limites » « Tu vis ça comme un dépassement de soi ? Ouais c'est ça. Ouais, ouais »
M4	« Et au départ, j'ai eu un petit challenge : « tiens, ça fera plaisir à mes deux filles que je parte en humanitaire ». Et c'est vrai qu'elles se sont beaucoup intéressées. » « Bon, c'est vrai que quand on est là, je me dis « bon attends, je suis dans ma vie confortable de généraliste, c'est peut-être intéressant que tu te frottes un peu à quelque chose de moins...moins confortable quoi ». Et j'aime bien ce genre de petit challenge en fait. C'est marrant. »
Avec risque d'addiction	
M2	« Parce que bah, parce que quand même...ouais quand même c'est dur. Mais t'a envie d'y retourner. T'as un truc qui te rattache... »
M3	« Peut-être après ça peut devenir une forme d'addiction. Parce que t'as besoin de te laver la tête surement, oui, surement. Quand tu as pris goût à ce genre de choses, t'a envie. »
M7	« Et encore c'est pas un arrêt définitif, c'est comme un ancien toxico » « et donc l'effet un peu pervers.... c'est un peu l'effet d'adrénaline qui est lié à ça. »
Enrichissement personnel	
Intérêt personnel « égoïste »	
M1	« Y a quelque chose aussi de l'ordre de l'intérêt personnel » « Je pense que c'est une expérience, euh...très intéressante, euh...pour soi »
M4	« Bon, le rôle d'une mission humanitaire, bon c'est rendre service aux gens qui sont visés par l'action humanitaire, mais si d'un autre côté on apporte quelque chose à ceux qui participent, pourquoi pas. »
M5	« Mais, y a des motivations externes et plus internes ou « égoïstes », tu vois. (...) Après sur le plan plus égoïste, dans « se sentir utile » y a forcément un côté satisfaction. »
M6	« Comme je te le disais tout à l'heure en commençant, je pense que c'est eux qui nous soignent plutôt que nous qui les soignons. »
M9	« L'Humanitaire apporte avant tout à celui qui en fait »
M11	« Et puis, tout ce que tu vas retirer quand tu vas aller travailler sur le terrain ou dans ce genre de structures là, tu vas...c'est...c'est autant que ce que tu peux donner. C'est donnant – donnant. Il faut toujours qu'il y ait quelque chose un peu pour soi, et un peu pour les autres, c'est comme ça quoi. »
FG	D3 : « Peut-être que ça nous apporte plus que ce que ce que ça leur apporte. »
Plaisir, Satisfaction personnelle	
M1	« Aussi parce que j'y trouve du plaisir, je pense. Et de la satisfaction. »
M3	« c'est du plaisir » « Sur le plan personnel, non, c'est que j'aime bien partir » « Mais bon, moi je pars pas pour des objectifs, changer la vie machin...non non non, moi c'est le plaisir c'est tout. » « Et je suis plutôt épicurien, je pense qu'il faut...Je veux manger un maximum la vie, médicale. »
M7	« C'est simple, les gens rentrent complètement cassés, même des fois laminés, ça c'est la réalité, mais contents. Enfin contents, euh laminés, voilà, mais avec une grande satisfaction »
Recul et mise à distance	
M1	« ça change le regard sur les choses, ça change son regard sur la vie, sur sa propre vie, sur son quotidien, sur la vie ici, sur l'entourage »
M2	« Je dirais vraiment l'envie de voir autre chose, l'envie de voir comment ça se passe ailleurs. » « Quand t'es sur place, t'oublies un peu ta vie habituelle »
M3	« Et je voulais changer la routine, les choses. Je pense que c'est un lavage, comme je dis, un lavage d'esprit, un lavage des couilles, et c'est ça »
M5	« tu vois t'as l'impression que c'est tellement décalé, alors qu'en fait ce décalage c'est la pure réalité... » « Tu touches à l'essentiel »
M6	« Finalement, ça te fait prendre beaucoup de recul sur toi, sur ton humanité, euh...dans le mot « humanité » j'entends... la petite place qu'on occupe, et il faut savoir rester à sa place. Ouais, c'est de rester à sa place » « Oui tu prends du recul » « Donc ça, ça aide. Revenir très humble »
M7	« après tu te détaches un peu, tu vois plus des perspectives, ça veut pas dire que tu te détaches de la souffrance des gens, c'est pas ça, mais tu prends plus de recul sur les perspectives globales de divers projets, d'une mission »

M10	« c'est ça, pour avoir cette vision de l'humain un peu plus large » « Ça permet de relativiser un peu aussi »
FG	D6 : « Et quelque part, ça nous bouscule un petit peu aussi » D3 : « Çaaaaa... ça remet les choses au point quoi, c'est bien. Ça remet les choses au point. »
Enrichissement et accomplissement de soi	
M1	« Voilà, si je devais mettre un terme ça serait celui-là. Celui de : c'est très enrichissant. Et que c'est très utile, probablement. »
M4	« Et la vie associative me permettait aussi d'avoir un regard des autres basé sur d'autres compétences que la compétence professionnelle. Et c'est important pour l'équilibre. A mon avis. »
M5	« Donc ça te fait une vie super riche, sans forcément avoir un engagement à plein temps. »
M6	« C'est très enrichissant » « C'est vrai que cette Afrique m'a fait énormément de bien pour se recentrer sur soi »
M7	« en fait, et donc euh, d'avoir pu voir des endroits aussi différents (...) pff, c'est une richesse incroyable » « Donc ça t'apporte énormément. » « j'étais face à tellement de trucs intéressants, et passionnants » « Donc, ça m'a apporté, je veux dire, c'est même pas une question, c'est, je suis ce que je suis grâce à ça quoi. »
M8	« Moi je pense que je serai une personne heureuse en faisant ça. »
M10	« c'était une expérience difficile mais très enrichissante »
Fuite ?	
Rompre son quotidien	
M2	« Quand t'es sur place, t'oublies un peu ta vie habituelle »
M3	« Et je voulais changer la routine, les choses. Je pense que c'est un lavage, comme je dis, un lavage d'esprit, un lavage des couilles, et c'est ça »
M4	« Pas de moyen de communication pendant dix jours. Là-haut, pas de portable, rien. Mais bon, un tellement bon accueil, l'impression de vivre dans un paradis terrestre. Euh. Coupé de tout, pendant dix jours , et après revenir à la réalité tout doucement. »
M6	« Et un truc qui est extraordinaire, c'est quand tu es là-bas, tu n'as plus de carcan horaire. Le temps est une chose importante. Et quand on leur en parle là-bas ils disent : « oui, oui, mais vous...vous en France, vous avez les montres, nous en Afrique on a le temps » »
M10	« je ne sais pas si c'est très conscient ou c'est pas une des raisons pour lesquelles je suis partie, mais je me dis que c'était pas mal de prendre de la distance aussi avec...avec mes soeurs. (...) Donc la distance, je savais qu'elle était aussi bénéfique »
Effet thérapeutique	
M2	« Je me rappelle d'une nana avec qui j'ai vachement accroché, qui a fait de l'humanitaire dans les suites d'avoir perdu un enfant »
M4	« C'est caricatural, mais certains racontent leur vie le soir, ça leur fait du bien, et on sent que ça coupe avec une certaine solitude personnelle. » « Elle a récupéré une image hyper positive d'elle-même, ça vaut de la méthadone. »
M6	« Finalement, le soignant n'est pas celui qu'on croit. C'est l'infirmier noir, c'est le médecin africain, ce sont les patients que tu vois » « je pense que c'est eux qui nous soignent plutôt que nous qui les soignons » « Et cette notion de l'abolition du temps, là-bas moi ça a été, un baume. »
Pas de raison particulière : les dubitatifs	
M3	« Non, aucune raison. Sur le plan personnel, non » « Non, non, c'est pas un truc métaphysique, une recherche de x ou y. Rien du tout. »
M11	« Mais je pense que le recul je l'ai parce que j'ai grandi, et pas parce que j'ai eu une expérience. Je ne pense pas que ça change ta vie de partir, de faire de la médecine humanitaire. Peut-être que pour certaines personnes ça change beaucoup de choses, pour moi ça n'a pas changé grand chose. »

Apport professionnel

Développer et renforcer les compétences du médecin généraliste

Premiers recours, Urgences

Hierarchiser la gravité	
M1	« Donc c'est vrai que c'est quand même des choses qui font que, permettent aussi de, d'améliorer, ou de relativiser certaines choses, de l'indispensable au moins indispensable. »
M2	« prioriser ce qui est important et ce qui l'est moins. Hierarchiser ta prise en charge »
M5	« enfin typiquement une maladie courante le palu, bah maintenant un palu grave/pas grave/simple, j'envoie aux urgences en deux secondes, tu sais son devenir et tu sais où tu le mets. Donc ça, ça peut te servir. »
M6	« Là, t'es dans des équations que tu n'as pas à gérer en France, c'est vie ou mort. C'est caricatural, mais c'est ça. »

M10	« le fait d'avoir vu des patients graves là-bas, je pense que ça m'aura un peu déstressé pour ma pratique ici »
FG	D6 : « C'était une petite puce qui faisait 2,5kg à 8 mois, euh...qui allait mourir de déshydratation, dénutrition et...qu'est-ce qu'on faisait... on n'avait aucun moyen technique à part des perf', on la prenait avec nous ou on la laissait tomber et elle allait mourir. Donc y avait une décision quand même un peu lourde »
Adaptabilité	
	Sur le terrain
M2	« Et tu fais, tu fais de la débrouille. »
M3	« Et puis, j'ai aussi un peu ma formation de SAMU où il faut un peu se démerder, il faut te démerdé avec tes mains, ton stétho et puis c'est tout ! »
M5	« Sur place tu te retrouves, voilà t'es trois médecins bah, t'as une garde toutes les trois nuits, tu gères ton truc, t'as le cyclone qui passe, t'as l'hôpital à fermer, euh... t'as enfin...voilà...t'as...(...) bah là toi t'es un peu obligé d'être confronté au truc et te dire maintenant bah voilà il faut prendre une décision. » « Et savoir s'adapter à...Savoir être, Savoir faire, et des trucs... »
M7	« Un médecin généraliste, surtout un médecin généraliste d'ailleurs, il va s'adapter mieux que les autres. (...) Oui, parce que finalement il est habitué, parce que pendant tout son internat il est toujours le nouveau » « Par contre, voilà, du jour au lendemain tu dois partir. Voilà, c'est-à-dire que tu es...euh, tu ne pars plus, enfin tu pars en mission mais, t'attend pas une mission, je veux dire, enfin t'es là et on t'appelle et le lendemain tu es dans un avion ou même le jour même. »
M9	« Donc elle aussi elle avait compris le principe de dire « bah je regarde d'abord ce que je fais, je regarde ce que je peux opérer et je fais avec ». Elle a fait le choix d'opérer des épaules avec des blocs parce qu'elle pouvait le faire. Elle me disait « je ferais pas du tout ça chez moi, mais là c'est le choix que je ferais ». (...) Et je crois que j'ai touché là le meilleur anesthésiste que j'aurais jamais dans ma vie, parce qu'elles nous a fait des choses remarquables, elle a utilisé le moindre oxygène, le moindre...pour faire des choix, justement d'opportunité. »
M10	« Si tu es capable de travailler dans un contexte un peu stressant ou bien où il y a justement moins de moyens, je me dis que c'est aussi un plus au niveau de l'adaptabilité aux circonstances de travail, à la flexibilité »
M11	« et de pouvoir t'adapter, c'est l'adaptabilité, parce que ça change tout le temps, c'est le terrain » « tu te retrouves souvent sur des missions... en particulier sur l'urgence comme ça... où il faut vraiment, tu peux avoir des changements de contexte qui sont très rapides, en quelques heures tout peut changer quoi. Faut être capable de réagir à ça. Mais c'est ça qui est cool, ouais »
	Polyvalence des compétences
M7	« Si bien qu'à la fin, moi je ne faisais plus de médecine. Alors j'amenais quand même mon stétho, je faisais une garde de temps en temps par-ci, par-là, j'allais filer un coup de main, mais je veux dire, mais tu ne fais plus de médecine, tu fais de la, enfin tu ne fais plus de clinique, je veux dire, tu fais de la médecine, mais plus de clinique. Je ne sais pas comment on peut appeler ça, si c'est de la santé publique, je pense pas que ce soit le exactement le terme, mais tu fais de l'opérationnel médical. C'est comme ça qu'on appelle ça, oui. »
M10	« J'ai beaucoup aimé parce que ça m'a permis de voir justement le côté non médical de l'action humanitaire »
M11	« En fait, tu ne fais pas que de la clinique, tu en fais beaucoup, tu fais tout, mais c'est le côté multi-tâches » « Tu te mets à gérer beaucoup de choses qui sont pas que de la médecine. » « Donc tu as plein plein de casquettes, et puis qui vont différer en fonction du temps, en fonction des interventions, euh, des impératifs qui vont apparaître » « Donc tu as vraiment une polyvalence, ça c'est génial. Je pense que c'est un des attraits principaux aussi » « Tu es beaucoup plus polyvalent, tu fais beaucoup plus de gestes, tu vois des patients qui sont quand même souvent assez graves, sur de la polytrauma de guerre etc., tu fais quand même des choses qui sont costauds, et qui sont hyper intéressants, si on voit vraiment que le côté technique. »
Diminution des prescriptions	
	Limiter les prescriptions médicamenteuses
M5	« clairement, je pense que tu as une autre évaluation on va dire médico économique, des coûts et des trucs, quand on te parle du prix de certains traitements en France ça te fait... beaucoup plus, waouh... »
FG	D4 : « C'est sûr que quand on rentre d'une mission, on a tendance à faire des ordonnances beaucoup plus courtes »
	Limiter la prescription d'examen complémentaires
M4	« Quand on revient ici, on revoit quand même la médecine générale d'une autre façon et on a quelque part un petit message à faire passer au remplaçant, en disant « mais pourquoi tu demandes tous ces examens ? » » « Voilà, et malgré la technicité, on peut bien se débrouiller avec un minimum d'examen. »
M6	« Tu vois la réponse, la réponse des gens qui sont un peu de ta génération, c'est on passe tout de suite aux examens para cliniques. Non, non, tu vas l'examiner. »
Habilité techniques	

M10	« si je bosse à l'hôpital en métropole, j'ai quand même appris pas mal de choses, j'ai refait pas mal de gestes techniques que j'avais soit jamais fait »
M11	« c'est sûr qu'au niveau technique, maintenant que je fais de l'urgence, enfin de la réanimation, sur ma dernière mission, euh, tu fais quand même plus de choses que ce que tu ferais ici quoi. » « tu fais quand même des choses qui sont costauds, et qui sont hyper intéressants, si on voit vraiment que le côté technique »
Connaissance de pathologies spécifiques	
M2	« Et puis je pense qu'il y a aussi autre chose, c'est moins vrai pour nous en tant que généralistes, mais les pédiatres, les cardiologues, les neurochirurgiens, les chirurgiens orthopédiques... ils voient des pathologies qu'ils ne voient pas ailleurs » « Enfin je veux dire, on a vu des petites siamoises... c'est quand même des choses qui sont hyper rares. Y a énormément de pied-bot, euh... »
M5	« Sur la place y avait une maladie la Bilharziose, qui te fais des... (...) Tu sais pas ce que tu fais...et...et alors après, tu essayes de réfléchir. »
M6	« En gros, tu avais deux types de pathologies : tu avais la température soit palu soit méningite, et après tu avais beaucoup de problèmes de dermatologie. De plaies, d'excoriations de plaies... »
M8	« c'est pour ça les œdèmes, la peau qui se desquamé...je pensais au Kwashiorkor. J'ai jamais vu de ma vie, sauf quand j'étais étudiant à la fac »
FG	« - D4 : « Et euh...dans un univers qui n'est pas du tout celui d'ici quand même. Et...Et des pathologies quand même... - D3 : Ah oui on voit d'autres choses - D4 : ...des pathologies qui sont différentes quand mêmes que celles qu'on voit ici. » » « - D6 : Et puis on voit aussi des pathologies qu'on ne voit pas chez nous. Euh moi des bilharzioses, à part à M, j'en avais jamais vu avant. Des...des tuberculeux, j'en ai pas dans ma patientèle. Il a fallu aller au C pour que je voie des tuberculeux. - D4 : Pardon, on voit des pathologies d'ici mais à un stade qu'on ne voit plus ici. »

Coordination, Continuité	
Coordination des soins	
	Organisation des soins
M4	« Donc ma fonction de médecin examinateur s'est transformé en médecin organisateur des visites, organisateur des préventions, nouveaux thèmes de prévention. »
M5	« Après y a des trucs d'organisation que ça peut aussi t'amener. Parce que sur place tu te retrouves à organiser...bah euh...le fil de patients qui augmente qui augmente qui augmente. » « ça t'amène aussi des petites capacités organisationnelles. »
M11	« Oui, oui l'organisation des soins et puis tout ce qui est des choses qu'on ne connaît pas ou peu »
M9	« Alors moi, sur le plan professionnel ça m'a apporté beaucoup. Ça m'a apporté une réponse à ma... aux grandes questions...alors, mais c'est très technique ça...à ma grande question sur l'organisation des secours. » « Et qui me sert tous les jours. Je suis encore plus organisation qu'avant. Je prends le temps de réfléchir. » « Aujourd'hui, je pense que je serais plus utile dans l'organisation que dans le soin. »
Manager une équipe	
M4	« Et avec en plus un rôle d'encadrement des nouveaux médecins. Comme maintenant, je fais plus organisateur. »
M9	« ce qui était le plus important dans ce que j'ai apporté, c'est mon regard d'organisation. Je pense. Et mon rôle de manager » « Donc j'ai vu qu'on pouvait manager des gens même dans l'horreur parce qu'elle était paniquée cette dame, et lui montrer qu'elle n'était pas seule, que j'étais là et que je la soutenais, l'équipe entière la soutenait, ça lui a...ça l'a rassuré, et ça lui a permis qu'elle se révèle, et d'ailleurs elle était exceptionnelle après. »
Coordination des soins et relations publiques	
M7	« j'ai fait euh, plus de la coordination médicale... » « Enfin ce que tu gères, je veux dire, tu peux avoir des rendez-vous avec des ministres, tu vas avoir, très rapidement, hein, bon euh, parce que tu te retrouves à travailler dans des Etats » « inversement, tu te retrouves en pleine brousse avec des mecs qui n'ont rien, enfin, tu te retrouves à dealer directement avec les gens-là, à négocier »

M11	<p>« et puis le relationnel aussi, c'est-à-dire se retrouver incorporé avec des réunions d'autres institutions, faire des clusters etc. »</p> <p>« Cluster c'est des groupes d'institutions ou d'ONG, qui vont mettre en commun leurs connaissances en tous cas des différents évènements qui vont avoir lieu ou de leur projets actuels, pour essayer d'avoir au moins une activité à peu près cohérente, que chacun est en mesure de savoir ce que fait l'autre, à quel endroit, comment, et si tu peux avoir un support quelconque, ou s'il n'y a pas de redondances là-dedans quoi »</p>
	Gestion de projet : Logistique, Ressources humaines, etc.
M4	« bon moi je me renseigne sur le coût, sur la façon de le faire, est-ce que c'est utile, et après en partant j'ai un listing que je fais, que je laisse aux gens sur place, et quand je retourne un an après, je retrouve mon listing et je vois ce qui a été fait/pas fait, financé/pas financé, etc. »
M7	<p>« Tu t'intéresses aussi à tout ce qui est sécurité, environnement. Tu ne fais pas que de la médecine, tu fais beaucoup de ressources humaines »</p> <p>« Je ne sais pas comment on peut appeler ça, si c'est de la santé publique, je pense pas que ce soit le exactement le terme, mais tu fais de l'opérationnel médical. C'est comme ça qu'on appelle ça, oui. »</p>
M11	« tu as souvent quand c'est des petites missions et quand t'arrives pour faire une ouverture, tu fais de la pharmacie, tu fais de la ressource humaine, de toute façon c'est toi qui fait les recrutements euh médicaux et paramédicaux, euh tout ce qui est organisation des soins, les salles des soins, les commandes de matériel, les commandes de pharmacie, ça je te l'ai dit, et puis la participation à la mise en place euh, vraiment l'implantation du projet où tu participes »
Continuité de l'action	
	Poursuite de l'engagement
M1	« c'est la partie de mon travail qui se rapproche un peu de l'humanitaire quelque part, même si elle n'est pas étiquetée comme telle, qu'elle se passe en France et je soigne aussi des gens qui travaillent, mais aussi des gens qui n'ont pas de logement. C'est moitié-moitié. C'est quelque chose que je retrouve quand même dans mon quotidien. »
M4	<p>« on a vraiment une collaboration intéressante, on a envie de communiquer après »</p> <p>« Et on retourne au même endroit. Donc on voit si le travail a été fait entre deux missions. »</p>
M5	« c'est vrai que je partage plutôt ce côté là, et maladies infectieuses et tout ça, je pense que c'est bien aussi d'avoir des visions de plus long terme, des visions de développement. »
M7	« tu évolues vers quelque chose de plus professionnel où tu travailles ici au siège avec des voilà... à gérer des choses... tu vois les choses différemment » « c'était l'idée de faire carrière, y avait pas de fin »
M8	« Et tu dis « je veux revenir ». Et si je peux pas revenir, au moins je vais suivre le dossier. Il ne faut pas se désengager. Et pour pas me désengager, j'ai commencé à travailler dans la direction médicale de l'association. Donc du coup, c'est une autre manière de faire de l'humanitaire sans voyager mais en étant à cheval sur les dossiers difficiles. »
M9	« Nous, on a monté quelque chose qui se voulait durer. Mais est-ce que ça a marché ? Je pense que oui, parce que...j'avais...alors j'ai pas voulu être rétroactif, mais on m'a donné des nouvelles parfois, et on m'a dit que ce qu'on avait monté c'était...avait perduré et avait permis la reconstruction de l'hôpital »
FG	D5 : « Ca dans le choix des missions, c'est très important. Moi je retourne avec l'association de M car on sait qu'il y a un suivi médical tous les mois, mois et demi, deux mois. »
	Humanitaire en France
M1	« alors peut-être c'est des choses auxquelles j'ai réfléchi peut-être plus, euh...qui seraient en tous cas plus organisables pour moi, c'est de faire de la médecine humanitaire à Paris, tout simplement. »
M2	<p>« Déjà je continue à faire de la médecine humanitaire en France. »</p> <p>« En fait je suis en train de monter, enfin c'est bien monté maintenant, une consultation avec une association d'aide alimentaire aux personnes défavorisées dans la région »</p>
M5	« Oui, j'avais une activité en France quand même, on commence par son paillason. »
FG	D2 : « Oui, alors moi je me suis posé la question d'aller en faire à Calais, et je me suis dit « bah tiens, je travaille pas le mercredi, tous les mercredis je pourrais faire une demi-journée à Calais », mais...Calais c'est trois mois ou rien. »
	Formations au retour, spécialisation
M5	<p>« c'est l'une des ONG, c'est pour ça que je suis partie avec elle, qui a fait le plus de travail d'innovation, de recherche pour améliorer ses pratiques et faire ses protocoles qui pour une grosse partie des protocoles de l'OMS »</p> <p>« Après ce qui va m'intéresser, par la suite je me vois faire tout ce qui est recherche dans les pays du Sud. »</p>
M9	<p>« Bon, j'ai été formé après. »</p> <p>« Aujourd'hui, je suis reconnu comme un spécialiste dans l'organisation on va dire »</p> <p>« je suis censé repartir en Allemagne je crois pour le troisième et dernier niveau de formation, ce qui déjà me met dans les départs au niveau de l'Europe. »</p>

M11	« Donc c'est de la formation continue, des conférences, y a plein de formations, y a plein plein de choses que tu peux faire, mais c'est pas systématique, c'est plutôt quelque chose qui va se faire en général dans un second temps. »
-----	---

Prévention et Education en Santé

Problématique de santé publique	
M5	« le problème majeur au niveau santé pub' qui impact des millions de personnes, et euh...au final, la question que tu te poses ici au Nord de est-ce que je mets des corticoïdes en premier et tout ça, euh quel bilan exactement je fais (...), c'est pas du tout les questions que tu vas te poser dans le pays où le problème est plutôt de l'accès à l'eau et mettre des latrines, et mettre des lavoirs, et faire des distributions massives d'antiparasitaires, et euh... » « Ouais, ça a beau être la même maladie, entre santé individuelle et santé communautaire c'est pas du tout la même chose. »
M7	« Je ne sais pas comment on peut appeler ça, si c'est de la santé publique, je pense pas que ce soit le exactement le terme, mais tu fais de l'opérationnel médical » « tu te retrouves à travailler dans des Etats où finalement t'es un acteur, tu représentes ONG1 ou autre, mais tu un acteur important dans le domaine de la santé » « Tu t'intéresses aussi à tout ce qui est sécurité, environnement »
M11	« Tout ce qui est... pouvoir participer à essayer d'améliorer, en tous cas, de mettre en place un accès aux soins à des personnes qui ont pas, qui ont besoin de ce support là, à un moment particulier» « Sur une campagne de vaccination, où tu vas vacciner, je sais pas moi, 20.000 gamins, de la rougeole, et tu sais que ça aura une incidence sur la prochaine épidémie, tu vois. »

Prévention et Education à la Santé

M1	« la mission était de, d'augmenter le niveau de connaissances et d'améliorer le, la prise en charge des patients euh...ayant une dépendance à l'alcool. Euh, sachant qu'y a des problématiques de dépendance à l'alcool assez importante là-bas»
M4	« faire de la prévention, comment leur apprendre à se laver, donc en fait on fait un travail de prévention » « Donc ma fonction de médecin examinateur s'est transformé en médecin organisateur des visites, organisateur des préventions, nouveaux thèmes de prévention. » « Le côté prévention, et puis arriver à pérenniser des changements d'attitude »
FG	« D3 : Oui mais tu as besoin d'avoir des bonnes sœurs qui sont là et qui tiennent une structure...Il y a énormément de problèmes d'éducation à la santé...et de...et de suivi de traitements. »

Actions de Santé Publique

	Pénil oro-fécal
M4	« « bon on a une gastro, on va peut-être aller vérifier le réservoir à eau sur le toit. C'est pas le tout de traiter la gastro, il faut voir quelles sont les causes. » » Dépistage troubles de la vision
M4	« L'année dernière, j'ai mis en place un système de détection visuel, de troubles visuels. C'est-à-dire de détection de mal-voyants parmi les petits »
	Vaccination
M4	« Y a tout le côté vaccination, donc vaccination ce n'est pas de vacciner à la française, c'est se renseigner par un échange avec les médecins népalais, « comment ça se passe déjà la vaccination chez vous ? » »
M11	« Tu peux avoir d'un coup une épidémie et puis il faut mettre en place une campagne de vaccination, des choses qui n'étaient pas forcément prévues »
	Prévention des dermatoses
M4	« C'est comme l'éradication de la gale et des teignes : on met tout en place, on change les taies d'oreiller, on explique qu'il ne faut pas dormir deux par lit, euh...Et il reste toujours dix cas ! Bon, il n'y en avait des centaines avant...il n'y a plus que dix cas. A chaque fois les gens disent « Oh, mais on y arrivera jamais à l'éradiquer.. ! ». Mais en fait, déjà il faut se dire qu'il en reste dix, avec un peu d'humilité, c'est mieux que cent »
M5	« Alors t'as des trucs qui peuvent être évités, et t'as plein de dermatoses et tout ça, mais tu te dis c'est juste un problème d'hygiène. Mais avant de les traiter, il faut juste leur apprendre...enfin « leur apprendre à se laver », leur donner accès à l'eau et au savon, parce que c'est pas juste apprendre... »
	Palu
M5	« En gros, une fois que t'as développé ton test rapide pour le palu, comment euh...comment tu t'en sers là-bas, avec des agents communautaires ou pas. » « Mais pareil, les moustiquaires, la moustiquaire c'est pas une invention d'hier, pourtant ça fait que depuis cinq ans qu'elles sont largement distribuées parce qu'on a vraiment prouvé l'efficacité sur le palu »

Approche centrée patient	
Prise en compte de la culture dans la relation médecin-patient	
M1	« Oui, ça change déjà le regard, parce que la relation au médecin est quand même relativement différente dans les autres pays. »
M2	« De pas oublier de les prendre en charge, ou quelqu'un qui aurait le même niveau de vie que nous et qui aurait les mêmes attentes que nous, et de pas oublier qu'il ne pense pas la même chose que nous, et qu'ils ont des attentes particulières, une culture particulière. »
M4	« Moi j'ai beaucoup aimé, on a vraiment une collaboration intéressante, on a envie de communiquer après. Et ça c'est un échange culturel quand même. Euh... Donc ça, c'est vraiment passionnant. »
M11	« c'est pas les mêmes personnes, c'est des contextes culturels qui sont très différents et euh sur lesquels on peut aussi être intéressé et se retrouver. »
FG	D4 : « Quand on voit les populations maghrébines, elles ont une façon particulière d'exprimer leurs symptômes, qui n'a rien à voir... Là aussi on a un décalage, donc il faut arriver nous à être en phase avec le patient... sinon ça va mal se passer au niveau de la relation. On va dire « ils nous fait chier à se plaindre tout le temps, avec tous ses symptômes où on ne sait pas ce qu'il a... », parce qu'il a une façon de s'exprimer qui est différente, et quand on a compris comment ça fonctionnait, on revient à faire de la vraie médecine. Mais si... il faut casser cette barrière culturelle qu'on peut avoir. » D5 : « Déjà ici, on a du mal. Parce que ça fait déjà 20 ans qu'on est installé, et il faut toujours faire un effort, et essayer de comprendre les gens. Autant te dire que là-bas, euh... la symptomatologie malgache et dans tous les pays où on va aller, il y a toute une partie qui va complètement nous échapper... »

Approche globale, complexité	
Complexité : du terrain, des crises locorégionales, des crises mondiales	
M2	« Faut pas rester dans son cocon quoi. Faut avoir une vision de tout ce qui existe, une vision du monde, faut pas rester dans ses quatre murs. »
M5	« t'as des conversations complètement futiles, et là la conversation devient tellement... par l'essentiel de l'humanité et de ce qui se passe à travers le monde » « enfin, tu te sens vraiment au cœur de... au cœur de ce qui se passe »
M7	« J'ai vu des choses hallucinantes, j'ai compris, si tu veux, comment une bonne partie du monde fonctionne. » « Et puis à comprendre aussi, je veux dire, ce qui se passe dans le monde, quoi, la souffrance, les guerres etc. non, je veux dire, c'est plus que juste des informations à la télé, tu vois ce que c'est, ce que ça signifie. »
M10	« Ouais, c'est marrant. Ça part vraiment d'un idéal, et puis quand tu confrontes au terrain tu te rends compte de la complexité des enjeux »
FG	D3 : « Oui, ça fait du bien de voir le monde comme il est et euh... enfin moi, ça me... j'aime bien avoir ce regard là pour ici. »
Aller à l'essentiel	
M1	« Donc c'est vrai que c'est quand même des choses qui font que, permettent aussi de, d'améliorer, ou de relativiser certaines choses, de l'indispensable au moins indispensable. »
M2	« je pense que c'est ça, ouais, plus une façon de voir les choses, un état d'esprit, plus prendre le temps et puis, prioriser ce qui est important et ce qui l'est moins. Hiérarchiser ta prise en charge, et ne pas oublier ce que les gens sont. »
M4	« Exactement, c'est se dire, « quel intérêt ? », qu'est-ce qu'il va y trouver comme, comme... il souffre ? oui, bon ok on va le soulager. Au-delà de ça, restons raisonnables dans les indications »
M5	« t'es pas sur des petites choses à la marge, t'es vraiment sur l'essentiel. »
M6	« Tu t'aperçois qu'avoir une attitude empathique, même de les écouter parler, on sait leurs symptômes même si des fois ça te faisait sourire, et c'est là que tu vois la force de l'écoute »
FG	D4 : « D'aller un peu plus à l'essentiel avec les patients. » D5 : « Moi je trouve qu'au niveau médical, c'est retrouver une vraie relation, que je trouve qu'on perd un peu des fois »
Prendre le temps	
M2	« Qu'est-ce que ça m'a apporté ? Euh... L'envie de prendre le temps. » « je pense que c'est ça, ouais, plus une façon de voir les choses, un état d'esprit, plus prendre le temps »
M5	« Et après, c'est aussi la patience. »
M6	« Et puis, prendre le temps. » « Et cette notion de l'abolition du temps, là-bas moi ça a été, un baume. » « Avant, je me serais énervé, des patients qui me l'ont dit au début, mais je ne montre plus ce côté stressé »
M9	« j'ai pu vérifier qu'il était rarement urgent de se presser » « Et qui me sert tous les jours. Je suis encore plus organisation qu'avant. Je prends le temps de réfléchir. Je dis aux gens de ne pas se presser, dans tout ce qu'on fait. »

Réflexion éthique	
	Ethique médicale
M4	« Quelque soit la technicité, on est confronté aux mêmes questions que ce soit au fond de l'Himalaya ou au centre de Lyon où on a une technicité autours qui est de premier ordre, les questions fondamentales restent les mêmes. » « Exactement, c'est se dire, « quel intérêt ? », qu'est-ce qu'il va y trouver comme, comme...il souffre ? oui, bon ok on va le soulager. Au-delà de ça, restons raisonnables dans les indications »
M5	« t'avais des questions éthiques individuelles, sur la prise en charge de tel ou tel patient, après t'avais des questions d'éthique collective, pas exemple on faisait le dépistage systématique du VHB pour les femmes enceintes et pour les dons du sang.» « Tu vois, y a plein de...de...plein de fois où tu te poses des questions, beaucoup plus d'ailleurs qu'en France parce que t'as les ressources limitées »
M10	« Et puis même le côté éthique de réanimer ou non des nourrissons » « et toutes ces questions là, finalement tu...y a pas de réponses, y a pas de staff collégial ou de...donc tu te retrouves seule avec des questions qui touchent à la vie, à la mort, à la réanimation, que je ne maîtrisais pas du tout, et ça c'est...ouais, c'est très inconfortable »
FG	« D2 : bah je veux dire...On s'est dit « Qu'est-ce qu'on fait ? On la prend en charge ? On la réanime ? », bon bah voilà... D4 : C'est des questions qu'on se pose à toutes les missions quand on a des cas comme celui-là »
	Rapport à la mort
M6	« La mort fait partie de leur quotidien, ils ont un taux de mortalité infantile très élevé, et ils ont un regard vis-à-vis de la mort qui est pas du tout le même que nous , la mort de notre enfant ... Eux, j'ai trouvé ont une Résignation, une Acceptation de la mort. Et j'ai de l'admiration, moi je t'avoue que...C'est à des lumières de leurs préoccupations. »
M8	« Bien que la mort là-bas a un sens totalement différent que pour nous, mais bon. »
M9	« J'ai une réserve sur l'humanitaire : on veut sauver tout le monde mais finalement ça fait partie de leur équilibre qui vit qui meurt, c'est peut-être violent mais pour nous » « Une des premières patiente opérée, et elle décède dans la journée. On a prévenu sa mère dans le camp, qui est venue. Au moment du décès, elle a eu une réaction très forte, elle a crié, hurlé. Puis au bout de quelques secondes, elle s'arrête. » Ils ont ensuite recherché la mère dans le camp pour savoir si elle voulait récupérer le corps de son enfant, et ce qu'elle voulait faire. Il l'a trouvé rigolant, souriante, jouant avec ses deux autres enfants. La mère lui répond alors : « Elle est partie, elle est morte, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? C'est la troisième enfant que je perds, il faut encore que je m'occupe des deux autres qui restent. » »
M10	« Mais y a beaucoup plus, pas forcément de fatalité...c'est-à-dire Inch'allach et advienne que pourra, mais une certaine humilité face à la vie, le fait que la vie est un don, un cadeau, et pas un dû, et que la maladie et la mort ça arrive et ce n'est pas forcément contre nature »
	Rapport à la vie
M6	« Et puis, y a une chaleur ! C'est des gens... (...)Alors que là-bas, tu vas dans les marchés, tu vas dans les villages, les gens viennent vers toi, ils ont tous le sourire, et pourtant quand tu les vois tu te dis...ils n'ont rien sur eux, ils ont juste un pagne, dans le village on a vu des trucs comme ça, et pourtant ils sont prêts à te donner tout ce qu'ils ont. »
M10	« Ce côté un peu insatisfait, là-bas culturellement c'est autre chose. Là-bas ils ont beau avoir des conditions de vie hyper précaires, très peu de possession matérielle ou de...des salaires très bas, il y a toujours des joies très simples, et ça c'est des choses qu'on ressent moins ici »
FG	D4 : « alors que dans ces sociétés là, qui sont plus traditionnelles, on peut imaginer que c'était peut-être comme ça dans nos campagnes il y a un siècle, et bien il y a une solidarité...il y a une solidarité entre les gens. Un homme malheureux qui ne sait pas marcher, et bien on va le porter, on va lui amener sa bouffe, on va le...il sera intégré dans le village. »

Professionnalisme	
	Responsabilités
M5	« C'est plus que sur place tu vas avoir des responsabilités, que ça soit en médecine ou dans les autres secteurs humanitaires, quelque part beaucoup plus importantes, quelques fois même trop importantes par rapport à ton niveau, euh... par rapport à l'activité que t'aurais en France. »
M7	« assez rapidement tu vas prendre des responsabilités alors soit au départ au sein d'un projet avec une équipe médicale où tu vas encore exercer, et puis petit à petit tu prends de plus en plus de responsabilités »
	Gestion du stress
M5	« quand d'un seul coup c'est toi qui doit prendre la décision, tu te contentes très bien du simple et le cas grave te fait plus flippé. Donc voilà, c'est sur que d'avoir la responsabilité ça te met dans une autre position. »

M6	« Avant, je me serais énervé, des patients qui me l'ont dit au début, mais je ne montre plus ce côté stressé »
M7	« quand on est dans une situation difficile, c'est-à-dire honnêtement...où tout le monde est en train de crever autour de toi, hein, ben voilà, il faut être clair, euh, que t'as été extrêmement pressurisé ou voilà, souvent, en ce qui concerne ONG1, c'est aussi dans ces situations-là où l'organisation est la plus performante. »
M9	« Donc j'ai vu qu'on pouvait manager des gens même dans l'horreur parce qu'elle était paniquée cette dame, et lui montrer qu'elle n'était pas seule, que j'étais là et que je la soutenais, l'équipe entière la soutenait, ça lui a...ça l'a rassuré, et ça lui a permis qu'elle se révèle, et d'ailleurs elle était exceptionnelle après. »
M10	« le fait d'avoir vu des patients graves là-bas, je pense que ça m'aura un peu déstressé pour ma pratique ici » « Mais c'est après coup que je me rends compte que peut-être que c'est moins stressant de faire ce que j'ai fait là-bas dans ces conditions là-bas, par rapport à... ici »
Confiance en soi	
M5	« Tu gagnes en maturité médicale. » « En confiance en toi pour prendre en charge des patients. »
M7	« Et puis après voilà, quelque part tu gagnes un peu confiance quoi »
M10	« j'ai pris un peu d'expérience, un peu d'assurance en moi »
Humilité	
M1	« après si on veut vraiment essayer de comprendre ce qu'il se passe, il faut vraiment beaucoup beaucoup se poser de questions, et beaucoup beaucoup d'humilité, beaucoup de remise en question pour ne pas être à côté »
M2	« Envie de pas oublier que à chaque fois, on a des gens en face de nous. »
M4	« A chaque fois les gens disent « Oh, mais on y arrivera jamais à l'éradiquer... ! ». Mais en fait, déjà il faut se dire qu'il en reste dix, avec un peu d'humilité, c'est mieux que cent. On n'est pas les rois du pétrole non plus »
M6	« Finalement, ça te fait prendre beaucoup de recul sur toi, sur ton humanité, euh...dans le mot « humanité » j'entends... la petite place qu'on occupe, et il faut savoir rester à sa place. Ouais, c'est de rester à sa place » « Donc ça, ça aide. Revenir très humble. L'humilité en médecine, c'est... à mon sens, une des qualités primordiales, avec la curiosité. »
M7	« Et puis, il faut être humble. »
M9	« On reste après très humble... »
M10	« Ça donne une certaine humilité aussi » « mais y a beaucoup plus, pas forcément de fatalité...c'est-à-dire Inch'allach et advienne que pourra, mais une certaine humilité face à la vie »
FG	« Par contre, est-ce que ça aide en revenant ? D3 : L'humilité »
Empathie ou non	
M6	« C'est là où tu mesures...je dirais...toute l'empathie que doit avoir un médecin, vis-à-vis des patients. »
FG	D4 « Et euh, ouais...C'est pas un plus pour les patients, je suis un peu plus on va dire « rèche » avec eux. Quand ils se plaignent de conneries, j'ai tendance à les envoyer bouler »
Projet professionnel	
M5	« Après ce qui va m'intéresser, par la suite je me vois faire tout ce qui est recherche dans les pays du Sud. » « Et c'est vrai que tu vois plein de choses qui peuvent être faites...pas...pas découvrir un nouveau test de diagnostic, pas découvrir un nouveau traitement, mais comment appliquer les innovations qu'on a déjà, comment les mettre à disposition des populations locales. »
M7	« Je suis reparti parce que pour moi, pour le coup, c'était l'idée de faire carrière, y avait pas de fin »
M10	« c'est intéressant d'avoir ce côté un peu polyvalent en début de carrière pour voir après ce qui me plaît plus. » « la tuberculeuse-VIH, je veux creuser ces domaines, ça m'intéresse » « je disais que c'était un peu une mission test pour savoir si j'aimerais bien faire ça à un peu plus long terme »

LIMITES	
Dénouement	
Manque de moyens matériels	
M1	« Et avec un nombre de médicaments qui est extrêmement restreint »
M2	« tu te retrouves à faire de la médecine de débrouillage, avec tes petites mains »
M5	« Entre la clinique et quelques tests rapides, t'avances mais tu te retrouves vite bloqué »
M6	« Et puis, ce qui était émotionnellement difficile, c'est le manque de moyens dont tu disposes »
M8	« une radio comme quand j'étais interne, une radio trempée dans le produit que tu fais sécher. »

M9	« Tu veux des ECG pour opérer des gens, tu n'en auras pas, tu veux de la biologie, tu n'en auras pas, tu veux... Si tu me jettes encore un milligramme de morphine, c'est dehors. » »
M10	« c'est juste qu'on a géré tant bien que mal, mais euh...avec les moyens locaux, donc plus mal que bien peut-être... »
FG	D6 : « on n'avait aucun moyen technique à part des perf', on la prenait avec nous ou on la laissait tomber et elle allait mourir »
Manque de moyens humains	
M1	« en sachant que y a un médecin pour un nombre incalculable de patients dans la prison »
M2	« je te laisse imaginer que c'était 50 consultations par médecin par jour, donc tu fais vraiment de l'abattage. »
M4	« il y avait un échographe mais qui n'a jamais été ouvert parce qu'il n'y a personne pour le faire marcher »
M5	« T'as un manque de moyens humains quand même »
M9	« on n'avait plus de chirurgien ortho ni d'anesthésiste, bon pour l'instant les seules anesthésies qu'on faisait c'était nous médecins urgentistes qui les faisons sans oxygène, pour quelques petits blocs »
M10	« là en Afrique, ils ont beaucoup de mal à recruter des médecins locaux parce qu'avec les conflits récents, (...) il n'y a pas beaucoup de médecins qui sont diplômés tous les ans, en tous cas moins que les besoins l'exigent »
M11	« Alors les médecins syriens, y en avait pas. Il n'y en avait plus. » « Comme dans à peu près tous les pays d'Afrique il y a une carence de médecins »
FG	« D2 : A mon avis M, c'était de la médecine...c'était nous ou personne de toutes façons. »
Difficultés d'accès aux soins	
M4	« Le premier hôpital était à quatre heures de route et c'était un petit hôpital de campagne comme on en voit plus en France »
M5	« Il n'y avait pas de chirurgie sur place donc c'était à trois heures de route qu'on pouvait référer et globalement c'était de la chirurgie digestive de base et les césariennes »
M6	« je veux dire l'écho c'est pas envisageable... »
FG	« Enfin, moi je trouve qu'au C, ce n'est pas tellement de médecins dont ils ont besoin. Ils ont besoin d'avoir un système de santé cohérent... »
Frustration	
Sentiment d'impuissance	
M1	« On était tellement petits dans la masse de ce qu'il fallait faire. »
M2	« y a quand même un moment où tu vois des trucs difficiles en consultation et puis que tu ne peux rien faire »
M6	« Finalement, tu t'aperçois que c'est à peine une demi goutte d'eau dans un océan. »
M8	« la frustration qu'on peut éprouver en rentrant et l'impuissance. »
M9	« et ça fait parti des choses qui étaient horribles, de savoir qu'on pouvait offrir une chance, une chance, pas sûr qu'elle survive d'ailleurs, à cette jeune fille et son papa allait à l'encontre de ça, et on ne peut rien. »
M10	« C'est vrai que j'ai été confronté à beaucoup plus de pathologies graves là-bas en Afrique en 6 mois, et d'ailleurs souvent on était impuissants, ça c'était assez dur. »
FG	« D3 : Un message à donner : c'est compliqué d'être efficace. Un médecin une journée sur un site, c'est compliqué d'avoir la prétention de résoudre beaucoup de problèmes... »
Insatisfaction	
M2	« Et puis voilà, super, elle a une boîte d'Amlor, allez pour un mois. Et puis après ? Tu vois, et après ? T'a fait ça, et après à quoi ça a servi ? Donc tu vois dans les difficultés aussi, c'est... »
M5	« t'es utile mais t'as quand même le nez dans le guidon, et donc...t'es utile à faire tes petits soins à la chaîne... »
M6	« J'en ai vu un enlever un corps étranger rond dans une oreille de gamin, et on l'avait un peu shooté au valium, et je pense que...il a réussi à enlever le corps étranger mais il a dû lui fusiller le tympan. »
M9	« Là-bas, on a eu le sentiment de faire quelque chose pour une fois, je dis bien pour une fois, très bien. Et avec le recul historique, ce qu'on a fait à Haïti c'est pourri »
M10	« tu ne sais pas quoi faire d'autre pour qu'il s'améliore, donc tu te sens impuissant et inefficace »
FG	D3 : « Je veux dire, l'organisation n'est pas optimum. Là où y avait des bonnes sœurs, c'était extraordinaire. Là les gens étaient suivis, tout le monde allait bien. Quand tu vas dans un village où il n'y a rien, tu y vas une journée où tu vois un neuropalu qui est dans un coma profond, et que tu le vois à 6h du matin, et que tu t'en vas à 17h parce qu'il faut qu'on s'en aille... ça pose problème quoi. C'est pas satisfaisant. »

Sentiment d'incompétence	
M7	« tu connais rien à la médecine de là-bas, t'as jamais vu un gamin déshydraté, tu sais rien, donc bon, t'apprends vite (rire), t'as pas trop le choix »
M10	« Donc, le fait de découvrir tout une partie des pathologies sur place, c'était un peu...forcément c'est stressant au début, tu te sens incompétent en fait » « ce côté de savoir que tu n'as pas les compétences et qu'y a que toi pour essayer de faire quelque chose que tu ne sais pas bien faire, ça c'est quand même assez perturbant et ça mine un peu au début »
FG	D2 : « C'est un peu le défaut. C'est que comme on est... Bah, on fait ça une fois par ci par là, une fois par an, deux fois par an...euh...on n'est pas, faut reconnaître, d'une compétence parfaite en médecine tropicale, par rapport aux gens qui font ça... »
Solitude	
M2	« Y a un moment où tu es dans ton lit et tu fais « pfff, je ferais bien un câlin à mon mec là quand même », parce que bon, pfff, t'en as lourd quand même, mais euh... »
M4	« On sent que ça coupe avec une certaine solitude personnelle. »
M5	« bah là toi t'es un peu obligé d'être confronté au truc et te dire maintenant bah voilà il faut prendre une décision. »
M9	« Euh...mais...comment on a monté notre hôpital ? On était seuls. »
M10	« Tu te retrouves seule avec des questions qui touchent à la vie, à la mort, à la réanimation, que je ne maîtrisais pas du tout, et ça c'est...ouais, c'est très inconfortable »
M11	« Il faut être beaucoup plus débrouillard, y a personne, t'es pas dans un truc très structuré, même si c'est quand même relativement structuré, mais c'est toi qui fais la structure en général, en tous cas, dans quelque chose d'assez limité »
Action ponctuelle	
Manque de pérennité	
M2	« Ouais, dans les limites de la mission, tu as ça quoi. Tu te dis, tu fais quelque chose, à un moment vraiment précis quoi, où tu pars une semaine avec tes petits moyens, t'a l'impression que tu veux faire bien les choses, et puis finalement est-ce que tu rends service aux gens ? C'est la vraie question quoi ! »
M5	« une sorte d'assurance maladie ou un truc pour assurer une pérennité au lieu de tout financer et de faire que le jour où ils ferment bah...bah en fait, soit disant ils veulent faire une passation, mais en fait la passation se fait pas parce qu'ils ne prennent pas le temps. »
M6	« Oui, oui, moi je l'ai vécu comme une erreur, je m'en suis voulu. Que tu en amènes pour ton propre groupe, oui. Il faut les acheter sur place. »
M7	« Et puis quand tu pars, oui tout se casse la gueule, mais peut-être pas tant que ça »
M9	« On n'a pas fait comme l'armée américaine, ils ont fait trois jours, ils prenaient des cas et après ils partaient, et après il y avait plus rien »
FG	D3 : « C'est pour pointer du doigt que si tu viens faire un petit coucou quelque part et que tu t'en vas, ça n'a aucun intérêt. » D4 : « le mieux c'est un suivi. »
Prise en charge des pathologies chroniques	
M2	« Et puis voilà, super, elle a une boîte d'Amlor, allez pour un mois. Et puis après ? Tu vois, et après ? T'a fait ça, et après à quoi ça a servi ? »
M5	« Bah tout ce qui est chronique tu vas traiter la crise d'asthme mais pas le traitement de fond, voilà...tu traites pas le chronique »
FG	D4 : « Bon après, y a du diabète. On a vu énormément de diabète au C. C'est une pathologie lourde ici...là-bas...là-bas...(...) On leur fait leur...leur glycémie...ils vont prendre trois médicaments à la pharmacie du coin et puis ça s'arrête là... » D1 : « Où on était complètement dépourvu, c'est sur le plan psy. Sur le plan psy. Parce qu'on a quand même vu des vrais cas de dépression, et là y a rien à proposer. A part leur donner deux trois comprimés...et de toutes façons, y a pas d'antidépresseurs dans la pharmacie. Et puis, y a pas de psychologue, enfin... Moi je me souviens avoir vu vraiment des détresses et là...on s'est senti vraiment... »
Choc psychologique	
Psycho traumatisme	
Traumatisme psychologique	
M6	« le pire truc qui me soit arrivé c'est de voir un matin, une maman au dispensaire, qui est arrivée avec un gamin qui morphologiquement faisait trois mois, j'ai regardé son carnet de santé : neuf mois.(...) »
M9	« on ne reste pas insensible à ce type de catastrophe. Et je ne suis pas encore prêt à repartir, même si ça fait six ans. » « Oui, tout ça, ça laisse des traces. » « les médecins je parle, les médecins ont assez souvent été psycho-traumatisés, et je dois en faire partie »

	« Je suis incapable d'ouvrir une télévision qui parle d'Haïti. »
	Mécanismes de protection
M9	« Ils ont eu la possibilité de faire des actes de secourisme, infirmiers ou médicaux purs et durs, et là quelque part il y a une protection classique parce que on revient à son métier. » « parce que j'ai fait une coupure après. Je crois qu'on est beaucoup à être comme ça. Après une intervention d'ampleur. » « Mais, les gens qui ont été dans le DICA ont eu du temps de débriefing après. Nous aussi, mais un peu moins. »
Choc d'une première expérience, Naïveté initiale	
M1	« Alors, euh, c'est pas forcément facile ni très confortable ces changements, enfin je veux dire cette vision n'est pas forcément agréable, ce n'est pas que du plaisir d'aller voir ça. »
M2	« Quand tu vas en mission humanitaire, excuse-moi de l'expression, mais « tu en chies, tu en chies vraiment ». »
M6	« J'ai l'impression que les premières années, les deux premières années en particulier, je suis un peu allé faire le « cow-boy ». »
M7	« À partir d'un moment, tu arrives finalement naïf avec finalement pas mal de clichés... » « Au départ t'es... tu as pas de recul, tu prends tout en pleine face »
M9	« Mon premier contact m'a montré que l'humanitaire était brutal »
M10	« J'ai eu une grosse phase d'adaptation d'un mois, un mois et demi, où j'espérais presque avoir un palu pour être rapatriée en métropole parce que je voulais pas partir. Je me disais : "je suis venue, faut que je reste, et je peux faire face" »
FG	DI : « moi j'avais peur de...du choc, de la misère...et puis aussi des grosses pathologies qu'on pouvait trouver...ça me faisait peur aussi. »
Facteurs favorisant/aggravant	
Confrontation à des situations à risque : violence, souffrance, mort	
M9	« C'est probablement des choses qui ont... qui comme elles ne sont pas notre naturel, font que ceux qui ont dû faire ça, ou ceux qui ont dû choisir parmi tel ou tel enfant, choisir ceux qu'on évacuaient et ceux qu'on évacuaient pas, ça laisse.... » « Bon, passer un moment, il n'y a plus de vivants »
M6	« (...) Elle était dehors avec le pied à perfusion, avec son gamin dans les bras, et elle est arrivée vers 7-8h du soir, son gamin était mort. On lui a enlevé la perfusion et elle est repartie avec le corps de son enfant dans un linge vers son village. »
M8	« Donc la petite à quatre pattes, c'est elle qui se chargeait de faire à manger à son père, à ses sœurs, complètement déscolarisée, désocialisée » « C'est violent ça, c'est très violent. »
Rupture brutale avec le quotidien	
M9	« Et certains comme moi ont été projeté dans des actions qui n'ont rien à voir avec le quotidien. »
M2	« Quand t'es sur place, t'oublies un peu ta vie habituelle »
Manque de préparation et de formation	
M9	« Non, parce que euh... On est... on est... peut-être on nous a pas assez préparés à voir ça » « Il faut l'avoir, je pense, il faut l'avoir plus anticipé que moi je n'ai pu l'anticiper. »
Poids des responsabilités accrues et manque de reconnaissance	
M9	« Et choisir de guérir telle ou telle personne, et donc choisir de ne pas guérir telle ou telle personne, ou moins, parce que finalement tout le monde est guéri, mais choisir le temps dans lequel ils vont être guéris, et expliquer à certains que bon on le verra pas aujourd'hui, on ne le rentrera pas dans l'hôpital aujourd'hui » « moi je fais partie de ceux qui ont rien, rien eu. »
Choc culturel	
Choc culturel	
M2	« Tu te retrouves avec des gens qui ont une culture différente, qui ne pensent pas la même chose que toi, qui n'ont pas les mêmes priorités que toi, et t'a envie de retranscrire ce que toi tu fais, euh...habituellement mais dans un autre pays, alors qu'en fait ça n'a juste rien à voir. »
M6	« Et ça fait partie de leur culture c'est pas une critique, ça fait partie de leur culture. »
M8	« il faut respecter les locaux, ça fait parti du choc culturel. »
M9	« La mère lui répond alors : « Elle est partie, elle est morte, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? C'est la troisième enfant que je perds, il faut encore que je m'occupe des deux autres qui restent. » »
FG	D5 : « Déjà ici, on a du mal. (...) Autant te dire que là-bas, euh...la symptomatologie malgache et dans tous les pays où on va aller, il y a toute une partie qui va complètement nous échapper... »

Syndrome de retour (Contre-Choc culturel)	
M2	« Et puis, bah du coup quand tu rentres en France, et ben... Tout ce que t'as vécu là-bas, tu le reprends en pleine face. »
M9	« Quand je suis revenu, les choses dans ma famille ne se sont pas hyper bien passées, euh...Je suis allé même jusqu'au divorce par la suite. Je ne suis pas sûr qu'il n'y ait pas des liens avec tout ça. Donc j'ai bien morflé dans le truc »
M11	« Y a pas mal de personnes qui, euh, en fait y a un peu tout, y a des gens qui vont être un petit peu déçus parce qu'ils vont trouver que c'était pas pertinent, le boulot qu'ils ont fait n'était pas complètement, enfin ils n'étaient pas trop d'accord, ou il y a eu des problèmes sur le terrain parce que ben, parce qu'il y a aussi un facteur humain »
FG	D2 : « et puis, tu rentres, t'essayes d'y réfléchir deux secondes, et puis là-dessus tu as la dure réalité quotidienne qui reprend le dessus...et puis...t'écris à la fac pour savoir s'ils peuvent être reçus...et puis bam... »

Difficultés du terrain

Fatigue	
	Fatigue physique
M2	« Le soir, je peux te dire, tu vas boire un coup avec tout le monde pour décompresser mais t'es lessivée. »
M3	« Mais quand tu reviens c'est fatiguant quand même. Je me souviens, moi je suis revenu, j'avais perdu cinq kilos, j'étais...j'en avais marre à la fin, tout le monde, comme tout le monde. »
M5	« Sur place tu te retrouves, voilà t'es trois médecins bah, t'as une garde toutes les trois nuits, tu gères ton truc, t'as le cyclone qui passe, t'as l'hôpital à fermer, euh... t'as enfin...voilà...t'as...On a fait des journées jusqu'à 170 consultations par jour, enfin t'as du débit, des patients graves »
M6	« Alors, tous les jours avec les consultations du dispensaire, ça fait des grosses journées, ça fait des bonnes journées de boulot. C'est... C'est fatigant. »
M7	« Le rythme fait que on va pas demander aux gens de rester 6 mois dans un, le rythme et les conditions quoi. Donc en général on te demande de rester pas longtemps. »
	Fatigue psychologique
M2	« quand tu vas en mission humanitaire, excuse-moi de l'expression, mais « tu en chies, tu en chies vraiment ».
M7	« quand on est dans une situation difficile, c'est-à-dire honnêtement...où tout le monde est en train de crever autour de toi, hein, ben voilà, il faut être clair, euh, que t'as été extrêmement pressurisé »
M10	« j'ai eu une grosse phase d'adaptation d'un mois, un mois et demi, où j'espérais presque avoir un palu pour être rapatriée en métropole »
Conditions de vie	
	Manque de confort
M3	« C'est difficile quand même, tu es dans des conditions...c'est pas le 5 étoiles, il fait chaud, tu bouffes mal, euh...pfff...t'as les autres qui ronflent, donc c'est difficile, c'est pas...non c'est difficile. »
M4	« Bon là, c'était... pas l'enfer, mais... c'était cinq jours de voyage, on a fait douze heures pour faire quatorze kilomètres...la fin, c'est dans la boue, la mousson... Ca c'était l'aventure ! (rire) Un peu essoufflé, un peu de tachycardie avec l'altitude. »
M5	« alors tu peux être sous une tente à 40° au Sud Soudan, c'est pas forcément super agréable, mais souvent t'as quand même un minimum de confort »
M6	« c'est quelque chose de...enfin, c'est in-des-crip-tible ! Honnêtement... Indescriptible de saleté... »
	Isolement
M4	« Pas de moyen de communication pendant dix jours. Là-haut, pas de portable, rien »
M8	« C'est à un endroit vraiment isolé »
FG	D6 : « Les villages où on est allés à M...en fait, on descendait un fleuve, en bateau...donc on s'arrêtait de village en village...et on était dans des villages qui étaient totalement inaccessibles par la route. »
	Promiscuité
FG	D4 : « On se connaît, on a une équipe, on se connaît. Parfois, tu tombes sur des gens bon... l'alchimie ne se fait pas. C'est comme sur un bateau, tu vis quinze jours avec des gens, avec une certaine promiscuité quand même... »
	Sécurité
M8	« Aujourd'hui il y a la drogue, la cocaïne, et la production de cocaïne pour le trafiquant quoi, donc c'est un endroit qui est chaud quand même »
M9	« Vous vous réveillez à 5h du matin avec des tremblements comme ça, personne ne tient debout, ça hurle de partout. »
M11	« Non la première a été écourtée, on s'est fait sortir pour des raisons de sécurité »

	Sanitaire
M6	« On a eu quand même euh...on a quand même eu deux, trois personnes qui nous ont fait des diarrhées mais euh... monumentales, et plus que monumentales, où je me souviens une nuit on en a quand même perfusé deux. »
M8	« Je suis venu à l'hôpital, et en effet j'avais perdu dix kilos en sept jours, je ne mangeais plus rien, je ne savais pas ce que j'avais, tout au début je me suis dit que c'était le palu, une méningite virale, mais bon depuis...et donc j'ai eu la Fièvre de Mayaro. »
Perte de repères : difficultés d'adaptation	
M2	« Quand t'es sur place, t'oublies un peu ta vie habituelle, mais en même temps t'a envie de retranscrire ce que tu fais habituellement mais dans un autre pays, alors qu'en fait ça n'a juste rien à voir. »
M7	« Les gens ils perdent aussi leur... c'est assez intéressant, les gens perdent leurs repères. »
M9	« Et certains comme moi ont été projeté dans des actions qui n'ont rien à voir avec le quotidien »
M10	« Qu'est-ce qui a été difficile ? Déjà, découvrir les collègues, le lieu de vie, s'adapter à cette nouvelle manière de vivre. Et découvrir tout un pan de la médecine que je ne connaissais pas »
Corruption	
M5	« un infirmier auquel je pense, super sympa et tout ça, enfin voilà, maintenant il est allé, enfin il a monté, il a repris un centre de santé publique mais dedans il se fait ses consultations privées comme il font tous là-bas... »
M6	« Parce que la première chose, c'est que y a certainement un pourcentage que je ne peux pas chiffrer de médicaments qui va dans la rue, soit euh... »
M7	« Heureusement, beaucoup de nos collègues africains, qui finalement rentrent à ONG1, et qui ne peuvent pas travailler chez eux parce que c'est tellement corrompu. »
M8	« Les espagnols m'avaient dégouté un petit peu parce que je ne savais pas trop finalement comment il s'en servait de l'argent. »
M9	« quand vous allez sur l'humanitaire y a du pour et y a...y a des gens qui se font un fric fou. C'est pas beau. »
FG	D4 : « Là on parle pas du C, mais à M le pouvoir politique refuse que dans les dispensaires il y ait des gens qui relaient l'action humanitaire »
Complexité : enjeu, contexte politique, utile ou délétère ?	
Contexte politique, économique, diplomatique	
M5	« Initialement, ils étaient allés là-bas parce qu'y avait une crise politique en 2009, qu'y a des cyclone de temps en temps et ce genre de trucs, mais globalement c'est un problème de pauvreté. »
M9	« on a su qu'on pouvait évacuer en France, enfin dans les DOM TOM, par un bateau militaire, des enfants. Parce qu'il y a des choix politiques, diplomatiques, il fallait montrer que la France soignait des enfants »
M11	« Alors les médecins syriens, y en avait pas. Il y en avait plus. » « C'étaient que des hommes, qui revenaient, qui étaient aussi migrants quoi (...). Mais je crois que ça ne l'a jamais fait, c'était trop compliqué, et puis ils étaient des cibles importantes. »
FG	D2 : « Parce que M c'est plutôt dégradé sur le plan politique et organisationnel » D4 : « Et donc, même quand on arrive dans la capitale, euh...y a dix ans c'était pareil. C'est le marasme. »
Complexité de l'enjeu et questionnement (utile ou délétère ?)	
M1	« C'est un vrai métier, il faut le découvrir, le comprendre, savoir finalement réellement ce qu'on fait, où on va, pourquoi, comment...se poser énormément de questions » « voilà, l'anecdote ça serait d'avoir au moins pu effleurer, que de me dire « mais en fait, il ne suffit pas d'arriver avec ça bonne volonté ». »
M2	« t'a l'impression que tu veux faire bien les choses, et puis finalement est-ce que tu rends service aux gens ? C'est la vraie question quoi ! »
M5	« Ça veut pas dire que des fois tu poses pas la question de « pourquoi le projet ? », « qu'est-ce que ONG1 fait ici ? », ça on se l'est posé. »
M9	« On les aurait laisser tranquilles, ils se seraient peut-être débrouillés tout seuls. Je sais pas. Je ne saurai jamais » «mais l'humanitaire d'urgence euh...est-ce que ça a fait la preuve de son efficacité...? » « Bah c'est-à-dire qu'aujourd'hui...par l'expérience que j'ai, et par l'expérience de Haïti avec le choléra etc...je...oui, je ne veux pas être un poids. »
M10	« Ça part vraiment d'un idéal, et puis quand tu confrontes au terrain tu te rends compte de la complexité des enjeux » « vu que c'est de l'humanitaire, y a ce côté toujours de l'utilité, donc tu as envie d'être...d'apporter quelque chose, d'être utile...et donc, au début si tu te sens plus comme un poids »
M11	« Après, bon, c'est des projets qui sont moins bien définis, c'est des plans, des cahiers des charges qui sont moins bien structurés et c'est surtout un impact plus difficile à évaluer quoi. »
FG	D3 : « Un message à donner : c'est compliqué d'être efficace. »

	D3 : « Ah c'est compliqué, la solution toute simple...on ne l'a pas. Sinon ça aurait déjà été fait depuis bien longtemps. »
Critiques de l'humanitaire	
	Vision critique
M7	« il y a cet espèce de magma, de tout et de n'importe quoi, il faut voir hein, ça les gens ne se rendent pas compte » « y a des scandales des fois qui ressortent, mais ce n'est même pas un millièmme de ce qui... » « tu vois l'argent gaspillé, mais des fois c'est même plus révoltant que euh, la cause de l'urgence en question »
M8	« voilà, des choses pas claires où je me suis dit j'y retourne plus. »
M9	»« Souvent dans l'humanitaire on est plus délétère que productif. » « quand vous allez sur l'humanitaire y a du pour et y a...y a des gens qui se font un fric fou. C'est pas beau. »
M10	« mais ce n'est pas rose sur tous les plans, ça c'est sur. Il y a pas mal de choses à redire ou à améliorer. »
	Amateurisme
M1	« C'est quand même, on s'improvise pas humanitaire comme ça, quoi. »
M7	« Après quand t'es en P2 tu te crois surpuissant, mais en réalité tu ne connais rien, euh, mais bon c'était quand même intéressant. » « Oui, on a fait tout ce qui ne fallait pas faire. »
M10	« des projets qu'on va dire un peu amateurs qui peuvent être fait comme par exemple construire une école, une bibliothèque dans un village, alors que il y a pas eu de demande avant et que finalement c'est pas utilisé comme prévu »
	Tourisme humanitaire
M2	« C'était vraiment découverte... vu que j'ai fait un travail sur l'humanitaire, je dirais que c'était un peu de l'humanitaire, mais bon de très loin. Où là c'était : « j'ai envie de partir à l'étranger » « quel bon moyen », « allez hop, on va en Asie », c'était sympa. »
M8	« ONG14 je trouvais que c'était plus du tourisme humanitaire plutôt que de la médecine humanitaire »
M9	« Parce qu'il y a humanitaire et humanitaire. Celui qui va se balader au fin fond du monde, et qui ne voit à peine que les hôtels de grand luxe, c'est pas tout à fait ce que j'ai vécu. Voilà. »
M11	« C'était pas inintéressant, mais il y a... ça fait partie un peu de cette pléthore de petites ONG, alors y a pleins de petites ONG qui font des choses très très bien, mais ça c'est un peu dissociable, mais c'est un peu une part de tourisme humanitaire tu vois. »
FG	D6 : « Découvrir des endroits que je n'ai jamais vus. Dans des endroits où je n'irais peut-être pas si je partais en vacances. Les villages flottants par exemple, je ne suis pas sûre que ça soit accessibles aux touristes tel que nous on l'a vécu : à dormir chez les gens, à bouffer de la tortue et du serpent... » D4 : « Sauf que nous on met nos compétences au service des gens en faisant du ... C'est une façon de faire du tourisme, il y en a qui font du tourisme en apportant une certaine façon de voyager, et bien une impulsion économique dans un village, c'est aussi bien. C'est aussi de l'humanitaire en quelque sorte. » D3 : « oui, c'est une sorte d'écotourisme médical... »

BEAUFUMÉ Sophie

Les déterminants du départ en mission humanitaire des médecins généralistes.
Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et un focus group auprès de 17 médecins généralistes.

nbr f. 90, ill. 2, tabl. 2

Th. Méd. : Lyon 2017 ; n°

RESUME

Introduction : La médecine humanitaire se professionnalise depuis plusieurs années, la part des médecins, et notamment des médecins généralistes, au sein des ONG médicales n'est plus aussi prépondérante qu'à leur création. L'objectif de cette étude est de comprendre les différents déterminants impliqués dans le départ en mission humanitaire à l'étranger des médecins généralistes.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de 17 médecins généralistes dans cinq villes françaises différentes. Les données ont été recueillies au cours de onze entretiens semi-dirigés et un focus group.

Résultats : Quatre principaux déterminants ont été mis en évidence. Un moment de vie favorable, c'est-à-dire une disponibilité souvent associée à une opportunité, favorise le premier départ. Le métier de médecin généraliste est exercé avec plaisir sur le terrain renouant avec une médecine sémiologique, humaine, diversifiée, permettant un recul sur l'activité professionnelle en France ainsi qu'un enrichissement des compétences spécifiques du médecin généraliste. Chez une personne donnée, des dispositions individuelles semblent préexister comme la vocation humanitaire et la croyance en certains idéaux, ainsi qu'un goût pour le voyage et l'aventure, la sociabilité et le désir d'autoréalisation. Le contexte du terrain humanitaire permet un changement de décors afin de rompre avec le quotidien professionnel et personnel, la réalité du terrain révèle aussi les limites de l'action.

Discussion : L'ensemble des déterminants convergent pour favoriser le départ, théorisé sous la forme d'un « carré motivationnel ». La réflexion sur les motivations et les freins propres à chaque médecin avant d'envisager un premier départ serait utile d'une part dans le choix de l'ONG pour un recrutement pertinent et d'autre part pour être mieux préparé à la réalité du terrain. Quatre questions clés sont proposées au médecin généraliste qui souhaite envisager un départ en mission humanitaire

MOTS CLES

Médecine humanitaire, Médecine générale, Motivations, Action humanitaire, Solidarité internationale, Engagement, Compétences

JURY

Président : Monsieur le Professeur ZERBIB Yves

Membres : Monsieur le Professeur CERUSE Philippe

Monsieur le Professeur COLIN Cyrille

Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric

Monsieur le Docteur MILLET Jean-François

DATE DE SOUTENANCE

9 novembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR

60 rue Pierre Corneille

sophie.beaufume@gmail.com