



Faculté de médecine

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État, dans le cadre du D.E.S. de Médecine Générale
par

Anne-Sophie TIERCELIN

Née le 23 avril 1992 à Neuilly-sur-Seine (92)

**COMMENT ACCORDER LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE
HUMANITAIRE AVEC CELLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?**
Analyse d'expériences vécues, conseils à ceux désirant partir

Présentée et soutenue publiquement le **9 décembre 2021** devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Annabel MARUANI, Dermatologie-Vénérologie, Faculté de
Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Bruno LEFORT, Pédiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Zoha MAAKAROUN-VERMESSE, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, PH, CHU
- Tours

**Directeur de Thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de
Médecine - Tours**

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU
- C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L.
CASTELLANI - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - P. COSNAY - C. COUET - L. DE LA
LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - A. GOUDEAU - J.L.
GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y.
LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C.
MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P.
RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J.
SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET DonatienSoins palliatifs
POTIER AlainMédecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY CatherineAnglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER AlexandraMédecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT PaulPsychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE AgnèsBiostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA GuillermoRhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR DianeBiophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS GéraldinePédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-MarieAnatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX ValérieImmunologie
GUILLON-GRAMMATICO LeslieEpidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

Quelques mots attribués à Gandhi :

« Tout ce que tu fais pour moi, sans moi, tu le fais contre moi. »

Résumé

TITRE : COMMENT ACCORDER LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE HUMANITAIRE AVEC CELLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Analyse d'expériences vécues, conseils à ceux désirant partir

Introduction : La médecine générale et la médecine humanitaire ont leurs caractéristiques propres. Par ailleurs, elles évoluent chacune depuis quelques décennies. Les situations d'urgence se multiplient, les missions se spécialisent, les généralistes ont moins de temps. Dans ce contexte, comment faire pour associer ces deux pratiques ?

Méthode : Étude qualitative par approche inspirée de la théorisation ancrée, d'après 7 entretiens individuels semi-dirigés auprès de généralistes ayant une expérience en humanitaire entre novembre 2019 et août 2021. Triangulation de l'analyse. Anonymisation des données.

Résultats : Le contraste fort entre les deux univers rend leur accord difficile, mais pas impossible. Le choc au retour peut être violent. L'expérience humanitaire se révèle assez solitaire ; il est délicat de l'accorder avec sa vie personnelle. Toutefois les médecines générale et humanitaire partagent des points communs : soins primaires, polyvalence, indépendance, gestion de l'incertitude. L'humanitaire apporte de l'assurance et de nouvelles compétences au généraliste. La formation du généraliste est globalement adaptée, mais insuffisante pour être pleinement à l'aise ou efficace. L'argent n'empêche pas de partir. La médecine générale se place en soutien financier de la médecine humanitaire qui, elle, apparaît comme un idéal de la médecine. Concernant l'organisation professionnelle, l'installation est perçue comme un frein et le salariat permet une sérénité de départ, au prix d'une perte de liberté. La place du généraliste en humanitaire est certaine mais de façon moins probante qu'avant. Pour finir, il existe des risques à ne pas négliger (erreurs, désillusions, addiction).

Discussion/conclusion : Les contours de ces disciplines sont dynamiques et interagissent. La précarité augmente en France, et avec elle les besoins "humanitaires" au sein même de notre territoire. La médecine humanitaire se professionnalise, amputant la notion de désintéressement jusque-là caractéristique de la discipline. Des formations spécifiques telles qu'un DUAH (Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire) sont pertinentes. Enfin, le départ vers l'ailleurs des généralistes français ne signe-t-il pas leur souffrance actuelle ?

Mots-clés : "médecine générale" ; "médecine humanitaire" ; "soins primaires" ; "formation" ; "salariat" ; "professionnalisation" ; "précarité" ; "urgence"

Abstract

TITLE : HOW TO PRACTISE BOTH HUMANITARIAN MEDICINE AND GENERAL PRACTICE ?

Analysis of true experiences, advice to those who want to leave

Background : Humanitarian medicine and general practice both have their own characteristics. Besides, each one has been changing during the past few decades. There are more and more emergencies, missions are specializing, general practitioners (GPs) have less time. In this context, how to practice both at a time ?

Methodology : Qualitative study in which analysis was inspired by the grounded theory method, led with 7 semi-structured individual interviews of GPs with at least one experience in humanitarian medicine between November 2019 and August 2021. The data was de-identified and cross-checked.

Results : Due to a strong gap between the two worlds, a match is difficult but not impossible. The shock can be violent when returning. The humanitarian experience reveals itself to be rather lonely, and including the personal life is not easy. However general practice and humanitarian medicine share some common points : primary care, independence, versatility and managing uncertainty. Humanitarian action provides the GP with confidence and new skills. The GP's training background is appropriate, but not sufficient to be fully comfortable or effective. Money does not prevent the leaving. GP represents a financial support for humanitarian medicine, which appears as an absolute of medicine. As for professional organization, establishment in private practice is seen as an obstacle, whereas wage-earners leave more peacefully at the expense of a loss of freedom. GPs surely have their place in humanitarian medical care, but this is less obvious than before. Finally, there are risks not to be neglected (mistakes, disappointments, addiction).

Discussion/conclusion : The edges of both disciplines interact with each other. Social distress is increasing in France, and with it the "humanitarian" needs on the territory itself. Humanitarian medicine is professionalizing, meaning losing the non-profit aspect which was until then a characteristic of the discipline. Specific courses in humanitarian aid are useful. Lastly, does not the departure of French GPs mirror their current suffering ?

Keywords : "general practice" ; "humanitarian medicine" ; "primary care" ; "training" ; "wage-earning" ; "professionalization" ; "social distress" ; "emergency"

Remerciements

À mon directeur de thèse Dr RUIZ

Un grand merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail. Vos conseils ont été précieux, et votre recul sur l'analyse productif. Je suis fière du travail accompli ensemble. Je garderai longtemps le souvenir des visios organisées en fonction du décalage horaire ! Je vous remercie pour votre écoute bienveillante, votre humanité et votre disponibilité, ainsi que votre implication dans la pédagogie pour les internes de Tours. Les GEAP (encore GDP et GEF, à l'époque...) avec vous m'ont beaucoup appris. Bonne continuation à Neuvy-Saint-Sépulchre, et bon courage à votre fils pour cette année.

À Madame le Professeur Annabel MARUANI, membre et présidente de ce Jury

Vous me faites l'honneur de bien vouloir présider ce Jury de thèse de Diplôme d'études spécialisées en Médecine Générale. Je vous remercie pour votre réactivité et votre enthousiasme pour juger ce travail. Veuillez recevoir mes hommages respectueux.

À mes maîtres et juges

Madame le Docteur Zoha MAAKAROUN-VERMESSE, membre de ce Jury

Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez croire en l'expression de mes remerciements sincères.

Monsieur le Docteur Bruno LEFORT, membre de ce Jury

Vous me faites l'honneur d'être présent pour juger mes travaux de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

À mes maîtres de stage de Niveau 1 et de SASPAS qui m'ont guidée pendant mon apprentissage de la spécialité de Médecine Générale : merci pour votre pédagogie et vos conseils bienveillants. Je pense à Anne-Claire Villalonga, Pierre Ellé, Zeliha Koçak, Pierre Bidaut, Laurent Jacob.

Une pensée pour Jean Tisca : merci de m'avoir transmis votre flamme pour la Médecine Générale lors de mon stage de D2. J'aurais peut-être choisi une autre spécialité, sinon.

Merci à notre médecin de famille, Dr Feuillet, pour sa transmission des valeurs du médecin et pour m'avoir donné (plusieurs fois) le Vidal et autres accessoires.

Je remercie la Bibliothèque Universitaire du CHRO pour nous avoir initiés aux recherches PubMed et à Zotero, et Madame Péan pour sa réactivité et sa souplesse.

Et, bien sûr, merci aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude et qui l'ont rendue possible, pour leur temps et leur implication.

À mes parents : Maman, Papa, les mots ne suffisent pas pour vous dire merci. Vous m'avez toujours permis de faire mes propres choix et encouragée à suivre mes envies. Vous avez cru en moi sans hésiter, même quand j'ai voulu changer de direction et... ça n'a pas trop mal marché, on dirait ! :) Vos conseils bienveillants et votre amour m'ont portée ; sans vous, je n'en serais tout simplement pas là. Alors, merci. Je n'aurais pas pu rêver meilleur soutien pendant toutes ces années.

À Ségolène : S'il y en a une qui peut comprendre la portée de ce moment, c'est bien toi ! Ma number one, celle avec qui je partage tout depuis plus de 8 ans maintenant. Depuis notre rencontre en P2, on a survécu à l'externat, aux gardes, au Doyen, à l'ECN... Nos années colocs resteront parmi les plus cool de ma vie t'sais. On a râlé ensemble sur l'hôpital, comme on a partagé nos réussites "par procuration" ;) Et puis, on en a fait, des virées ensemble ! Maintenant, voilà où on en est. Je passe ma thèse, et toi tu t'épanouis de jour en jour en Guyane. Hâte de voir la suite ! Merci, tout simplement, d'être là et d'être toi. Change rien <3

À Charles : Merci d'être dans ma vie. Il n'y a pas forcément besoin de mots pour comprendre qu'on se sent à sa place avec quelqu'un, et c'est le cas avec toi. Merci d'essayer de me faire rire en toutes circonstances :) c'est une des choses que j'apprécie le plus chez toi. Merci aussi de m'avoir sauvée, alors que je pensais avoir perdu une partie de mon travail... ouf ! Et merci de toujours m'embarquer dans des projets un peu fous ;) . À nous, et à la suite de notre "grand voyage".

À mon parrain Nico : Petite Pewpew est devenue grande ! « Yeppee » comme tu aurais dit en P2 haha ! Merci pour cette inté' indienne à l'absinthe qui restera gravée.. tout comme les nuits blanches à regarder n'imp avec les autres, les sushis foirés, les karaokés à la B&B, les soirées au Gibier ou les jeux de société. Maintenant, t'es (presque) interniste, et t'as même un chat ! Bref, sans toi mon externat aurait été bien ennuyeux !

Ça vaut aussi pour **la team Rouen dans son ensemble (Geff, Cha, Kévin, Morgane, Thomas, Charlène, Alex and co)**. **Pauline :** Je suis contente qu'on ait gardé contact :) Hésite pas à partager tes doutes de débuts de rempla ! Et profite bien de Shoyo. **Ony,** hâte de te revoir en Normandie ! **Elaine :** alors, ça fait quoi d'être maman ? J'espère que tu t'en sors et que tu profites à fond de ta nouvelle vie. Je sais que tu resteras folle de toute manière :P

Aux Mom's : Pauline, Lucile, Gautier : Les vrais <3 Vous resterez mes plus belles rencontres de l'internat. Les filles, la coloc avec vous était juste mythique. Des soirées Friends/Top Chef aux lendemains de garde/tête dans le ***, en passant par la pizza-bière de Noël au CHRO, la douche cassée, les shots vodka-violette, tes bananes du matin Lucile et les potins avec toi Paupau... Ah et cette fameuse porte qui claque !! Gautier, même si t'as rejoint le clan plus tard, tes cheveux bleus t'ont permis de t'intégrer très vite haha (ça, et ton accent créole ^^). J'espère qu'on est partis pour un bon moment. **Manu,** of course, t'es dedans aussi hein.

Céline, merci de m'avoir écoutée et conseillée ces derniers mois, tu m'as bien aidée (pour la thèse, mais aussi tellement plus). Si on m'avait dit lors de nos débuts à la cafet'/gériatrie de Vierzon qu'on se découvrirait autant de points communs... Hâte de pouvoir voyager ensemble ma belle :) Pensée pour Mat et Bubus.

Marie, merci pour ta bonne humeur communicative, et pour m'avoir donné des conseils pour écrire cette thèse. **Cynthia :** On y eest meuf !!! Ça y est ! Pressée de fêter ça avec toi :) Et merci pour tes vocaux qui ont égayé cette période haha. Dans quelques années je viendwai voiw Dr Delaunay-Belleveille en Guadeloupe :D

Valeria, Sylvain, Justine, Alice, Claire, Guillaume, et à ceux que j'oublie, merci pour les moments partagés au cours de cet internat, les tonus, les débriefs de doutes post-échos de gynéco ou post-garde. :)

À Véronique : Ma Véro, notre voyage à Naples de cet été restera très certainement dans le top 10 des imprévus bien gérés haha. Merci pour ta générosité, pour les détartrages gratuits, et pour ton aide plus que précieuse dans l'impression de cette thèse : t'es la meilleure !! Et merci l'école Saint-Nicolas d'avoir fait croiser nos chemins ! Viva España, Argentina ... et maybe Brasil dans quelques années ? ^^ **Alice**, j'espère te voir un de ces jours (années ?) au Danemark :) **Mélisande**, où en es-tu de ton TDM ?

Aux autres des Roches : Margaux, ME, Clémence, Kozue, Katia, Ksenia, Hassoumi etc.

À Quentin : Mon plus vieil acolyte ! Tu as toujours su avoir les mots justes pour me reconforter, me soutenir ou me faire avancer. Tu es une bouffée d'air frais à toi tout seul ! Toujours de bonne humeur, posé, concerné par la nature et le moment présent, tu es invariablement là pour moi. Je ne l'oublierai pas. Et puis, je ne te le dis sûrement pas assez, mais j'admire ta philosophie de vie et ta débrouillardise dans ton boulot. J'espère que ça marchera, et profite de 2022 qui s'annonce riche en changements :) Aux années passées, et à celles qui viennent.

Au reste de la **team Chambray** : **Natacha, Périnne, Sandra, Émilie, Caroline et Rémy, Norbert, Mégane et Jean-Loup, Charlotte, Justin, Enzo, Sébastien et tous les autres** : Chambray, c'est une grande famille :) Grosse pensée pour vous. Les années lycée, ça ne s'oublie pas.

À Océane : Merci pour ton hospitalité indéfectible à chaque fois que je reviens en France, et merci pour tes délicieux petits fours. J'attends avec impatience nos soirées plaid/cocooning en décembre avec Romy, et puis vivement cet été que l'on reparte en balade ! **Sophie**, merci de t'occuper si bien de ma louloute, grâce à toi je suis sereine malgré la distance :) Pareil pour toi, **Mélanie** : tu l'as eue avec toi pendant que j'étais à Paris et plusieurs autres années, Paci t'en remercie !

À la team Guadeloupe : **Marlène, Éric, Fanny, Alexandra, Ludo, Émilie, Yoann, Gwen, Maude, Laurie, Fabien, Aurélie, Yannick et les autres** : Cette période sous les tropiques avec vous était inoubliable ! On se verra pour des vacs ;) **Amaël, Geoffrey, Sunniva**, merci pour ce semestre de mal inf (on s'en souviendra, des staffs ! et aussi des dépistages covid, et des punchs dans le service..) **Sonia**, fais-moi signe si tu viens au Canada ! Pensée pour **Janina et Tristan**, de belles rencontres au cours de ce semestre. Félicitations pour votre mariage, et j'espère vous revoir (en Allemagne ou ailleurs !) **Marine**, j'espère que tout va bien en Savoie !

À Lucas, Emmanuel et Rebecca, Hélène, Jordan, Pierrick, et tous les anciens HX3 : plus de 10 ans que LLG, c'est fini ! Même si on a pris des chemins différents, ça me fait toujours plaisir de vous revoir (clairement pas assez souvent).

À mes grands-parents qui auraient, je le sais, été fiers de me voir terminer mes études aujourd'hui. **À toute ma famille** et particulièrement Jacques, qui force l'admiration par son insatiable curiosité.

À mon parrain Patrick et ma marraine Madeleine, qui n'ont pas cessé de prendre de mes nouvelles aux cours de ces années. Je pense à vous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations et sigles.....	18
INTRODUCTION.....	21
I. Contexte.....	21
II. Objectif.....	26
MÉTHODE.....	27
I. Type d'étude.....	27
II. Population d'étude.....	27
III. Recueil des données.....	27
IV. Analyse des données.....	28
V. Éthique/aspects réglementaires.....	29
RÉSULTATS.....	30
I. Description des entretiens et des participants.....	31
II. Description des actions.....	32
III. Contexte du départ.....	34
A. 1 ^{er} départ.....	34
1. Moteurs.....	34
2. Freins.....	35
3. Comment partir ?.....	36
B. Repartir ?.....	36
1. Une balance bénéfice/sacrifice favorable.....	36
2. Repartir : oui, mais différemment.....	37
3. Évolution des désirs, initiatives, auto-entretien.....	38
C. Partir s'impose à nous.....	39
IV. Organisation professionnelle.....	39
A. Analyse d'expériences.....	39
1. MG libérale ou salariée ?.....	40
a. Libérale : entre liberté et frein.....	40
b. Salariée : organisation à anticiper.....	41
c. Autres.....	42
2. MG au service de la MH ou l'inverse ?.....	42

3. Un accord possible sur le long terme ?.....	43
B. En pratique, plusieurs possibilités pour accorder MG avec MH :.....	43
1. Adapter sa pratique de MG pour l'axer sur l'humanitaire.....	43
2. Exercer la MH depuis son pays.....	43
3. Actions courtes itératives.....	44
4. Actions longues sporadiques.....	44
5. MH exclusive ?	45
C. Il n'y a pas de "bonne" organisation.....	45
V. Aspect financier.....	46
A. Conséquences financières de la MH : variables.....	46
1. Soit aucune.....	46
a. Temps d'action trop court sur l'année pour de réelles conséquences.....	46
b. Aussi bien payé qu'en MG.....	46
2. Soit un salaire en MH inférieur à la MG.....	46
3. Vivre de la MH ?.....	47
B. Un rapport à l'argent complexe.....	47
1. Pas si tabou.....	47
2. D'autres avantages que le salaire.....	48
3. "Rémunération" équivaut à travail/source de tensions.....	49
4. La MH comme absolu de la médecine.....	49
5. La MG comme soutien financier de cet absolu.....	50
VI. Vie personnelle.....	51
A. Conséquences personnelles.....	51
B. Vie familiale : plutôt associée au côté MG ; des interactions difficiles avec la MH.....	52
1. Des participants relativement silencieux.....	52
2. Un entourage mitigé.....	52
3. L'engagement familial : un frein ou non ?.....	53
4. MH et ruptures.....	54
5. Interactions positives.....	54
C. la MH est aussi égoïste !.....	54
VII. Des interactions professionnelles marquées... ..	55
A. Place du MG en MH.....	55
1. MG et MH : points communs.....	55
2. Forte prévalence des problématiques de MG en MH.....	56

3. Certains aspects de la MG relèvent de la MH.....	57
4. Une formation de MG plutôt adaptée, mais :.....	57
a. Pas pour n'importe quelle action.....	57
b. La MH nécessite des compétences médicales spécifiques.....	58
c. Des formations complémentaires sont utiles.....	59
5. Et pour l'avenir ?.....	60
B. Conséquences de la MH sur la MG.....	61
1. Une réadaptation variable au retour.....	61
2. La MH recentre sur le patient.....	63
a. Sémiologie.....	63
b. Communication.....	63
c. Environnement.....	64
3. La MH apporte au MG :.....	64
a. De nouvelles perspectives de la médecine.....	64
b. Des responsabilités déroutantes.....	64
c. De la crédibilité.....	65
d. L'acquisition de compétences médicales complémentaires.....	65
e. L'acquisition de compétences extra-médicales.....	65
VIII. ... Mais deux vies plus dissociées qu'intriquées finalement.....	66
A. La MH : une "bulle" solitaire.....	66
B. La MH, ce n'est pas pour tout le monde.....	67
1. Il existe un "profil" de MH.....	67
2. Diverses qualités nécessaires.....	67
C. Deux mondes trop différents ?.....	70
D. Une rupture recherchée.....	70
IX. Risques/mises en garde.....	71
A. Attention à l'après-coup.....	71
B. Sur le plan psychologique.....	71
1. Risque addictif.....	71
2. Risque de décompensation.....	71
3. Conseils pour trouver son équilibre.....	72
C. Sécurité : vols/agressions possibles.....	72
D. Risque d'échec de la mission : attention au besoin réel.....	73
E. Frustrations/déceptions.....	74
1. Sentiment d'impuissance/inutilité, doutes.....	74
2. Sentiment d'utilisation/détournement de la mission.....	75

X. Ce qu'ils auraient aimé savoir avant de partir.....	76
A. Bien choisir sa mission/son organisme est primordial.....	76
B. Organisation.....	77
1. Administratif (CARMF, congés.....)	77
2. Prévoir matériel, nourriture, hygiène.....	77
3. Logement.....	77
C. Communication.....	78
1. Apprendre la langue du pays.....	78
2. Incompréhensions possibles.....	79
D. Avoir plus d'informations.....	79
E. Ne pas avoir peur de l'infectiologie.....	80
F. En pratique : formation complémentaire ou non ?.....	80
G. Être conscient des différences culturelles.....	81
1. Le MH a un statut particulier.....	81
2. Le MH rencontre parfois des croyances locales déstabilisantes.....	82
H. On ne peut pas tout anticiper... Ne pas trop réfléchir !.....	82
DISCUSSION.....	84
I. Résultat principal : modèle explicatif et conseils.....	84
II. Comparaison avec la littérature.....	87
III. Points forts/points faibles.....	89
IV. Perspectives.....	91
1. D'autres études à mener.....	91
2. Un parallélisme MG/MH.....	91
3. Vers une professionnalisation de la MH.....	92
4. De plus en plus de MH en France.....	93
5. Intérêt d'une formation spécifique.....	93
6. Des MG français en souffrance : besoin d'ailleurs ?.....	94
7. "Volontourisme".....	94
Conclusion.....	95
Références bibliographiques.....	96
Annexes.....	99
Canevas d'entretien	99
Récapitulatif des tableaux et figures.....	100

Liste des abréviations et sigles

ACF : Action Contre la Faim

cf. : confer

C : Chercheuse

CA : Chiffre d'Affaires

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CCA : Chef de Clinique Assistant

CCFD : Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNLE : Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DOM-TOM : Départements et Territoires d'Outre-Mer

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

DUAH : Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

etc. : et cætera

ex. : exemple

EMSPD : Équipe Mobile Soins Palliatifs et Douleur

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

HAD : Hospitalisation À Domicile

HTA : Hypertension Artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

M1, ..., M7 : Médecin 1, ..., Médecin 7

MDM : Médecins Du Monde

MG : Médecine Générale (ou Médecins Généralistes)

MH : Médecine Humanitaire (ou Médecins Humanitaires)

MSF : Médecins Sans Frontières

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OSI : Organisme de Solidarité Internationale

p. : page

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFD : Santé Formation Développement

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (organisation internationale de généralistes)

INTRODUCTION

I. Contexte

Particularités respectives de ces deux disciplines

La médecine générale et la médecine humanitaire ont chacune leurs caractéristiques propres.

Commençons par parler de la médecine générale.

La médecine générale est particulière en ce sens qu'elle voit le patient dans sa globalité. Elle prend en compte les pathologies, mais aussi l'environnement du patient. Elle coordonne les soins et redirige le patient vers des spécialistes adaptés quand c'est nécessaire. Il y a une grande place pour la prévention, la communication et l'accompagnement. La polyvalence en est un des piliers : d'ailleurs cette qualité transparait dans l'appellation "omnipraticien", parfois utilisée pour désigner le médecin généraliste. C'est une discipline très clinique, peu technique.

Pour David White, qui a publié un article intitulé "Que faut-il pour être un bon médecin généraliste ?" dans *Canadian Family Physician* en mars 2017 (1), le généraliste et ses soins primaires sont la pierre tournante du système de santé. Il parle d'approche globale du patient intégré dans son contexte et dans la communauté, "d'engagement envers la personne, d'orientation vers la prévention et d'un penchant naturel pour le travail d'équipe".

La médecine générale s'inscrit dans le temps avec la notion de suivi. Le généraliste connaît bien le patient, le voit depuis plusieurs années - lui et parfois toute sa famille - et doit parfois gérer des fins de vie. C'est un médecin humain, qui a en général une place importante pour les familles. D'ailleurs, au Canada les généralistes sont appelés "médecins de famille".

Ensuite, parlons de la médecine humanitaire.

D'ailleurs, est-ce que toute médecine n'est pas, par définition, humanitaire ?

Si l'on cherche le terme "humanitaire" dans le dictionnaire, on trouve : "qui vise au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'Homme" (2). Or, n'est-ce pas une des missions premières de la médecine que d'œuvrer pour le bien de l'Humanité ? En effet, d'après le serment d'Hippocrate lui-même (dans sa version longue) : "Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité." (3) En ce sens, le terme "médecine humanitaire" apparaît comme un pléonasme !

Cependant, la médecine humanitaire possède, elle aussi, des caractéristiques propres.

Si la "médecine" s'applique a priori à soigner la population dans son ensemble, la "médecine humanitaire" quant à elle revêt une notion de précarité, de détresse et d'inégalité en matière de santé. Sa mission est de soigner les populations les plus démunies (qui autrement n'auraient pas accès aux soins), ou d'apporter un renfort en situation exceptionnelle. La médecine d'urgence/réanimation, la formation, la misère, le manque de moyens, l'afflux

considérable de patients, l'adaptation à un autre territoire sont des éléments qui viennent en tête lorsque l'on évoque la médecine humanitaire.

Schématiquement, l'action humanitaire en médecine s'articule ainsi autour de deux grands axes :

- Les situations urgentes dites "de crise", en contexte de guerre ou après une catastrophe naturelle par exemple
- Les situations plus durables, liées à un accès aux soins insuffisant

Elle intègre aussi des notions politico-économiques mondiales, qui ne rentrent pas habituellement dans le champ de la pratique de la médecine (incluant la médecine générale). Ce n'est pas une spécialité médicale, mais plutôt un engagement incarnant le désintéressement complet au travers de missions bénévoles ou des organismes "à but non lucratif". Rony Brauman, médecin infectiologue et humanitaire français, dépeint bien la complexité de l'action humanitaire dans son ouvrage de 2009 intitulé "La médecine humanitaire", de la collection "Que sais-je ?" des *Presses Universitaires de France* (4).

On constate que la médecine générale et la médecine humanitaire ont leurs spécificités propres. Et, avec le temps, chacune des disciplines évolue en devenant plus codifiée, plus cadrée. Leurs contours sont plus nets. Ces évolutions sont-elles pour autant divergentes ?

Évolution de la médecine humanitaire : quelques repères chronologiques

Historiquement, la médecine humanitaire est étroitement liée à la religion, avec les concepts de charité, de compassion, du devoir d'aider son prochain.

Par exemple, au **XI^{ème} siècle** est créé l'**Ordre de Malte**, aussi connu sous le nom de L'Ordre Souverain Militaire et Hospitalier de Saint-Jean de Jérusalem. Il est voué à soigner les chrétiens venus effectuer un pèlerinage en Terre Sainte, dans un hospice situé à côté du monastère Sainte-Marie-Latine à Jérusalem (5).

Le rapport à l'argent illustre également ce lien, toujours valable de nos jours : le bénévolat de l'humanitaire fait écho à la sobriété des religieux. Il y a une notion de sacrifice.

De même, le seul terme de "mission" humanitaire renvoie aux Missionnaires (ces prêtres investis de la mission de propager la foi chrétienne), comme si les humanitaires étaient "élus" et en position de "savoir".

Il existe par ailleurs une relation avec l'Armée. De grands noms de la médecine militaire coloniale française comme Eugène Jamot (lutte contre la maladie du sommeil en Afrique), Albert Calmette (co-découvreur du bacille tuberculeux et fondateur du premier Institut Pasteur d'Outre-Mer) ou Alexandre Yersin (découvreur de *Yersinia pestis*, l'agent pathogène de la peste, et fondateur de l'Institut Pasteur d'Indochine) incarnent cette relation à la fin du XIX^{ème} siècle/début du XX^{ème} siècle (6).

De plus, une organisation des soins spécifique devient nécessaire et cruciale en temps de guerre, comme avec les Conventions de Genève.

1864, puis 1949 : Conventions de Genève

Elles ont mené à la création de la **Croix-Rouge** et sont le fondement du **Droit International Humanitaire**.

La convention de 1864, signée par 12 états européens, protège le personnel de secours aux blessés. Puis, en 1949, 4 conventions complémentaires sont édictées (7):

- la première, faisant suite à celle de 1864, protège les soldats blessés ou malades dans les forces armées en campagne
- la deuxième assure la protection des militaires blessés, malades ou naufragés en mer en temps de guerre
- la troisième concerne le traitement des prisonniers de guerre
- la quatrième assure la protection des civils, notamment en territoire occupé

1971 : Création de Médecins Sans Frontières (MSF) par un groupe de médecins français, suite à la crise du Biafra au Nigéria

Le Biafra est le nom d'une zone à l'Est du Nigéria, dont la sécession a été autoproclamée en 1967, provoquant une guerre civile de 1967 à 1970. Le gouvernement nigérian crée alors un blocus, à l'origine d'une grande famine pour plusieurs millions de personnes dans la région, dont 1 à 2 millions de décès. L'évènement a été très fortement médiatisé et a motivé un élan de solidarité internationale, dont la création de MSF.

De 13 membres fondateurs, l'organisation emploie aujourd'hui plus de 41 000 membres sur le terrain chaque année (8).

1978 : Déclaration d'Alma-Ata

Ce texte pointe l'inégalité des soins primaires dans le monde et lance un appel à la solidarité internationale. Il fédère les états du monde entier autour d'objectifs visant à une meilleure égalité et qualité des soins pour tous. L'article X énonce : "L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales" (9). En 2021, nous en sommes encore loin ! Mais cette déclaration témoigne d'une prise de conscience collective.

Et au 21^e siècle ?

Loin de l'image surannée de médecins blancs combattant la famine des enfants en Afrique subsaharienne, la médecine humanitaire est bien plus polymorphe et moins caricaturale aujourd'hui.

Moins encensée, aussi.

Dans les années 1970-1980, ces expéditions novatrices et très médiatisées étaient auréolées d'une notion de « Bien » incontestable, malgré un rapport paternaliste teinté de colonialisme. Un demi-siècle plus tard, nous en sommes à un jugement plus critique de l'action humanitaire. Le terme même de "mission" humanitaire est remis en cause (trop condescendant envers les populations locales) ; on lui préfère "action" humanitaire.

Les réserves sont de plus en plus nombreuses, portant par exemple sur la pérennité douteuse des actions menées sur place, d'éventuels conflits d'intérêt, de la corruption, ou une coopération parfois dysfonctionnelle avec les professionnels locaux. La station de radio France Culture a d'ailleurs, en 2016, dédié une émission en 4 tomes à ces questionnements, intitulée "Humanitaire : la fin des illusions?" (10). Autre exemple, le film "Assistance mortelle" de Raoul Peck (11) dépeint la situation suite au séisme à Haïti en 2010. Il tente de

dénoncer certains travers de l'humanitaire, tels qu'une réponse inadaptée aux besoins locaux ou la recherche de glorification de la part des aidants. Le réalisateur nous fait comprendre que l'on peut parfois causer plus de mal que de bien.

La situation politique, technologique et climatique mondiale apporte ainsi des défis toujours plus grands au médecin humanitaire (12):

- démographie mondiale croissante
- rapidité de circulation de l'information nécessitant une réactivité partout dans le monde et à tout instant
- augmentation des situations d'urgence liées aux catastrophes naturelles (séismes, tsunamis, inondations, incendies, tempêtes...)
- conflits armés violents, instabilités géopolitiques et crises migratoires
- COVID-19 : crise sanitaire mondiale
- nuancement de l'opinion publique envers l'humanitaire
- accélération et diversification de l'offre de missions
- évolution des plateaux techniques accentuant le besoin de spécialistes
- accentuation des actions de "long terme"

Ces considérations sont illustrées en 2008 par l'ouvrage "Humanitaire : s'adapter ou renoncer" (13) de Pierre Micheletti, médecin généraliste et autre grand nom du monde humanitaire français (président de Médecins du Monde de 2006 à 2009 et actuel président d'Action Contre la Faim¹).

De son côté, la médecine générale évolue également

Elle se spécialise.

Depuis la réforme de Debré en **1958** avec la **création des CHU** (Centres Hospitaliers Universitaires), la médecine en France est principalement hospitalo-centrée. Jusqu'à il y a une vingtaine d'années, seuls les étudiants souhaitant "se spécialiser" passaient le concours de l'internat et poursuivaient leurs études ; les autres étaient automatiquement généralistes. La médecine générale était donc plutôt définie par défaut, par un "manque de spécialisation", et non par choix ou caractéristiques propres.

Cependant, la volonté d'intégrer cette discipline au champ universitaire s'est développée, et des compétences spécifiques ont été décrites.

Sur le plan académique, le **Collège des Généralistes Enseignants** est créé en **1983**.

En **1997**, le **stage ambulatoire** obligatoire en médecine générale est instauré dans les études médicales.

D'un point de vue international, une définition européenne de la médecine générale - médecine de famille a été débattue en 2002 par la branche européenne de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (14).

Finalement, en France, le **DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale est créé le 16 janvier 2004**, reconnaissant ainsi la médecine générale comme une discipline à

¹ Source Wikipédia (consulté le 28 octobre 2021)

part entière. On ne parle plus de “médecin généraliste” mais de “médecin spécialisé en médecine générale”.

Depuis **2008** et la création de la FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale), les départements de médecine générale (**DUMG**) ont une place propre dans les facultés. Les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à avoir une activité de pédagogie (comme les maîtres de stage par exemple) et d’enseignement universitaire (maîtres de conférences, professeurs). La recherche y tient une place importante. (15)

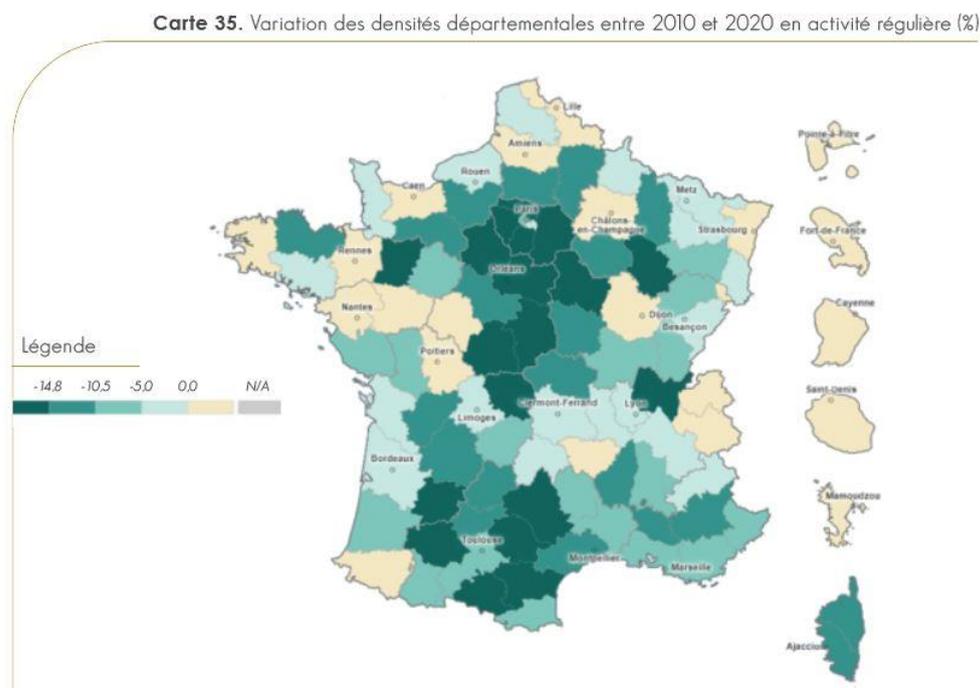
Actuellement, le DES de Médecine Générale en France vise à acquérir 6 compétences fondamentales (16):

- approche globale
- éducation en santé, prévention individuelle et communautaire
- premier recours, urgence
- continuité, suivi, coordination des soins
- relation, communication, approche centrée patient
- professionnalisme

L’exercice de la discipline est ainsi mieux défini.

En parallèle, la démographie médicale en France devient inquiétante. Les “déserts médicaux”, ces zones de sous-densité médicale, font beaucoup parler d’eux ces dernières années, allant jusqu’à questionner régulièrement une des libertés fondamentales du médecin, à savoir la liberté d’installation (17).

Cette carte, appartenant à l’Atlas de démographie médicale 2020 du CNOM (Conseil National de l’Ordre des Médecins), montre l’évolution de la densité médicale en France (médecins en exercice régulier).



Bien rares sont les régions enregistrant une hausse... (et c’est encore pire pour les médecins libéraux/mixtes) (18).

Cette situation cause une surcharge de travail pour les praticiens généralistes libéraux, menant parfois à un épuisement professionnel (presque 1 praticien sur 2 ! d'après une étude quantitative de 2019) (19). Ils ont de moins en moins de temps. Ils sont contraints d'augmenter le nombre de leurs créneaux de consultation, et décrivent souvent le sentiment de les "bâcler". Les départs à la retraite sont retardés faute de trouver un successeur, et les remplaçants sont précieux. Les patients manifestent de l'incompréhension voire de l'agressivité face à l'impossibilité d'avoir un rendez-vous rapide.

Les généralistes français sont ainsi de plus en plus nombreux à se regrouper en MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles), ou à choisir le salariat. En 2020, la proportion de médecins généralistes salariés en France était de 37,4% contre 55,9% de libéraux (le reste étant de l'activité mixte). En comparaison, en 2016 ils étaient seulement 33% de salariés pour 59,9% de libéraux². Ces chiffres témoignent d'un remaniement profond et plutôt rapide de la profession (18,20).

Dans ce contexte :

À quoi ressemble la pratique de l'humanitaire pour un généraliste à l'heure actuelle ?

Que savoir avant d'entamer un tel projet ? Peut-on être disponible pour partir ? Comment s'organiser sur le plan professionnel ou personnel, comment être efficace ? Pourquoi et comment sauter le pas (ou non) ? Quelle est notre place ? Peut-on pratiquer les deux disciplines à la fois ? À quoi s'attendre ?

Bref, comment s'y prendre en tant que généraliste si l'on souhaite pratiquer la médecine humanitaire ?

Le projet d'intégrer la médecine humanitaire à ma pratique de généraliste me suit depuis le début de mes études. Seulement, ne trouvant que très peu de témoignages ou informations fiables - en dehors de quelques organismes venus me démarcher lors d'un congrès médical - je ne sais pas vraiment par où commencer. Je me dis que c'est peut-être plus difficile de partir en tant que généraliste à l'heure actuelle. J'hésite.

C'est ce constat qui est à l'origine de cette thèse.

II. Objectif

Ma question de recherche était donc :

“Comment accorder la pratique de la médecine humanitaire avec celle de la médecine générale ?”

Mon travail ici s'est intéressé à l'étude de l'exercice combiné de ces deux disciplines, particulièrement la façon dont la médecine humanitaire trouve sa place dans la vie du généraliste, les interactions mutuelles et les possibilités d'organisation.

J'espère ainsi pouvoir aider les généralistes qui souhaitent partir en humanitaire (objectif principal).

² Source : DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et CNOM

MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, avec approche inspirée de la théorisation ancrée, réalisée à partir de 7 entretiens individuels semi-dirigés (durée : entre 27mn et 1h08mn) entre novembre 2019 et août 2021.

II. Population d'étude

Les critères d'inclusion pour les participants à cette étude étaient :

- être médecin généraliste
- + avoir fini les études (DES, pas forcément être thésé)
- + être parti au moins une fois en mission humanitaire.

Le critère "DES" a été précisé pour interroger des généralistes et non des internes (la thèse ne semblait pas avoir une grande influence a priori).

L'échantillonnage était raisonné et théorique. Après un entretien, les participants suivants étaient choisis selon les hypothèses intermédiaires qui émergeaient. Finalement, il existait un panel large de variation de certains critères susceptibles d'influer sur la recherche (tels que l'âge, le sexe, le mode d'exercice, la situation familiale, le parcours d'études etc.).

III. Recueil des données

Tous les entretiens ont été menés par la chercheuse : les 2 premiers en présentiel, et les 5 autres en visioconférence (visio) à l'aide du logiciel Zoom. Ce recueil majoritairement à distance s'expliquait par la pandémie COVID-19 couplée à l'éloignement géographique : la chercheuse exerçait alors en Guadeloupe, et les interrogés habitaient eux-mêmes dans des endroits divers.

Les données étaient recueillies par enregistrement sur le téléphone personnel de la chercheuse (2 premiers entretiens), puis par enregistrement audio + vidéo des visios Zoom sur ordinateur. Il y a eu quelques minimes altérations audio, n'empêchant pas la bonne compréhension des paroles.

Le médecin participant était informé de l'objectif de l'étude, de l'enregistrement audio et/ou vidéo des données, qui seraient par la suite anonymisées, puis détruites une fois l'étude terminée. Son consentement éclairé à la participation de cette étude et à l'enregistrement des données était obtenu par audio.

Les entretiens étaient menés avec écoute active, selon un canevas d'entretien (cf. annexe 1) établi en amont avec le directeur. Les questions étaient principalement ouvertes. La chercheuse relançait l'échange si besoin (pour couvrir l'ensemble des interrogations), ou reformulait les réponses pour s'assurer de leur bonne interprétation.

Le canevas était adapté au fil des entretiens (reformulation de certaines questions pour plus de clarté, ajout de questions selon les catégories émergentes).

L'entretien individuel semi-dirigé nous a semblé la méthode de recueil la plus pertinente pour explorer des expériences individuelles car il permet une expression libre et plus personnalisée.

Le recrutement a été plus long et compliqué que prévu en raison de la pandémie COVID-19, qui rendait les médecins peu disponibles. C'est pour cela qu'il s'est fait en majorité virtuellement. Ainsi, 6 sur 7 des médecins participants ont été recrutés via les réseaux sociaux (ils ont répondu à un message posté par la chercheuse sur divers groupes de médecins généralistes). Le dernier participant a été recruté par recommandation au cours du stage SASPAS.

Il n'y pas eu de refus de participation puisque le recrutement a été basé sur le volontariat. Au contraire, plusieurs médecins se sont proposés (environ une douzaine). La chercheuse a sélectionné parmi eux ceux qui semblaient le mieux compléter les données (selon l'échantillonnage décrit ci-dessus). Toutefois, il aurait dû y avoir une 8ème répondante. Cette praticienne avait été contactée directement à son cabinet en Indre-et-Loire et était d'accord pour réaliser un entretien, mais celui-ci n'a jamais pu avoir lieu à cause d'une surcharge de travail en période de vaccination COVID rendant les emplois du temps incompatibles.

IV. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et manuellement dans un logiciel de traitement de texte. Ils ont été anonymisés dès cette étape.

L'analyse a été conduite sur le logiciel Excel en isolant des verbatim auxquels des étiquettes thématiques puis expérientielles ont été associées (codage, analyse ouverte). Ces étiquettes ont ensuite mené à des propriétés, qui ont été regroupées en catégories selon une articulation de liens logiques entre elles (analyse axiale). Ces connexions ont finalement conduit à l'élaboration d'un modèle explicatif répondant à la question de recherche (analyse sélective). Ce modèle est présenté dans la première partie de la section "Discussion" (p.85).

Le codage a été triangulé par le directeur de thèse pour les 5 premiers entretiens (mise en commun des résultats trouvés par la chercheuse et son directeur lors de visios), puis l'ensemble de l'analyse et l'élaboration du modèle explicatif ont été discutés et validés à deux avec le directeur de thèse. Un journal de bord a été tenu au cours de la recherche afin de retenir les échanges.

Enfin, l'analyse a été itérative, en ce sens que les entretiens étaient retranscrits et en partie analysés avant de passer au suivant, de sorte de pouvoir adapter le canevas d'entretien et l'échantillonnage selon les résultats émergents.

La saturation théorique des données (à savoir l'absence de nouvel élément apparaissant au cours de l'analyse) semble avoir été obtenue.

L'ensemble de cette approche analytique a été choisie dans le but de faire ressortir le plus grand champ de réponses possibles, tout en restant fidèle à la question de recherche (21,22).

V. Éthique/aspects réglementaires

Étant donné l'anonymisation des données (garantie par le fait que la liste des identités des participants était tenue dans un fichier séparé, détruit a posteriori, en même temps que les enregistrements audio et/ou vidéos) et l'impossibilité de remonter à l'identité des participants même en croisant les données des entretiens, il n'y a pas eu besoin de déclaration CNIL (après avis demandé aux experts responsables CNIL).

De même, un avis éthique n'était pas nécessaire (après avis expert ici aussi).

RÉSULTATS

Note au lecteur :

Les verbatim (extraits du texte retranscrit après les entretiens) seront présentés entre guillemets et en *italique*.

Des précisions sur l'expression non verbale du participant seront notées entre étoiles. Elles caractérisent l'élément du texte qui suit immédiatement (ex. "J'étais **insiste** fatigué" signifie que le participant insistait sur le terme "fatigué").

Les médecins répondants seront appelés M1 ... M7 selon l'ordre chronologique où ont été réalisés les entretiens.

L'abréviation "MG" sera utilisée pour parler de la médecine générale, et "MH" pour la médecine humanitaire (ou, par extension respective, "médecins généralistes" et "médecins humanitaires").

"C" sera utilisé pour désigner la chercheuse, et ses paroles seront mises entre crochets.

I. Description des entretiens et des participants

Voici deux tableaux décrivant les dates, lieux et durées des entretiens d'une part, et les caractéristiques des participants (sexe, âge, situation familiale, date et lieu d'obtention du DES) d'autre part.

Tableau 1 : Description des entretiens individuels

	Date	Lieu	Durée
Entretien 1	30 novembre 2019	Guadeloupe (lieu public)	1h08mn
Entretien 2	03 août 2020	Cabinet de M2 (Loiret)	52mn
Entretien 3	28 mai 2021	visio Zoom depuis le domicile de la chercheuse en Guadeloupe	35mn
Entretien 4	30 mai 2021	visio Zoom depuis le domicile de la chercheuse en Guadeloupe	48mn
Entretien 5	31 mai 2021	visio Zoom depuis le domicile de la chercheuse en Guadeloupe	57mn
Entretien 6	03 juin 2021	visio Zoom depuis le domicile de la chercheuse en Guadeloupe	27mn
Entretien 7	03 août 2021	visio Zoom depuis le domicile de la chercheuse en France	41mn

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

	Sexe	Âge (ans)	Situation familiale	Année DES	Faculté DES
M1	H	34	célibataire, sans enfant	2012	Lille
M2	H	70	marié, 2 enfants	1978	Tours
M3	H	28	célibataire, sans enfant	2020	Montpellier
M4	F	59	concubinage, 2 enfants	1989	Nice
M5	F	31	concubinage, sans enfant	2017	UCL ³ (Belgique)
M6	F	29	célibataire, sans enfant	2020	Aix-Marseille
M7	F	30	en couple à distance, sans enfant	2019	Tours

H : homme ; F : femme

L'exercice de MG des participants (actuel, passé et futur envisagé) est détaillé plus loin dans le chapitre "IV. Organisation professionnelle" (cf. tableau 4, p.40).

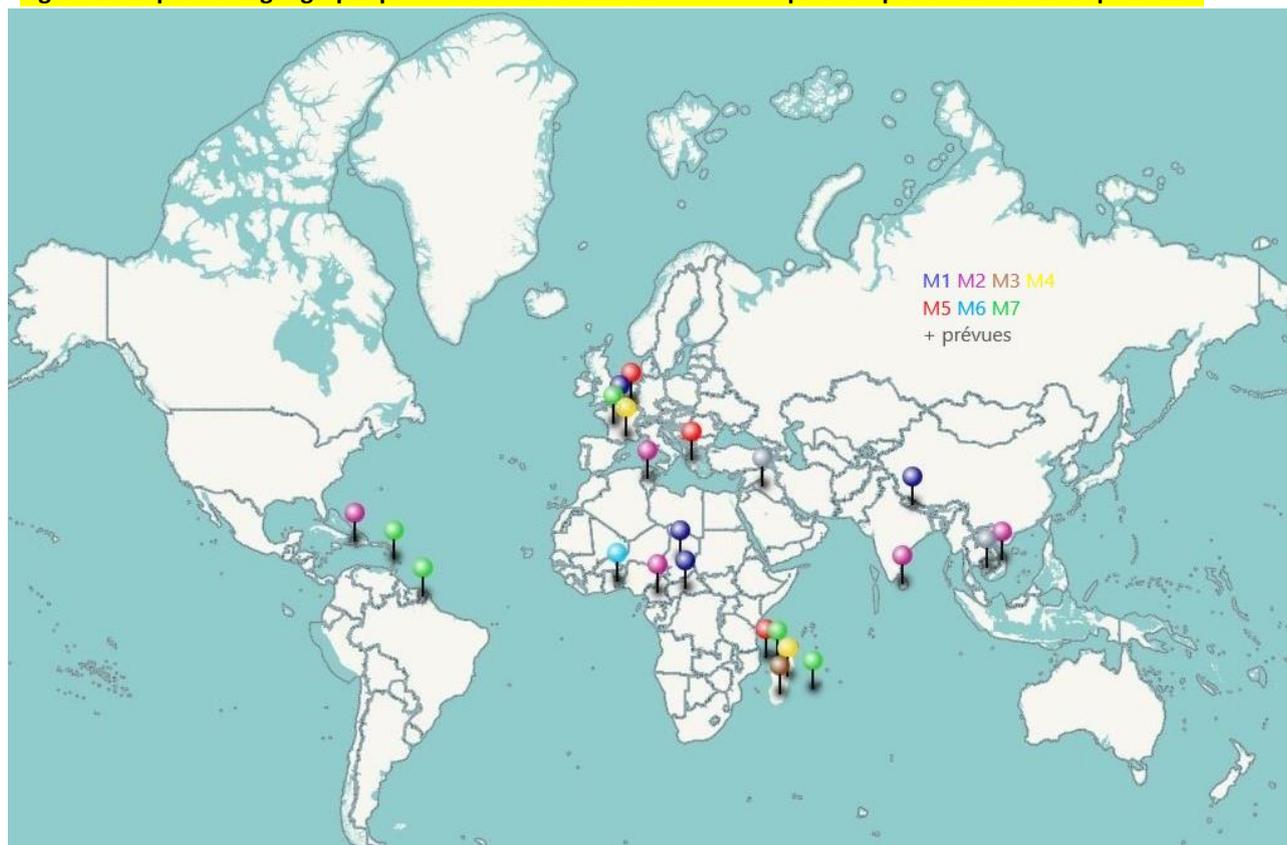
³ Université Catholique de Louvain

II. Description des actions

Les zones des actions menées par les médecins interrogés sont regroupées sur la carte ci-dessous (avec un code couleur pour chaque participant).

L'Afrique, l'Asie du Sud, les DOM-TOM (Départements et Territoires d'Outre-Mer) et même l'Europe sont concernés.

Figure 1 : Répartition géographique des actions de MH effectuées ou prévues par les médecins répondants



Un peu plus en détail, voici en tableau 3 les caractéristiques principales de ces actions (nombre, durée, pays, organismes, type, rémunération). Les lignes grisées sont les actions qui sont prévues par les participants, mais qui ne se sont pas encore déroulées. Les noms complets des organismes sont disponibles dans la liste des abréviations, p.18-19.

La durée des missions variait de 2 semaines à 2 ans. Les organismes pouvaient être des ONG (Organisations Non Gouvernementales) mondiales comme des associations plus petites.

Le type d'action était très diversifié : consultations itinérantes, formation, soins en dispensaire ou service de médecine, gestion de projet, urgence/crise, apport de matériel.

La rémunération sera discutée plus loin, en chapitre V.

Tableau 3 : Description des actions de MH effectuées ou prévues par les médecins répondants

	Nombre d'actions	Quand	Durée	Pays	Organisme	Type	Rémunération
M1	4	vers 2014	1 an	France	MDM	cs camp de migrants Calais	non
		vers 2018	7 mois	Tchad	MSF	service pédiatrie	1100€/mois
		2019	5 mois	Centrafrique	MSF	service pédiatrie	1100€/mois
		2019	1 mois, à renouveler	Népal	a créé sa propre association	matériel d'ophtalmologie + objectif coelioscopie pour chirurgie pédiatrique de l'hôpital de Katmandou	non (au contraire, a récolté des fonds d'environ 80 000€)
	prévoit	?	?	Moyen-Orient	MSF	médecin référent	oui (montant inconnu)
M2	>15	1978	2 ans	Tunisie	coopération	service pédiatrie	État
		plusieurs fois (10-15 missions, sur 10 ans 2000-2010)	15 jours	Vietnam	SFD (/CCFD)	dvpt, formation	non
		2004	?	Sri Lanka	SFD (/CCFD)	urgence séisme	non
		2010	3 semaines puis ?	Haïti	SFD (/CCFD) puis SFD seule	urgence tremblement terre, puis dvpt/formation sur 5 ans	non
		en cours	?	Cameroun	SFD + Ad Lucem	dvpt (addictologie, formation sage-femmes)	non
M3	1	2020	2 semaines	Madagascar	Ar'mada	cs itinérantes, dvpt	non
	prévoit	avenir proche	6 mois-1 an	Cambodge	Douleurs Sans Frontières	dvpt, formation	800 - 1200€/mois
M4	2	environ 2010	1 mois	Madagascar	Ar'mada	cs itinérantes, dvpt	non
		1998-2000	environ 2 ans	France	MDM	cs précarité (avant CMU)	non
M5	3	2018	1 an	Belgique	MDM	cs migrants	non
		2019	2x un peu plus de 2 mois	Grèce	Kitrinos	urgence (réfugiés)	non
		2019	1 an et demie	Mayotte	MDM	soins primaires	2200 - 2500€/mois
M6	1	2019	2 semaines	Togo	Terre d'Azur	cs dispensaire, dvpt	non
M7	8	2018	4 jours	France	Réserve sanitaire	renfort	300€/jour
		2019	2x 2 semaines d'affilée	Mayotte	Réserve sanitaire	renfort	300€/jour
			5 jours	France (aéroport CDG)	Réserve sanitaire	covid	300€/jour
			6 semaines	France (Hôpital)	Réserve sanitaire	unité covid	300€/jour
			5 semaines	Mayotte	Réserve sanitaire	dispensaire (covid + non covid)	300€/jour
			2,5 semaines	Martinique	Réserve sanitaire	covid	399€/jour
		2020	5 semaines	Guyane	Réserve sanitaire	dispensaire (covid + non covid)	399€/jour
			6 semaines	Réunion	remplacement (a "rejoint" la Réserve)	unité covid	salariée Hôpital (montant inconnu)

cs = consultations ; dvpt = développement

III. Contexte du départ

Le premier départ en humanitaire pour un généraliste correspondait à un moment de fracture, déterminé par le moment où les moteurs à ce départ surpassaient les freins.

A. 1er départ

1. Moteurs

Qu'est-ce qui faisait qu'un médecin généraliste partait en mission humanitaire?

Entre autres (liste non exhaustive), les médecins interrogés décrivaient :

- une envie profonde et ancienne

M3 : "C'est quelque chose que je voulais faire depuis un moment."

M6 : "C'est toujours quelque chose que j'ai voulu faire, vraiment depuis que j'étais externe."

Pour M7, cette vocation remontait même à l'adolescence : *"En fait si tu veux quand il y a eu les tsunamis aux Philippines en 2005, j'étais devant ma télé et je m'étais dit « mais.. moi quand je serai docteur, je veux pouvoir aller aider ces gens »."*

- un défi personnel

M7 : "Je suis partie surtout pour prouver aux gens que j'étais capable de le faire, et pour me prouver à moi-même que j'étais capable de le faire."

- une obligation morale, faisant appel à notre conscience professionnelle ou personnelle

"[C : Qu'est-ce qui vous a poussée, au départ, à faire ces consultations avec Médecins du Monde ?] M4 : Je pense que j'aimais cette sensation de me rendre utile, d'aider les gens. Ces gens-là, on se dit que si on n'est pas là pour les aider, qui le fera ?"

M3 : "Qu'est-ce qui m'a donné envie de faire de l'humanitaire ? Je ne sais pas trop... C'est cette envie d'aider les gens en situation de précarité ou en difficulté, ou quelque chose de plus précis et de plus personnel - c'est-à-dire une volonté de faire une bonne action ou ce genre de chose - ça ne je sais pas trop..."

- l'attrait pour les situations exceptionnelles/spectaculaires, voire le danger

M5 : "Des camps de réfugiés qui à la base ont une capacité d'accueil de, je sais pas.. je dis des chiffres au hasard, mais genre 500 personnes, se retrouvent à accueillir 10 000 personnes. Donc il y avait tout le temps des demandes de nouvelles personnes. Du coup je suis partie en Grèce de façon pas du tout organisée ni prévue."

M1 : "Tu vois là j'ai envie d'aller au Moyen-Orient, pareil c'est très tendu, c'est encore des pays qui ont été en guerre, les gens ont une autre culture, fin moi j'ai envie de voir comment c'est."

- une quête de sens professionnel, reconnaissance

*"[C : Qu'est-ce qui t'avait plu dans ce concept de réserve ?] M7 : C'est d'être sur de l'urgence. Le fait de partir sur des contextes sanitaires où on avait *insiste* besoin de nous."*

- un évènement personnel

M1 est parti suite à une rupture amoureuse, qui a déclenché le départ.

M1 : "Qui part en fait ? Pour quelle raison ? [...] Pour certaines personnes c'est des déclics. Il t'arrive un évènement dans ta vie, pas forcément bien. [...] Elle m'a largué, ça s'est fini. C'est des fractures, des moments de ta vie où tu dis « Bah, finalement je suis libre, je suis dispo, j'ai toujours voulu le faire, et let's go⁴ quoi ! » [...] Moi honnêtement c'est vraiment cette rupture qui m'a débloqué."

Selon M1 il existait deux catégories de personnes qui partent : les gens qui ont une vocation et feront de la MH quoiqu'il arrive, et les gens qui ont un attrait sous-jacent pour la MH et partent parce qu'ils en ont l'occasion.

M1 : "Il y a les gens qui ont toujours voulu faire ça, qui ont toujours eu ça en tête, [...] qui vont tout faire pour partir quoiqu'il arrive. Un instinct quoi. Et puis t'as les gens qui y pensaient un peu, et t'as un truc qui leur arrive dans leur vie... c'est un peu des fractures, où t'as besoin d'un truc fort."

2. Freins

Outre les freins classiques et attendus tels que :

- l'engagement professionnel/l'engagement familial (surtout l'installation, cf. IV.A.1.a.)

M3 : "Je pense que je vais profiter de ne pas être encore engagé, à la fois sur le plan personnel et sur le plan professionnel, pour partir en mission humanitaire."

*M1 : "Si tu t'installes, c'est *insiste* mission impossible quoi. Faut faire ça *insiste* avant."*

- la situation financière

M1 : "Le salaire, il est complètement pourri ! Imagine, t'as un appart à Paris, t'as un emprunt, t'as bidule, enfin tu peux pas... Du coup forcément t'as des facteurs limitants, faut le savoir."

D'autres freins avaient été mis en évidence (liste non exhaustive) :

- des craintes

M4 : "Moi ce que j'ai pu entendre, c'est qu'il y en a beaucoup à qui ça fait peur. Tant sur les pathologies qu'ils peuvent attraper, des pathologies exotiques, que sur des conflits armés qui peuvent exister dans certains pays, donc ça peut faire peur à certains."

M7 : "Des choses qui m'ont freinée... au début c'était juste mes propres craintes."

- un sentiment d'incompétence

*"[C : Avant de partir, comment tu t'imaginais cette mission ?] M6 : [...] Moi, dans ma tête c'était « ce que je peux apporter moi à l'équipe c'est juste... *hésite* oui juste faire des consultations », après, plus euh... je pense que j'aurais pas été... enfin je n'avais pas les compétences."*

⁴ c'est parti

- un manque d'information, de formation

M1 : "Personne, à la fac, personne ne parle de médecine humanitaire. [...] De temps en temps on avait des expositions photo dans le hall de la fac, de MSF. Mais globalement à la fac on ne t'apprend pas du tout l'humanitaire. Ils ne favorisent pas du tout la diversité, aller voir ailleurs..."

3. Comment partir ?

Les enquêtés étaient plus ou moins impliqués dans le départ.

Certains avaient une attitude active, comme M1 ou M5 qui avaient fait eux-mêmes des recherches pour partir :

M1 : "Ce qui est intéressant, c'est d'aller regarder et voir sur Internet et tu te dis « Médecins du Monde fait des réunions hebdomadaires, ben je vais me renseigner et partir ». C'est parti comme ça. [...] C'est une démarche personnelle."

M5 : "J'ai cherché sur Internet."

D'autres étaient plus passifs et sont partis suite à une opportunité :

M3 : "J'avais une autre amie interne qui avait déjà dans l'idée de faire cette mission-là, et je me suis greffé du coup. Je me suis dit que j'allais en profiter pour faire la même chose."

M6 : "Je crois qu'ils ont laissé un petit mot sur Facebook®, sur le groupe de la Fac de Nice et sur le groupe de Marseille. Moi c'est comme ça que je les ai vus, et ça tombait pile pendant ma disponibilité. [...] Je ne pensais pas avoir l'occasion aussi tôt en fait."

Ou même par défaut, comme M2 qui a connu sa première expérience humanitaire en coopération en Tunisie :

M2 : "À l'époque on faisait un service militaire. J'ai pas été le seul mais nombre d'entre nous, plutôt que de faire un service militaire classique, on a demandé à partir en coopération."

B. Repartir ?

1. Une balance bénéfice/sacrifice favorable

Les répondants montraient une envie de repartir certaine. Ou, dans le cas de M4, une envie de poursuivre ses consultations de Médecins du Monde en France, alors que celles-ci ont pris fin faute de demande suite à la mise en place de la CMU (Couverture Maladie Universelle).

M1 : "Mon idée c'est de repartir en mission vraiment un maximum."

M2 : "Oh moi je suis parti régulièrement au Vietnam, je les compte plus, peut-être une dizaine ou une quinzaine de fois."

M7 : "Je pense de toute façon repartir. C'est quelque chose que j'aime beaucoup."

"[C : Et si vous aviez eu le choix, vous auriez continué ?] M4 : Oh oui moi j'aurais continué !"

Cette intention de réitérer l'expérience était liée à un fort sentiment de satisfaction :

M1 : "Pour le coup tu te sens vraiment utile. Et forcément après ça te fait bizarre de revenir en France quoi. Enfin c'est pas mégalomane mais voilà c'est une des raisons pour lesquelles je suis reparti."

M3 : "En tous cas je n'ai pas regretté d'être parti."

De plus, repartir était plus facile que le 1er départ car :

- le cadre était déjà connu

M7 : "L'avantage c'est que comme je connaissais le fonctionnement de la Réserve, ça me permettait d'anticiper."

M6 : "[C : Tu m'as dit que tu comptais repartir ?] M6 : Oui c'est avec la même association, et avec les mêmes médecins et les mêmes internes qui étaient partis en même temps que moi. [C : Comment tu vois les choses?] M6 : Sur la même durée, en fait, exactement sur la même durée. Pareil, le même mois, en octobre, sur deux semaines."

- un réseau de relations se mettait en place

M7 : "J'ai été contactée personnellement (parce qu'il y a des gens qui me connaissent, du siège etc.) pour que je reparte."

2. Repartir : oui, mais différemment

Cependant, même si les participants comptaient repartir, ils n'en avaient pas forcément envie tout de suite, ni dans les mêmes conditions que le premier départ.

En effet, suite à la première expérience en mission humanitaire, des déceptions et de la fatigue pouvaient être présentes :

"[C : Comptez-vous repartir en MH ?] M5 : [...] Euh.. Pourquoi pas. C'est pas un projet dans l'immédiat. Très honnêtement, j'ai aussi besoin de souffler un peu personnellement de tout ça."

M4, quant à elle, avait été refroidie par un conflit avec l'équipe à propos d'un vol d'argent pendant sa mission : *"Euh repartir en mission humanitaire... Moi je veux bien donner de mon temps, je veux bien donner de mon expertise, je veux bien tout, mais faut pas qu'on me prenne pour une bille."*

M7 : "Pour que je reparte, pour le moment c'est non. [...] Tant qu'ils n'ont pas fait le ménage au niveau des gens..."

De ce fait, en apprenant des précédentes missions, les objectifs des répondants s'affinaient. Leur vision de l'humanitaire évoluait. Ils devenaient plus exigeants, plus regardants sur les missions choisies que lors du premier départ.

M2 : "J'apprends à chaque mission."

M2 : "Déjà, quand tu t'en vas la première fois... C'était pas si clair dans ma tête que ça l'est maintenant."

M4 : "C'est sûr que je ne consultais pas du tout de la même façon au début et à la fin !"

M1 : "Là je me dis, voilà, j'ai un peu d'expérience, donc maintenant je veux des trucs qui me plaisent un peu plus. Je préfère ne pas partir tout de suite que partir dans le premier truc qui vient."

3. Évolution des désirs, initiatives, auto-entretien

Pour une meilleure adéquation avec leurs objectifs et leurs ressentis, les participants adaptaient donc le choix de leurs prochaines missions.

Par exemple, M3 s'est rendu compte que sa mission de 2 semaines à Madagascar ne l'avait pas contenté sur le plan du suivi. Il comptait donc repartir sur une plus longue durée et dans une action plus axée sur le développement :

M3 : "Je me suis dit qu'il faudrait peut-être que je fasse des missions un peu plus longues. [...] J'ai postulé de manière spontanée à un autre organisme, une autre ONG ce coup-ci, qui s'appelle Douleurs Sans Frontières. [...] Cette fois pour moi c'est pour aller en Asie, au Cambodge. Ce sont des missions un peu plus longues, de 6 mois à 1 an, dans le but de développer un peu la formation et ce qui serait chez nous l'équivalent de l'hospitalisation à domicile, mais avec des moyens moindres, dans tout le Cambodge en fait. Donc quelque chose plus axé sur le développement, sur la formation, sur la coordination, un peu de management."

Un besoin d'émancipation émergeait, suite à des divergences idéologiques de pratiques avec leurs précédents organismes :

M2 : "En rentrant d'Haïti, on a flotté un peu [...] car nous on voulait continuer sur Haïti mais notre association qui nous soutenait, le CCFD⁵, nous a dit « ben pour nous c'est terminé, circulez il n'y a plus rien à voir ». On était sous-traitants en quelque sorte. Donc on a décidé de s'affranchir du CCFD."

M7 : "Moi je suis repartie de mon côté."

Par ailleurs, dans leur action humanitaire, les participants ne s'étaient pas toujours contentés de suivre une mission prédéfinie. Parfois, ils avaient créé eux-mêmes de l'offre de soins dans le pays cible.

M2 : "Et ce qu'on a fait aussi au Vietnam, c'est qu'on a mis en place toute une unité Kangourou. [...] On a été, je crois, la première association qui a mis en place une unité Kangourou au Sud Vietnam. Ça, ça a été vraiment notre réussite."

M1 : "L'objectif c'est 110 000€. Pour l'instant, on a réussi à récolter 77 000€. L'objectif c'est d'arriver à 80 000€, et quand on était au Népal on a signé un accord avec l'hôpital : eux s'engagent à mettre le complément. Donc ça va se faire ! [...] Et ça sera le premier hôpital du Népal à opérer en coelio⁶ des enfants."

Ainsi, au fil des missions, le MH devenait plus indépendant et s'épanouissait plutôt dans des initiatives personnelles qui lui correspondaient mieux. Pour M1, c'était la création de sa propre association :

⁵ Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement

⁶ coelioscopie

M1 : "Je suis parti 5 semaines au Népal, ça c'est pour mon association, et j'aimerais repartir en janvier. C'est génial."

Cette implication s'auto-entretenait.

M1 : "Comme t'as un retour humain, riche, t'as envie d'encore plus les aider si tu veux."

C. Partir s'impose à nous

Le départ apparaissait finalement comme imposé au médecin.

Comme si celui-ci ne choisissait pas réellement, au bout du compte, et qu'il s'était retrouvé porté par quelque chose qui le dépassait :

M1 : "Il y a un truc qui fait que t'aimes être ailleurs, t'aimes rencontrer des gens, des nouveaux endroits". M1 lui-même n'expliquait pas ce "truc".

M5 : "La Grèce, ça s'est un peu fait par hasard en fait."

M2 : "On était partis pour rentrer en France, et le hasard a voulu - mais est-ce qu'il y a vraiment des hasards dans la vie ? - qu'il y ait à ce moment le tremblement de terre à Haïti."

Autre exemple, M3 entendait une "petite voix" qui le poussait vers l'humanitaire malgré le quotidien :

M3 : "C'est vrai que j'avais quand même cette envie de faire de l'humanitaire à un moment donné."

IV. Organisation professionnelle

A. Analyse d'expériences

Voici un tableau récapitulatif des modes et lieux d'exercices actuels de la médecine générale des médecins interrogés, ainsi que leur exercice passé et leurs projets éventuels.

Il est présenté afin de pouvoir comparer les situations des enquêtés et analyser comment ils ont intégré la MH à leur emploi du temps.

Tableau 4 : Exercice de MG des médecins enquêtés (présent, passé, futur envisagé)

	Exercice MG actuel	Lieu d'exercice MG actuel	Exercice MG antérieur éventuel	Projets exercice MG
M1	remplacements <i>milieu rural ou semi-rural</i> (en pause : désinscription CARMF)	aucun	non	aucun dans l'immédiat
M2	installé cabinet seul <i>milieu urbain</i>	Loiret	non	sans changement
M3	hospitalier : EMSPD centre de lutte contre le cancer <i>milieu urbain</i>	Toulouse	non	hospitalier ou HAD
M4	mixte : 3j/sem libéral (installée MSP, temps partagé avec associée), 3,5j/sem hôpital <i>milieu urbain</i>	Aix-en-Provence	CCA urgences, puis remplacements, puis 6 ans de PMI, puis installation, puis vacances hospitalières, puis 2ème installation	sans changement
M5	HAD	La Réunion	libéral en Belgique	inconnu
M6	remplacements + clinique <i>milieu urbain + semi-rural</i>	Marseille et alentours	non	sans changement
M7	remplacements <i>milieu variable</i>	Indre	vacances hospitalières (médecine polyvalente dans l'Indre et unité covid à la Réunion)	Installation MSP rurale, médecin correspondant SAMU et pompier

j/sem : jour/semaine

CCA : Chef de Clinique Assistante

1. MG libérale ou salariée ?

a. Libérale : entre liberté et frein

L'exercice libéral de la MG était à double tranchant pour partir en MH.

D'un côté, la liberté qui l'accompagnait était mise en valeur :

M4 : "Et au cabinet, ben je me suis fait remplacer. De toute façon en cabinet, en libéral, on fait comme on veut !"

"[C : Comment vous organisez-vous pour votre cabinet quand vous partez ?] M2 : Je ferme. De toute manière ici tout le monde le sait, la patientèle est habituée."

On voyait du même coup que les médecins installés n'avaient pas le même fonctionnement pendant leur absence : certains comme M4 se faisaient remplacer, d'autres comme M2 fermaient le cabinet.

D'un autre côté, l'installation était perçue comme un frein majeur :

*M1 : "Si tu t'installes, c'est *insiste* mission impossible quoi. Faut faire ça *insiste* avant."*

M1 : "Tous ceux qui sont installés, forcément... Beh voilà! Alors que moi, je suis disponible."

M6 : "Quand on est installé il faut.. Ben, oui, financièrement du coup on paie tout, et ensuite il faut assurer la continuité des soins en France."

Concernant les remplacements, ils permettaient une liberté certaine :

*M7 : "Je ne prévois quasiment pas, en fait. Quand je rentre de mission, je le signale au médecin que je remplace d'habitude et puis ben dans la semaine j'ai *moue de facilité* 3-4 jours de remplacement, 1 semaine, enfin... j'ai des remplacements au pied levé en général."*

Pourtant, ils n'étaient pas vus comme un mode d'exercice viable sur le long terme :

*M7 : "Je vais m'installer hein, quand même ! *rigole*"*

De plus, il était parfois compliqué de gérer l'aspect administratif, avec les organismes comme la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) ou l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales). La question d'une résiliation se posait, selon le temps d'absence du médecin pour sa mission, sa rémunération sur place, etc. La durée d'exercice en France devait être assez longue pour pouvoir payer ces cotisations. Ce sont des questions dont les médecins libéraux devaient se préoccuper.

M1 : "T'as quand même l'URSSAF et la CARMF à payer... Et les deux cumulés t'en avais pour 1000€ par mois! Une des raisons qui font que je ne remplace plus en France, c'est que j'ai coupé la CARMF, j'ai coupé l'URSSAF. Je paye que ma caisse des retraites, et entre guillemets je ne peux plus remplacer là à l'heure actuelle !"

M1 : "Et du coup si je veux re-remplacer en France, il faut que je remplace un minimum pour pouvoir payer annuellement 6000€, 6 à 7000€..."

b. Salariée : organisation à anticiper

Le salariat permettait de partir plus sereinement sur le plan logistique, mais avec moins de liberté (besoin de l'accord de la hiérarchie, temps d'absence imposé, anticipation nécessaire).

M1 : "Ceux qui travaillent à l'hôpital, regarde : je prends une dispo de 6 mois à l'hôpital, l'hôpital il te paie 6 mois, et il faut... T'as un temps imparti."

M3, actuellement médecin hospitalier faisant partie de l'EMSPD (Équipe Mobile Soins Palliatifs et Douleur) d'un centre de lutte contre le cancer, était parti sur son temps de vacances pendant son dernier stage d'internat. Il prévoyait de faire un assistantat, puis de repartir. L'exercice de MG qu'il voyait pour son futur restait hospitalier, en tous cas il ne se voyait pas en libéral. Il pensait donc concilier un départ en MH avec une activité salariée.

M3 : "C'était lors de mon dernier stage d'internat, [...] au mois d'août. C'était sur mon temps personnel."

M3 : "J'ai cherché pour faire une mission après mon assistantat du mois de novembre."

“[C : Vous vous voyez rester en hospitalier en France ?] M3 : Oui je pense. Ou faire du mi-temps hospitalier, peut-être plutôt en HAD pour moi, plus que... plus qu’ouvrir mon cabinet.”

M6, partie en tant qu’interne elle aussi, a eu besoin de l’accord de son chef :

M6 : “Ça passe pas forcément avec les chefs.”

L’absence n’était pas toujours rémunérée, comme pour M4 qui était partie sur des jours de congés sans solde.

M4 : “À l’hôpital ils ne m’ont pas décompté ça en temps de vacances, ils ne m’ont pas payée mais j’ai eu droit à 30 jours de vacances en plus. [C : Des congés sans solde en fait ?] M4 : Oui voilà en gros.”

c. Autres

Enfin, certains des enquêtés avaient une activité non catégorisée dans les 2 situations précédentes, comme M4 qui avait une activité mixte cabinet/hôpital, ou M5 qui était en HAD (hospitalisation à domicile).

M5 : “Aujourd’hui j’exerce en HAD, donc ni l’un ni l’autre !”

2. MG au service de la MH ou l’inverse ?

L’organisation professionnelle des médecins participants était variable, selon la discipline qu’ils estimaient prépondérante dans leur activité.

Ainsi, pour certains, c’est la MG qui était au service de MH, car la MH dépassait tout et il fallait être disponible. L’emploi du temps était donc pensé en fonction des départs ou de l’exercice de la MH.

M5 : “Je ne voulais pas faire un temps plein exprès pour pouvoir avoir une activité qui me tenait à cœur dans un autre domaine quoi.”

M7 : “J’ai toujours pris des remplacements très courts, de 1 ou 2 semaines, justement pour avoir le temps de partir avec la Réserve.”

Pour d’autres, c’était l’inverse. La MG était leur activité principale et la MH s’articulait autour, quand ils pouvaient. De ce fait, cela influait peu sur leur rythme de MG.

M6 : “Je repartirai tant que je peux, tant que je suis disponible. Et après, c’est vrai que j’aimerais bien aussi... faire d’autres... d’autres missions, oui, s’il y a l’occasion.”

M3 : “J’avais 2 semaines de vacances, et j’avais toujours voulu aller à Madagascar. [...] Je me suis dit que j’allais en profiter.”

M4 : “À l’époque je travaillais moins, j’avais moins de consultations en cabinet. Donc je mettais une consultation par semaine, ça rentrait. [...] C’était dans les locaux de Médecin du Monde. Je faisais une vacation grosso modo par semaine.”

3. Un accord possible sur le long terme ?

L'accord de la MG et la MH semblait concevable sur le long terme.

M7 : "Je pense que ce sera toujours possible de concilier les 2."

"[C : Pensez-vous qu'il soit possible au long terme d'accorder les deux justement, médecine générale et médecine humanitaire ?] M4 : Pourquoi pas."

B. En pratique, plusieurs possibilités pour accorder MG avec MH :

Concrètement, les MG enquêtés avaient adopté diverses stratégies pour accorder les deux pratiques.

1. Adapter sa pratique de MG pour l'axer sur l'humanitaire

M7 avait choisi, en plus de ses missions avec la Réserve, d'adapter sa pratique de MG pour que les aspects de MH soient plus présents dans son quotidien. Elle ambitionnait de devenir médecin pompier, et de participer au SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). Pour ce faire, elle a choisi d'axer sa formation obligatoire de Développement Professionnel Continu (DPC) de MG sur la régulation.

M7 : "Je viens de terminer une formation en ligne sur la régulation ambulatoire, c'était dans le cadre du DPC."

M7 : "L'objectif c'est de devenir médecin correspondant du SAMU et médecin pompier. Garder un peu ce côté d'urgence etc., rester performante dans ce domaine-là."

2. Exercer la MH depuis son pays

L'exercice de la MH n'était pas réservé à l'étranger.

En effet, M4 et M5 avaient choisi de participer à des consultations de Médecins du Monde (MDM) dans leur pays (France et Belgique, respectivement). Ceci était compatible avec un exercice chronique (ces consultations ont duré entre 1 et 2 ans). M1 avait de l'expérience en camp de réfugiés en France. M7, avec la Réserve sanitaire, était partie exclusivement en France (hexagone + DOM-TOM⁷).

"[C : Et quand vous me disiez que vous aviez fait des consultations par MDM, c'étaient des consultations en France ?] M4 : Oui, oui, à Aix."

M5 : "Ceci dit, même en Belgique j'ai fait un peu d'humanitaire."

M1 : "J'ai travaillé avec Médecins du Monde pour les camps de migrants à Calais."

"[C : Il fallait que tu sois disponible sous combien de temps pour partir à chaque fois ?] M7 : Alors en Métropole c'est 1 semaine, en Outre-Mer c'est au moins 2 semaines. [...] Et tu vois par exemple à Creil j'ai prolongé 4 fois."

M5 pensait que pratiquer la MH "à domicile" était prudent pour commencer :

⁷ Départements et Territoires d'Outre-Mer

M5 : "Si je peux donner un conseil, pour ce que ça vaut, ce serait de commencer là où on est. [...] Mettre un pied dedans proche de là où on exerce."

Enfin, M2 supervisait les projets de son association depuis la France, en attendant son départ annuel. M6 évoquait la possibilité d'un suivi à distance de nos actions. Là aussi, le pratique "à distance" permettait un exercice chronique de la MH, en parallèle de l'activité de MG.

M2 : "On a ces deux projets-là en cours."

M6 : "Sur les groupes What's app®, elle [la chef de mission] nous donne des petites nouvelles de temps en temps, oui."

3. Actions courtes itératives

Lorsqu'un départ effectif à l'étranger était présent, il avait fallu choisir la durée de la mission. Les actions courtes (durée inférieure ou égale à 1 mois), étaient pratiques car faciles à intégrer à l'emploi du temps. On pouvait ainsi partir plus fréquemment.

M2 : "C'était des missions courtes, d'une quinzaine de jours. On s'en va pour 15 jours. Mais plusieurs fois dans l'année. Il y a plusieurs équipes qui s'en vont, on essaie que ce ne soit jamais les mêmes."

M6 prévoyait déjà de partir chaque année "le même mois, en octobre, sur deux semaines."

M7 : "Dans l'idée, je m'étais projetée de partir à peu près 1 mois par an. Soit repartir avec la réserve, soit repartir par moi-même (puisque maintenant je commence à avoir des contacts un peu partout), soit rentrer chez MSF."

M5 décrivait l'organisation de certains de ses collègues :

M5 : "Les gens que je connais qui ont fait leur carrière dans l'humanitaire, partiellement on va dire, et pour qui ça a fonctionné, c'était souvent des personnes qui avaient un boulot fixe et qui, 2 fois par an, 3 fois par an, partaient faire une mission à un endroit ou à un autre. Tu fais ça pendant toute ta carrière, mais c'est un petit temps de l'année chaque année."

4. Actions longues sporadiques

Cependant, les missions plus longues (plusieurs mois voire années) apportaient plus de sens, de suivi. Certains organismes, d'ailleurs, ne proposaient pas vraiment de mission courte. Ces actions étaient plus difficiles à mettre en place et se prévoyaient bien à l'avance.

M1 : "Mais si tu pars avec une grosse ONG comme Médecins sans Frontières, c'est impossible de partir en mission courte."

M4 : "Ce qui est quand même très très embêtant c'est d'avoir des consultations, comme ça... de ne pas avoir de suivi."

M3 : "C'est vrai que 2 semaines ben... enfin c'est 2 semaines mais ce n'est que 6 jours de consultation finalement, c'est assez court. Il y a un suivi, mais avec différents bénévoles. Donc

je me suis dit qu'il faudrait peut-être que je fasse des missions un peu plus longues. J'ai postulé avec Douleurs Sans Frontières, qui fait des missions de 6 mois-1 an."

M1 : " Je suis parti une première mission de 7 mois, après en rentrant je suis resté 2 mois en France, j'ai remplacé 3 semaines, après je suis reparti 5 mois, et là je suis rentré au mois d'août."

M5 : "À la base j'avais un contrat d'1 an. Ils font tout le temps, enfin que je sache, pour les endroits où les gens n'ont pas forcément envie de se projeter à long terme (genre Mayotte), ils font des contrats d'1 an. Et puis moi j'ai prolongé un petit peu, j'ai demandé 6 mois de plus."

5. MH exclusive ?

La pratique de la MH permettait d'entrevoir des évolutions. M2 avait vu son association grandir depuis son adhésion, il en était devenu la Président et supervisait les projets, même s'il ne partait que 15 jours par an. De son côté, M1 voulait faire carrière dans l'humanitaire. La pratique exclusive de la MH semblait donc possible.

*M2 : "Et puis de fil en aiguille, je suis rentré au bureau, puis devenu Président. À l'époque, c'était une petite association (je crois que j'étais le sixième ou septième à rentrer), maintenant on est plus d'une trentaine - je crois, je ne sais même plus *rigole*."*

M1 : "J'ai fait 1 an de médecin traitant chez MSF, et là j'ai été validé pour être médecin référent, donc j'envisage une carrière. [...] Et après tu peux grimper, tu peux faire plein de trucs quoi ! C'est méga riche !"

M1 : "Moi je suis parti pour continuer en humanitaire quasiment exclusif en fait."

M4 : "[C : Pensez-vous qu'il soit possible de faire carrière uniquement dans l'humanitaire ?] [...] Oui ! Après, est-ce que ça aurait été mon choix ? Euh, non ! Mais, oui oui oui, qu'il y ait des gens qui ne fassent que ça, pourquoi pas oui !"

Pour M5, pratiquer exclusivement la MH était plus qu'un choix de carrière, c'était un choix de vie.

M5 : "Je pense que c'est un peu un choix quand tu fais ça de manière continue pendant 30 ans? C'est un choix de vie."

C. Il n'y a pas de "bonne" organisation

Finalement, il existait une multitude d'organisations professionnelles possibles pour accorder MH et MG. Le ratio du temps dédié pour l'une ou pour l'autre variait d'un extrême à l'autre, selon les possibilités, la résilience et l'implication de chacun.

M1 avait pensé à plusieurs organisations possibles, par exemple :

M1 : "Soit tu choisis que de faire des missions et quand t'es en France tu travailles pas ; ou alors tu travailles en tant que salarié, à ce moment-là tu paierais pas la CARMF ; soit tu pars un peu en mission, et après tu remplaces beaucoup pour gagner un minimum."

La spécialité de MG était décrite comme offrant un large champ d'exercice possibles, permettant cette diversité d'actions.

M3 : "C'est vrai que le DES de médecine générale permet d'avoir une liberté et un champ de possibilité énormes !"

À chacun de trouver son équilibre, et le curseur d'organisation qui lui correspond !

V. Aspect financier

A. Conséquences financières de la MH : variables

Les missions des participants étaient soit bénévoles, soit rémunérées (salariat).

Reprenons le tableau 3 (p.33) décrivant les actions de MH, plus particulièrement la dernière colonne relevant les rémunérations des MG enquêtés au cours de leurs actions.

1. Soit aucune

a. Temps d'action trop court sur l'année pour de réelles conséquences

M2, M3, M4, M6 avaient fait des missions bénévoles, mais de durée courte (15 jours à 1 mois à l'étranger en présentiel, ou bien des consultations chroniques en France avec quelques créneaux par semaine en parallèle de l'activité de MG habituelle). Ainsi, cela n'avait pas d'impact négatif sur leurs finances.

*"[C : Votre pratique de l'humanitaire a-t-elle eu des conséquences financières pour vous ?]
M4 : *secoue la tête*"*

"[C : Financièrement ça n'a pas posé de souci ?] M2 : Non parce que, nous quand on s'en va, on s'en va pas pour des mois et des mois, on s'en va pour 15 jours."

b. Aussi bien payé qu'en MG

Concernant les missions rémunérées : selon M7, son activité de MH lui permettait d'avoir des revenus équivalents à un MG.

M7 : "C'est 399€ bruts/jour de mission, donc c'est comme si t'avais ton CA⁸ en fait, tu vois. C'est un équivalent de 150 nets/jour de mission."

M7 : "Pour te donner une idée, j'ai fait mes comptes il y a pas très longtemps : pour 2020 j'ai fait à peu près 20 000€ de CA en libéral et 20 000 en mission, voilà. Et là ma mission en Guyane de 5 semaines, j'ai gagné 13 550€. En brut."

2. Soit un salaire en MH inférieur à la MG

Les autres médecins répondants rapportaient un salaire en MH entre 800 et 2500€/mois.

⁸ chiffre d'affaires

Sachant que le salaire moyen des généralistes était estimé à 6500€/mois en 2019⁹, ces chiffres étaient donc inférieurs à la rémunération d'un MG.

M1 : "T'es payé 1100€/mois... Et après, au bout d'1 an de mission, t'es déclaré en tant que médecin, et ça... Je crois que tu passes à 1600 ou 1500€/mois."

M3 : "C'est un poste rémunéré. Et on est payé... on m'avait dit 800.. entre 800 et 1200€. Donc ce n'est pas non plus un salaire de médecin mais..."

M5 : "[Mon salaire] c'était entre 2200 et 2500€/mois. [...] Alors qu'à Mayotte, et à la Réunion d'ailleurs aussi, mais un médecin peut facilement se faire, je ne sais pas.. entre 6000 et 8000€/mois."

3. Vivre de la MH ?

Peut-on vivre de la médecine humanitaire ? M2 affirmait que c'était impossible.

M2 : "On n'en vit pas de l'humanitaire."

M2 : "Quand tu en es toujours à compter le moindre sou en chaque fin de mois c'est pas possible... Tu verras que ce n'est pas vraiment avec ça que tu peux payer ton loyer."

Pourtant, M1 envisage d'en faire une carrière (cf. IV. B. 5.). M7 était satisfaite de sa rémunération en MH, et M3 pensait pouvoir avoir une qualité de vie correcte.

M7 : "À la Réserve, t'es bien payé !"

M3 : "Effectivement, c'est pas pour mettre des économies de côté, mais je pense que ça devrait suffire à avoir une qualité de vie correcte."

La question restait donc ouverte, au vu de la diversité des expériences décrites.

Quant à elle, M4 se posait la question du financement des MH :

M4 : "[C : Question tout bonnement pratique mais pour faire carrière uniquement dans l'humanitaire, comment fait-on financièrement ?] M4 : Ah bah voilà oui.. C'est toute la question... Alors est-ce que les missions humanitaires doivent être prises en charge par les gouvernements qui accueillent ? Est-ce que ça doit être des fondations ? Est-ce que ça doit être des associations ?"

B. Un rapport à l'argent complexe

1. Pas si tabou

Tandis que la médecine humanitaire est traditionnellement bénévole et désintéressée, avec un rapport à l'argent tabou, les réponses des participants étaient plutôt décomplexées à ce sujet. M1 se plaignait du salaire trop bas. M7 discutait de sa rémunération très ouvertement. M5 se comparait avec amertume aux autres praticiens du secteur (non humanitaires) et suggérait entre les lignes une revalorisation du salaire compte-tenu des conditions

⁹ Source DREES

d'exercice. M4 mettait en avant l'investissement personnel que représentait le fait d'avoir payé son billet d'avion (avec un besoin de reconnaissance).

M1 : "Tu vois, 1100€ c'est que dalle !"

M7 : "Je gagnais 300€ bruts/jour de mission, [...] C'est un équivalent de 150 nets/jour de mission."

M5 : "Accessoirement pour Mayotte je devais être le médecin le moins bien payé de toute l'île quoi. [...] Moi je n'ai pas eu ces questionnements-là, mais j'ai pas mal de collègues qui à un moment se sont un peu interrogés du lien entre ton salaire et tes conditions de travail, et le projet en général."

M4 : "On s'est quand même payé notre billet d'avion."

2. D'autres avantages que le salaire

Il existait d'autres formes de paiement que le salaire (défraiement, logement, nourriture, prise en charge des billets d'avion, imposition avantageuse). De plus, il fallait prendre en compte que la qualité de vie variait beaucoup localement, avec un pouvoir d'achat bien plus important et moins de dépenses.

M1 : "Après ce que tu gagnes, tu te le fais. Tu dépenses rien, t'es en mission... Moi sur place les missions que j'ai fait y'a rien, y'a pas un bar y'a rien... T'as rien de chez rien."

M6 : "On n'était pas du tout rémunérés. J'ai payé le billet d'avion, après, sur place, il y avait juste le WE où on n'était pas dans le dispensaire où on devait payer l'hôtel, mais sinon après tout était payé par l'association, et... je ne sais pas si c'est très légal ou pas, mais le billet d'avion qu'on a payé ils l'ont fait passer comme don à l'association. Donc on était quand même déduits en fait."

M3 : "C'est logé, blanchi, donc là-dessus ça va."

M3 : "Et puis la vie est moins chère quand même, localement !"

M7 parlait d'un "défraiement complet de tous les frais engagés (les frais de repas, l'essence, des trucs comme ça)", avant de préciser :

M7 : "Sachant que le logement est pris en charge, le transport depuis chez toi jusqu'à ton retour est pris en charge.. [...] L'avion, l'hôtel, le train, le taxi.. tout est pris en charge. Donc le seul truc que t'as à payer éventuellement c'est tes extras donc bon, ça va. [...] Il faut savoir que le jour où je suis dans l'avion, je suis payée ! Je suis payée du moment où je quitte chez moi jusqu'au moment où je rentre chez moi."

Selon M1, les revenus issus de la première année d'exercice avec MSF étaient non imposables.

M1 : "Avec MSF, quand tu pars pour 1 an de mission, tu pars en... c'est pas bénévolat, c'est volontariat. [...] Tu ne declares pas aux impôts. C'est exonéré."

3. “Rémunération” équivaut à travail/source de tensions

Le rapport à l’argent en humanitaire était complexe. Bien que positive puisqu’elle diminuait le frein au départ, la rémunération amenait son lot de complications. Les missions devenaient un “travail” en étant payées, avec une obligation de résultat. Les actions bénévoles semblaient être un “passe-temps” moins engageant. Enfin, la rémunération créait parfois des tensions au sein de l’équipe.

M5 : “J’ai fait un peu d’humanitaire mais j’étais bénévole, enfin c’était pas à temps plein du tout.”

M5 : “Là, c’était un travail, j’étais salariée et rémunérée.”

M5 : “À Mayotte, on était une équipe de 6 salariés, et puis il y avait aussi toute une équipe de bénévoles. Parmi les bénévoles, énormément de locaux, et donc ben on n’avait pas forcément les mêmes statuts. Parmi les salariés, il y avait aussi des Mahorais hein, j’avais 2 collègues mahorais, et on était 4 à être de métropole. Avec mes collègues salariés, ça se passait moyennement bien. [...] Et puis avec l’équipe bénévole qui était locale, là pour le coup ça se passait hyper bien, aucun souci.”

*M5 : “Par exemple ils ne voulaient pas *ton incompréhensif* s’occuper d’argent.”*

4. La MH comme absolu de la médecine

La MH était décrite comme un idéal par les interrogés. Elle représentait l’engagement, le sacrifice, la sincérité, la pureté des intentions parfois naïves. Le don de soi décrit par les participants était un don de temps, d’argent, d’expertise. La notion de valeurs était mise en avant. Celles de principes moraux aussi, avec parfois le devoir de prendre la “bonne décision” au nom d’un dilemme opposant santé et politique. Le bien-fondé des actions était incontestable et transcendait tous les éventuels obstacles. Cet idéal de la médecine était présenté comme difficile à atteindre.

M6 : “C’est un engagement en fait.”

M4 : “Moi je veux bien donner de mon temps, je veux bien donner de mon expertise, je veux bien tout.”

M7 : “Oui, j’avais des gros horaires mais, encore une fois, moi ça ne me paraît pas anormal. Je viens en renfort enfin je ne sais pas...”

M3 : “Je pense que ça vaut le coup quand même de donner son temps pour ce genre de mission.”

M2 : “Dans notre association, dans notre éthique, chacun paie son voyage. Car il est dit que ça n’est pas à nos donateurs, quels qu’ils soient, de nous payer un voyage. C’est notre engagement à chacun. On a une cotisation pour l’année, qui est de 50€, et quand on s’en va, on paie son voyage, voilà c’est comme ça.”

M7 : “En fait, à partir du moment où t’es sincère je pense que t’as des bons retours de la population, que ce soit des patients ou des collègues.”

M2 : “Avoir des belles idées, c’est bien, avoir envie d’aider les autres etc. c’est bien, mais il faut bien comprendre que c’est pas suffisant...”

M5 : "Il y a un truc qui était très dur pour moi au début, c'était de réussir à.. [...], d'accepter que ce n'est pas parce que j'habite dans une maison, que j'ai un toit et de l'eau chaude, que ça fait de moi quelqu'un qui n'est pas en accord avec mes valeurs quand moi je vais..."

*M5 : "Il y a vraiment cette espèce de dilemme, à savoir : je fais un truc sur le court terme qui alimente un système qui est pourri, *insiste* ou je ne le fais pas, mais alors le temps que l'État se réveille les gens ils crèvent."*

M7 : "Mais je repartirai, genre si y'a un tsunami ou un truc comme ça, je repartirai. C'est clair avec les médecins que je remplace, et c'est clair avec mon compagnon."

Enfin, pour résumer ces idées, M4 décrivait la MH comme un réel absolu de la médecine :

M4 : "Je me disais que c'est un peu ça, l'essence-même de la médecine en fait."

5. La MG comme soutien financier de cet absolu

Pour pouvoir exercer cet absolu de la médecine, la MG se plaçait de façon plus pragmatique comme soutien financier à la MH.

M5 : "J'ai cherché un travail qui me payait, à un moment ! [...] En Belgique, je suis retournée dans la structure dans laquelle je bossais à la base, j'ai travaillé 1 mois pour renflouer les caisses."

M1 : "Les rempla¹⁰ ? Ouais ! Après euh.. Je le fais pour passer le temps... Un peu de sous..."

La MH semblait déraisonnable, inaccessible, à côté de la MG qui apportait un schéma de vie cadré et stable. La MG correspondait à la raison, la "vraie vie", tandis que l'humanitaire correspondait aux "grandes idées".

Ceci était illustré par M2, qui disait, en parlant de sa 1ère expérience humanitaire :

M2 : "Moi je rêvais de repartir, sans trop m'en donner les moyens, parce que... pff... Moi tu sais je suis originaire de condition modeste, donc j'avais besoin de gagner ma vie voilà, et les grandes envies je les remettais toujours à plus tard. Il a fallu cette opportunité pour que je dise « ben oui j'y vais » !"

M2 : "Et puis, cette parenthèse étant fermée, après j'ai fait ma vie de médecin, c'est-à-dire que je suis rentré en France, je me suis installé, j'ai etc. etc. ..."

En parlant de son association, il ajoutait :

*M2 : "On est beaucoup d'anciens, et c'est normal, nous on a fait notre vie médicale. Si tu veux, on s'en fout de perdre 15 jours par ci par là... Mais quand on a ton âge, quand on a toute sa vie à faire... Bon je ne connais pas ton degré de fortune *rigole*, mais en général en début de carrière on a autre chose à penser."*

M1, de son côté, était tiraillé entre ses envies d'humanitaire et "la raison". Il se demandait :

¹⁰ remplacements

M1 : *“Est-ce que tu peux partir, est-ce que t’es libre? Du coup tu vois à 27, 28 ans tu peux vouloir faire ta vie, t’as un peu le... le carcan de la société qui te dit « métro boulot dodo »... Avoir une femme, des enfants c’est bien, tes amis font la même chose, du coup tu te dis « ouah c’est pas mal, je vais faire ça aussi ».”*

VI. Vie personnelle

A. Conséquences personnelles

Les conséquences personnelles de la pratique de la MH pour le MG étaient extrêmes.

Sur le versant positif :

- développement personnel, accomplissement

M2 : *“On rencontre la population, on est confrontés aux vrais problèmes de la population, on *insiste* vit quoi... Et c’est merveilleux !”*

M2 : *“Ça, ça a été vraiment notre réussite.” ; M2 : “C’est notre deuxième fierté.”*

M7 : *“Ça m’a permis aussi ces missions de faire beaucoup d’introspection, parce que tu rencontres des gens aux profils hyper différents, avec des histoires de vie et des expériences et... Enfin les discussions m’ont vraiment permis de grandir, de faire des choix, d’assumer aussi mes choix. C’est des moments aussi qui te permettent de... sur le plan personnel, qui te permettent vraiment *insiste* de grandir.”*

- découverte, apprentissages

M7 : *“Ça t’apprend la vie !”*

M2 *“J’apprends à chaque mission.”*

M2 : *“Sur le plan personnel, c’est un échange. Il ne faut pas croire que c’est uniquement nous qui leur apportons des choses, parfois même c’est l’inverse.”*

- souplesse, frugalité (faire moins attention au matériel, se contenter de peu)

M7 : *“Avant, je n’aurais jamais toléré que mon appart’ ne soit pas parfait.”*

M7 : *“À Mayotte c’est pareil hein, j’avais une bouilloire et j’ai appris à cuisiner avec une bouilloire et un tupperware quoi...”*

Sur le versant négatif :

- épuisement

M5 : *“Je pense que chacun le vit différemment mais c’est quand même un travail qui prend énormément d’énergie dans le sens.. de ressources personnelles.”*

- culpabilité, prise de conscience des privilèges

M5 : *“J’avais un peu ce sentiment d’être un imposteur et d’arriver le matin toute fraîche, toute douchée, alors que la moitié de mes collègues vivaient dans le camp de réfugiés et qu’il*

n'y avait pas d'eau chaude. Donc ça c'est un truc... Une sensation de culpabilité mais vraiment très forte, et je pense que tout le monde passe un peu par là."

M3 : "Moi j'ai eu un gros coup de retombée après la mission, où je me suis dit... J'ai eu un gros craquage où je me suis dit « wow, c'est incroyable comment tout ce monde vit dans des conditions... vraiment de pauvreté extrême, sans la possibilité d'y échapper au final ! »."

- un sentiment de vide

M5 : "J'ai un peu l'impression pendant... un peu plus de 2 ans, d'avoir mis ma vie perso de côté on va dire. Non pas que je n'ai pas eu de vie perso, car on peut s'amuser comme des fous en faisant de l'humanitaire, mais c'est plus l'impression de pas avoir construit grand-chose de personnel. Et du coup, là j'ai envie d'avancer plus pour moi."

(Cette liste n'est pas exhaustive.)

B. Vie familiale : plutôt associée au côté MG ; des interactions difficiles avec la MH

Les relations entre la MH et la vie familiale étaient compliquées, l'aspect familial s'accordant mieux avec la vie du "généraliste".

1. Des participants relativement silencieux

D'une part, les participants étaient plutôt silencieux lorsqu'il s'agissait d'aborder les relations avec la vie familiale. Les réponses étaient lapidaires, nécessitant parfois des relances. Peu de ponts, peu de partage étaient exprimés.

*"[C : Ça n'a pas eu d'incidence sur votre vie familiale ?] M4 : Non. *assurée*"*

"[C : Y a-t-il eu des conséquences sur ta vie personnelle ?] M6 : Non, non."

*"[C : Et votre femme, qu'en a-t-elle pensé] M2 : *concis* Elle l'a très bien accepté."*

2. Un entourage mitigé

L'opinion de l'entourage concernant le départ était mitigée. Ils ne comprenaient pas toujours.

"[C : Au niveau de votre entourage, quelles ont été les réactions ?] M4 : Boh ça dépend, euh... certains disaient que c'était bien, d'autres étaient plus critiques... Beaucoup considéraient que c'étaient des vacances. Voilà, c'était mitigé."

*M3 : "Alors euh... mon entourage euh... *fait la moue* Je pense que comme ça a été une mission courte ça n'a pas eu trop d'impact."*

Ces deux points participaient à rendre l'expérience de MH plutôt solitaire (point détaillé plus bas, en VIII. A.).

3. L'engagement familial : un frein ou non ?

L'engagement familial était classiquement perçu comme un frein :

M1 : "Nettement, tant que j'ai pas rencontré une femme, des enfants, des bidules, c'est kiffant de faire ça hein." Il se décrivait "célibataire libre comme l'air".

M7 : "Je ne pense pas partir tant que j'aurai des enfants très jeunes."

Cependant, en pratique et pour ceux qui l'ont expérimenté, il était possible d'accorder exercice de la MH et vie familiale. Par exemple, M2 partait régulièrement sur des actions courtes de sorte que, même s'il partait seul, cela n'avait pas d'influence sur sa vie familiale. M4 avaient mené ses consultations de MDM alors que ses enfants étaient en bas-âge.

M2 : "C'était des missions courtes, d'une quinzaine de jours. [...] Ça n'a jamais posé de souci dans ma vie personnelle."

*M4 : "Madagascar ça doit dater d'une dizaine d'années, et Médecins du Monde euh.. *se parle à elle-même* Oui, les enfants étaient petits... oui c'est il y a plus longtemps."*

Partir en MH n'était pourtant la solution de facilité avec une famille. Cela demandait de l'organisation, ou de l'adaptation. Ainsi, M2 et M4, les seuls à avoir des enfants dans notre étude, avaient préféré un exercice chronique de la MH depuis la France ou des missions courtes. M2 disait aussi que sa femme avait "accepté" son activité de MH : cela sous-entendait que ce n'était pas naturel. M5 et M7 envisageaient de partir avec leur famille à l'avenir, mais ce ne serait pas aisé. Les missions courtes semblaient faciliter l'accord de ce point de vue.

M7 : "Il faut une organisation particulière."

*M5 : "Et puis faire venir la famille sur des durées d'un an par exemple, il faut que tout le monde soit sur la même longueur d'ondes ! Et je pense que c'est surtout ça qui bloque en fait, et qui fait que j'ai pas rencontré beaucoup de gens qui ont fait leur *insiste* carrière complète dans l'humanitaire, et qui ont réussi à concilier ça avec une vie de famille."*

M7 : "Dans l'idée, je m'étais projetée de partir à peu près 1 mois par an. [...] Soit en découpé, soit d'affilée avec le mari/les enfants sous le bras : eux ils partent en vacances et puis moi je pars travailler. On verra..."

M5 : "Il y a quand même énormément d'associations qui proposent des missions « célibataires »."

M5 : "Je pense que tout est possible. Après, je pense que pour concilier vie de famille et travail libéral et médecine humanitaire, il faut faire des missions courtes. Les missions longues, c'est pas que c'est impossible mais c'est que.. Il faut embarquer tout le monde !"

M5 : "Pour concilier ça avec une vie de famille c'est compliqué aussi. Mais bref, je pense que c'est pas impossible. [...] Si les conjoints/enfants ne viennent pas (si conjoint/enfants il y a), c'est pas grave quand c'est une période courte. Enfin bon c'est une manière différente de s'organiser, mais personnellement c'est plus comme ça que je l'envisagerais. Je ne repartirais plus 1 an et demi, voilà. Après, je pense que tout existe, mais je pense que c'est pas un choix de facilité en tous cas."

M5 se demandait même s'il ne valait pas mieux partir seule et retrouver sa famille au retour.

M5 : "En gros, c'est faire venir sa famille pour vivre dans un endroit où eux ne sont pas. Bref, c'est un peu compliqué !"

Pour résumer, les répondants trouvaient que l'exercice en MH et la vie de famille n'étaient pas incompatibles, mais que leur accord était difficile. Il fallait trouver le bon partenaire, et de l'organisation.

4. MH et ruptures

D'un point de vue froidement concret, la MH avait causé parfois des ruptures. Ou bien, le départ avait compliqué une situation de couple déjà instable. Les anciens conjoints n'avaient pas compris ou accepté la pratique de la MH de leur partenaire.

M7 : "Il savait que j'étais réserviste hein, mais bon au retour de Mayotte il me dit « Oh non mais en fait je suis sur un site, je rencontre d'autres filles ! » [...] tout en continuant à m'envoyer des messages alors que j'étais en mission, donc... Voilà."

M7 : "Par contre, mon compagnon actuel est gendarme réserviste et lui ça ne lui pose pas de souci. [...] Il comprend."

M5 : "J'étais en couple, pas avec le même conjoint qu'aujourd'hui. Ça a été très compliqué ! Pas forcément parce que j'étais partie en Grèce, c'était déjà compliqué avant, et ça n'a juste pas forcément facilité les choses... Et donc on s'est séparés entre les deux voyages. [...] Je savais qu'en partant je mettais potentiellement l'histoire en péril."

5. Interactions positives

Pour pondérer ces constats, certaines interactions positives avaient été rapportées par les enquêtés : la famille de M2 l'avait trouvé plus vivant, et M1 avait fait une rencontre amoureuse grâce à sa première expérience en MH.

M2 : "Sur le plan familial, ça a été positif, mon entourage m'a trouvé changé mais dans le bon sens, plutôt « recentré » et vivant."

M1 : "J'étais avec une fille, en mode je pourrais me poser avec. Elle était dans l'humanitaire à la base elle-aussi, fin tu vois on s'était rencontrés dans le camp de migrants à Calais, on avait beaucoup de points communs, du coup moi je me suis dit peut-être un jour on partira à deux, enfin tu vois on va essayer de construire quelque chose pour ça."

C. la MH est aussi égoïste !

De façon plutôt surprenante et contrastant avec l'absolu décrit en V. B. 4., la pratique de MH était ouvertement étiquetée égoïste par certains répondants. Il aurait été hypocrite de prétendre exercer la MH par pur altruisme. Le plaisir pris à partir était par ailleurs décrit comme nécessaire à la réussite de l'action. La MH était replacée dans la "vraie vie", et elle n'échappait finalement pas aux vices humains tels que la recherche d'un paiement.

M2 : *“S’il y a quelque chose à retenir, je crois surtout qu’il faut faire ça par plaisir. Celui qui dit « je fais ça pour aider les gens, pour ceci, pour cela », oui certainement, mais si tu prends pas plaisir à ça, ça n’a aucun intérêt. Et ça ne va pas au bout.”*

M4 : *“Je pense quand même que l’être humain est tel qu’il est, et je pense qu’il a quand même besoin qu’il y ait une forme de *avec précaution* paiement. Alors s’ils ont pas d’argent, très bien, pas forcément de l’argent, mais que les gens qui viennent se faire soigner ben je sais pas, qu’il y ait un rendu sur l’association, de logistique, d’aide, d’accompagnement, enfin... Moi je pense qu’il faut qu’il y ait un retour. Lequel ? Je ne sais pas.”*

VII. Des interactions professionnelles marquées...

L’analyse des données suggérait que la MG et la MH étaient étroitement liées.

A. Place du MG en MH

1. MG et MH : points communs

D’abord, selon l’expérience des participants à cette étude, la MG et la MH partageaient plusieurs points communs (liste non exhaustive) :

- la gestion de l’incertitude

M3 : *“En ville ça ne se passe jamais comme à l’hosto¹¹ où tout est cadré, codifié.”* (parlant de la MG)

M7 : *“Tu fais avec les moyens du bord... En médecine, on t’a appris qu’il y avait des jolies choses à faire dans les bouquins : ça marche en métropole, ça marche pas vraiment dans d’autres endroits.”* (parlant de la MH)

- des soins primaires, dont la prévention

M3 : *“Voir les patients, les réorienter si besoin, et ça c’est ce que, quand même, la plupart du temps, fait le médecin généraliste !”* (parlant de la MG)

M5 : *“À Mayotte, ça fonctionne sur un système de dispensaire qui fait des soins primaires, et après, tout le reste ça se fait au niveau hospitalier.”* (parlant de la MH)

M4 : *“La prévention, il y a besoin d’en faire partout.”*

- la polyvalence

M7 : *“J’ai fait un remplacement en médecine polyvalente.”* (parlant de la MG)

M2 : *“On a plusieurs casquettes.”* (parlant de la MH)

- l’indépendance

M2 : *“J’exerce seul, je n’ai jamais vraiment pensé à une maison de santé.”* (parlant de la MG)

M1 : *“T’es le seul médecin en garde, t’as 90 lits, c’est toi le seul hein ! T’as pas de chef, pas de collègue, t’as rien !”* (parlant de la MH)

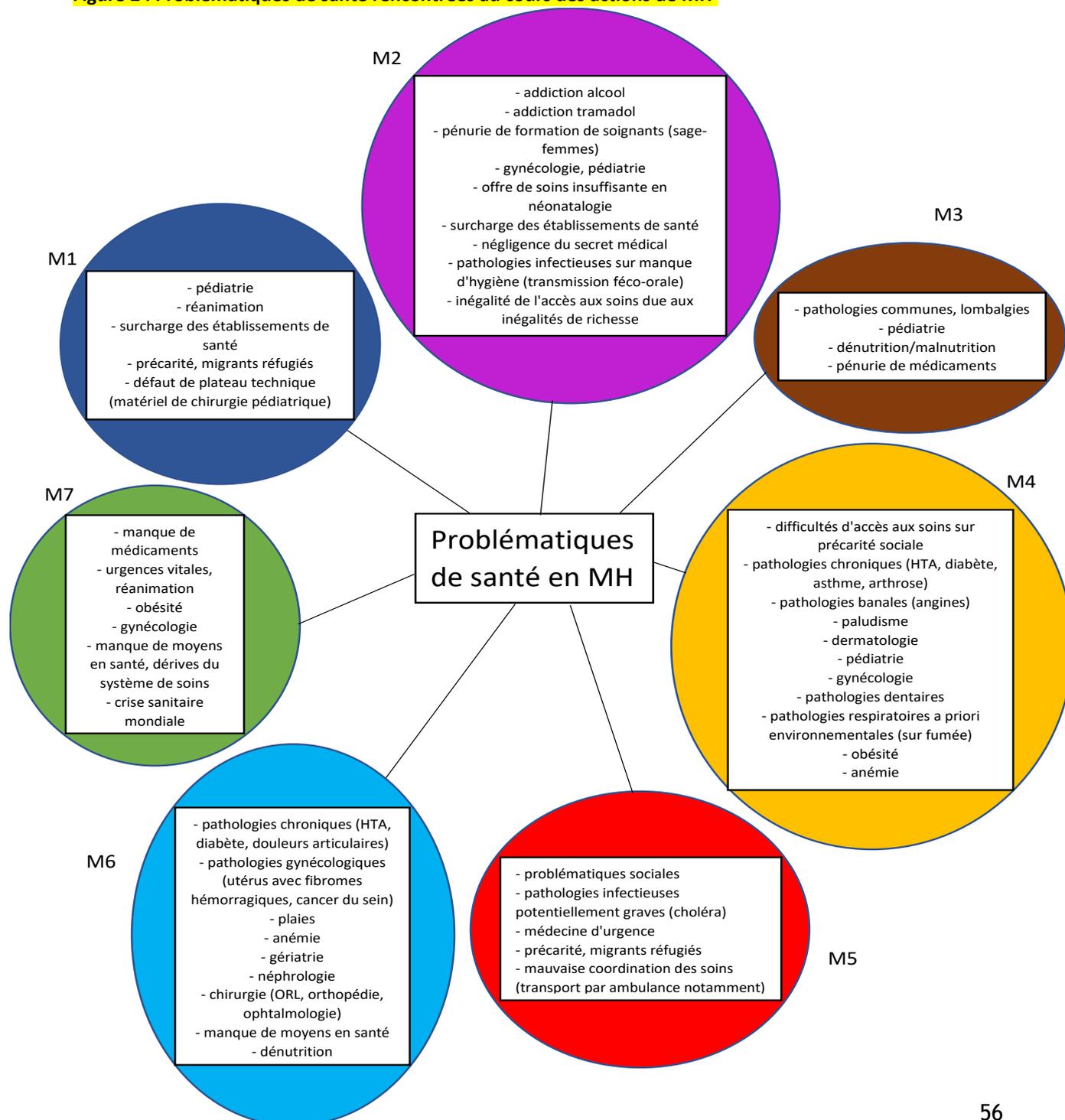
¹¹ hôpital

M3 résumait ces points communs en disant : *“Si on parle de médecine... bah déjà « de ville »... enfin je trouve quand même que l'équivalent de ce qu'on voit en ville en France et de ce qui peut se mettre en place en humanitaire, ça ressemblerait plutôt à de la médecine générale.”*

2. Forte prévalence des problématiques de MG en MH

Ensuite, les problématiques de santé rencontrées par les enquêtés au cours de leurs actions sont présentées dans la figure 2. On constate que la prévalence des problématiques de MG était marquée (par ex. les pathologies chroniques cardio-vasculaires ou ostéo-articulaires, l'anémie, l'obésité, les motifs de dermatologie, de pédiatrie, de gériatrie etc.).

Figure 2 : Problématiques de santé rencontrées au cours des actions de MH



M3 : *“Les pathologies des personnes adultes c’est plutôt, oui, des choses qu’on retrouve de manière assez commune (des lombalgies, ce genre de choses). Voilà. Donc c’étaient des consultations de médecine générale.”*

M6 : *“Bon il y a de l’hypertension, du diabète, après il y a des choses où ils ont plus besoin de kinés pour les douleurs articulaires, les choses comme ça.”*

M4 : *“Et vous voyez, niveau pathologie, je dirais que j’ai traité un palu - une crise de palu - mais sinon après le reste c’était de l’asthme, des angines, de l’arthrose, des HTA¹², du diabète... de la MG quoi !”*

3. Certains aspects de la MG relèvent de la MH

De plus, le MG avait parfois déjà une expérience en MH au cours de son exercice habituel. En effet, la détresse et le manque d’accès aux soins de certains patients en situation sociale difficile (addictions, précarité etc.) étaient mis en parallèle avec des besoins de MH.

M4 : *“Alors de l’humanitaire déjà j’ai l’impression d’en faire à Aix-en-Provence parce que... je travaille dans un CSAPA, avec des gens en situation d’addiction et de précarité intense, hein, des gens qui vivent dans des squats etc. donc voilà.. moi j’estime que c’est une expérience d’humanitaire.”*

4. Une formation de MG plutôt adaptée, mais :

En général, les médecins interrogés ont trouvé la formation de MG adaptée pour les missions qu’ils ont faites. Ils ne se sont pas sentis déstabilisés sur le plan médical.

M3 : *“Je trouve que la formation qu’on a est adaptée.”*

“[C : Est-ce que ta formation de MG t’a semblé adaptée et suffisante ?] M7 : Oui, sur la plupart des choses.”

M5 : *“En tous cas au niveau des compétences, ma formation m’avait bien préparée. Et globalement, en tant que médecin généraliste, dans les missions que j’ai faites en tous cas, c’était pas des gros challenges médicaux. Les problématiques elles étaient plus « autres » on va dire.”*

“[C : Tu t’es sentie à l’aise médicalement parlant ?] M6 : Oui, oui oui.”

a. Pas pour n’importe quelle action

M7 et M2 pondéraient le constat précédent en prenant en compte le type de la mission :

M7 : *“Alors moi, ma formation à *insiste* moi, telle que je l’ai faite, oui elle m’a paru suffisante. Maintenant, une formation classique de médecin généraliste, pour la Réserve, ça dépend vraiment pour quel type de mission. Juste de la vaccination, oui ; pour d’autres trucs, je pense qu’il faut être capable de sortir de sa zone de confort et avoir des bases d’urgence, quand même.”*

¹² hypertension artérielle

“[C : Que pensez-vous de la place du généraliste actuellement dans l’humanitaire ?] M2 : Ça dépend de ce qu’on nous donne comme mission.”

b. La MH nécessite des compétences médicales spécifiques

En outre, lors des missions, certaines compétences médicales étaient plus exploitées que d’autres, voire nécessaires.

Il fallait, par exemple (liste non exhaustive) :

- de l’expérience en pédiatrie ou gynécologie

M3 : “Quand on est passé en pédiatrie, ça roule, parce que je pense qu’il y avait 70 % de pédiatrie, donc c’est vrai qu’il fallait savoir examiner un nourrisson.”

M2 : “L’humanitaire c’est souvent centré sur la mère et l’enfant de moins de 5 ans, c’est ça l’humanitaire hein. L’humanitaire ne se préoccupe pas trop des adultes et des hommes, c’est comme ça.”

- des connaissances en nutrition

M3 : “[J’ai vu] des enfants avec quelques problématiques spéciales, [...] ils présentaient pas mal de dénutrition, ou de malnutrition carrément.”

- des compétences en médecine d’urgence

M7 : “Clairement, être bon aux urgences, c’est quand même un sacré plus pour partir.”

M7 : “Je voyais des médecins qui étaient généralistes depuis 15-20 ans, qui n’avaient plus fait d’urgence : compliqué, hein, de s’adapter à des situations dans les DOM-TOM.”

M6 : “Les plaies aussi.”

M5 : “En Grèce c’était plutôt de la médecine d’urgence pour le coup, parce que c’était le seul centre dans le camp de réfugiés, et donc il fallait prioriser car il y avait énormément de demande.”

- réaliser des gestes

M7 : “C’est toi qui fais les gestes, c’est toi qui fais les dosages etc. de choses que tu manipules pas forcément en tant que généraliste.”

- des compétences en infectiologie

M3 : “[Il y avait des] spécificités liées effectivement aux maladies infectieuses ou tropicales dont on a pas l’habitude en France.”

- savoir travailler en équipe (les missions étant souvent pluridisciplinaires)

M3 : “Je pense qu’il faut aimer travailler en équipe, parce qu’en fait par exemple à Madagascar, sans traducteur tu ne fais pas de consultation. Et puis il y a besoin de coordination avec les infirmiers, la pharmacienne etc.”

M4 : “Il y avait des sage-femmes avec nous. [...] Il y avait une dermato, un pédiatre, un dentiste, des infirmières, des internes.”

M6 : “Et puis l’équipe de chirurgie, elle était dans une autre ville et puis nous on recrutait un petit peu les patients et ils allaient se faire opérer ensuite, au niveau ORL¹³ ou orthopédie ou ophtalmologie.”

- savoir gérer le social

M5 : “Énormément, à Mayotte en particulier, de demandes sociales en fait. Il y avait beaucoup de gens qui venaient en consultation médicale et qui, en fait, espéraient qu’on les aide pour leurs papiers, pour leur régularisation administrative. Donc beaucoup de consultations pour des motifs médicaux vraiment quasi-inexistants.”

c. Des formations complémentaires sont utiles

Pour être plus à l’aise, plus efficace, plus polyvalent lors de missions différentes, des formations complémentaires se justifiaient.

M2 : “Si on veut vraiment être efficace, *ton assuré* il faut accepter de se former.”

D’ailleurs, certains enquêtés avaient choisi de faire des DU (Diplômes Universitaires) ou DESC (Diplômes d’Études Spécialisées Complémentaires) spécifiques :

Tableau 5 : Formations complémentaires des MG enquêtés

	Formation complémentaire
M1	non
M2	DU médecine humanitaire
M3	DESC médecine palliative et douleur
M4	DU nutrition DU VIH ¹⁴ DU maladies infectieuses et tropicales DU médecine hyperbare
M5	Post-graduat médecine tropicale et santé internationale
M6	DU VIH DU médecine hyperbare
M7	formation cathéter intra-osseux formation à l'échographie en cours

M2 : “On a été plusieurs à faire un DU de médecine humanitaire, [...] on est venus le passer à Montpellier. Et après, après seulement, on a monté un projet avec notre partenaire Haïtien.”

¹³ Oto-Rhino-Laryngologie

¹⁴ Virus de l’Immunodéficience Humaine

M6 s'est formée dès son internat : *"J'ai fait en 2017 un DU sur la prise en charge des patients vivant avec le VIH, et ensuite en 2018 j'ai fait un DU sur la médecine de plongée, la médecine hyperbare."*

M4 : *"Il me manquait des choses, bien sûr, parce que... C'est un peu pour ça que j'ai fait le DU de maladies infectieuses et tropicales."*

M7 : *"J'ai refait une formation à la pose de cathéter intra-osseux."*

M4 avait une expérience en urgence : *"À la fin de mon internat, j'ai été assistante aux urgences."* et en maladies infectieuses : *"À l'hôpital moi je m'occupe d'IST, de VIH et d'hépatites."*

M5 parlait même d'une obligation d'avoir une formation complémentaire (en Belgique) pour pouvoir partir en MH :

M5 : *"Je sais que pour bosser chez MSF, si on n'a pas de formation complémentaire en médecine tropicale et santé internationale, ils n'engagent pas. [...] Pour des missions de MG, c'était un prérequis."*

5. Et pour l'avenir ?

Quelle était la place du généraliste en MH dans le futur ?

Dans l'ensemble, les médecins interrogés étaient confiants. Ils trouvaient que le MG avait toute sa place en MH, et ce pour un moment. Certes, la MH se spécialisait, mais ce n'était pas forcément au détriment du généraliste.

M3 : *"Moi, je pense qu'il y aura toujours de la place pour les médecins généralistes. [...] Ça sera un point d'ancrage nécessaire dans tous les cas en humanitaire."*

M3 : *"On se sent à notre place."*

M2 : *"Je ne suis pas inquiet pour la place du généraliste. [...] C'est vrai que ça évolue pas mal ces dernières années et qu'il y a de plus en plus de spécialistes, mais je ne crois pas que ce soit au détriment des généralistes. Il y a assez de place pour tout le monde si tu veux."*

M4 : *"Il y a de la place pour les spécialistes parce que je pense qu'il y a besoin d'expertise, mais il y a aussi besoin de généralistes parce que [...] les pathologies classiques, elles existent partout !"*

M2 déplorait même une demande de médecins humanitaires qui dépassait l'offre.

M2 : *"Il faut qu'on trouve du sang neuf."*

En plus, les répondants trouvaient que le fait d'être généraliste facilitait le départ en MH :

M6 : *"Pour partir, MG c'est plus facile."*

M3 : *"C'est un avantage d'être en médecine générale : que tout ne soit pas cadré, que tout ne soit pas... Que tout ne rentre pas dans un protocole, tout ça."*

Pourtant, certaines nuances étaient mises en lumière, comme :

- des critères de sélection de plus en plus exigeants (expérience hospitalière parfois requise)

M1 : "MSF Paris te dit : « les médecins généralistes, pour être recrutés pour partir en mission avec MSF, il faut avoir 2 ans d'expérience hospitalière... Hors internat ! »."

- une concurrence plus rude

M6 : "Après, je pense que les MG ça manque pas dans l'humanitaire, effectivement. Et il faut des pédiatres, il faut des gynécos, et puis des chirurgiens aussi donc..."

M1 : "Notre rôle en tant que généraliste, c'est de plus en plus dur, et c'est extrêmement dur."

M1 : "Je pense que les spés ont toute leur place, parce qu'effectivement il y a de plus en plus de missions spécialisées, mais que nous en tant que médecin généraliste on a notre place également. Faut savoir trouver sa place et se battre pour l'avoir."

- le fait que les MG seraient voués à des missions moins axées sur le médical et plus sur la logistique

M4 : "Au Liban il y a beaucoup de médecins, il y a autant de médecins qu'on veut. Eh bien ce seront les médecins libanais qui vont voir les patients en consultation, et le médecin salarié expat' va venir pour organiser des campagnes de vaccination, en gros plus dans un volet organisationnel etc. Donc ça c'est un truc qu'il faut savoir, c'est qu'en tant que généraliste, souvent c'est des missions comme ça."

- le manque de "popularité" des MG actuellement dans l'humanitaire

M2 : "La seule chose, c'est qu'il ne faut pas chercher à vouloir toujours « apparaître ». C'est là où je peux être inquiet, car on n'est pas forcément les plus « médiatisés » ou en tous cas plus à la mode, mais si on a bien intégré le fait que c'est pas en apparaissant le plus qu'on est le plus utile, alors on a tout à fait notre place."

B. Conséquences de la MH sur la MG

1. Une réadaptation variable au retour

Tandis que, pour certains, l'exercice de la MH n'avait pas eu de réelle conséquence sur l'exercice de la MG :

"[C : Au niveau professionnel, cela a-t-il changé des choses dans votre pratique ?] M4 : Pas de façon fondamentale, non."

"[C : Ça a changé quelque chose dans ta pratique de MG ?] M6 : Euh... Non. Pas plus que ça."

Pour d'autres, au contraire, le choc avait été violent au retour. Les MG peinaient à se réadapter à leur exercice antérieur de MG, avec des pathologies plus bénignes reléguées au rang de "bobologie" contrastant avec le côté spectaculaire et grave de la MH. Cela s'était manifesté par :

- une perte de patience

M1 : *“Après les gens viennent te voir et tu dis « mais qu’est-ce qu’il vient me voir lui, il peut pas avaler du Doliprane quoi... ». Tu perds plus vite patience. Tu te dis « mais il a rien à foutre là lui ! ». Enfin je dis ça, mais bien sûr dans la vraie vie je ne fais jamais ça... Enfin tu le *insiste* penses, mais bon voilà, on prend sur soi !”*

- une perte de sens de l’exercice de MG

M7 : *“Je suis retournée au boulot tout de suite [...], les premières consultations avec les diabétiques qui ne veulent pas faire d’efforts alimentaires, ça a été compliqué. Alors que j’adore m’occuper des diabétiques hein. Mais j’avais vu des gamins dénutris et tout ça, et ça avait été très compliqué.”*

M2 : *“Toute cette bobologie qu’on soigne à longueur de journée, on s’aperçoit que ça n’a pas de sens.”*

M5 : *“Ça a changé mon recul sur les choses. C’était pas forcément de manière positive : j’avais du mal à faire des consultations de MG pour des trucs euh... pas graves quoi. Je me souviendrai toujours de mon premier patient : il avait le nez qui coulait et il voulait de l’amoxicilline, dans ma tête je me suis dit « est-ce que je suis vraiment en train de convaincre un mec de 15 ans de ne pas prendre des antibiotiques parce qu’il y a le nez qui coule, alors qu’il y a 3 jours j’étais en train de m’occuper de personnes qui ont vécu un génocide ? »...”*

- une prise de conscience du confort de la pratique occidentale

M3 : *“Quand on revient d’humanitaire, on se rend compte qu’en France on a les moyens techniques et logistiques pour que tout se passe bien.”*

M2 : *“Clairement, on sent un changement dans la façon d’appréhender les patients ici. [...] Quand on revient, on se trouve complètement décalé, parce qu’on s’aperçoit qu’ici on a vraiment une médecine de riche.”*

- de l’ennui

M1 : *“Tu passes de « t’es le chef, tu réanimés des enfants tous les jours, chaud ! », et après ben c’est calme et, bon, tu tournes vite en rond quoi.”*

Sur le versant positif, citons :

- de l’assurance

M7 : *“Ça m’a permis de gagner en confiance en moi.”*

“[C : Ça a changé quoi dans ta prise en charge des patients ?] M1 : Énormément d’assurance.”

M1 : *“T’arrives à te raccrocher dans ton cerveau, tu fermes les yeux pendant 1 seconde et tu te dis « mais ça va parce que je l’ai appris, je l’ai fait des dizaines de fois », alors que tu l’avais jamais fait en France quoi donc voilà...”*

- de la détente

M7 : *“Je suis beaucoup plus zen au cabinet maintenant que je ne l’étais avant de partir. Ça m’a fait beaucoup relativiser, ça m’a permis de [...] dédramatiser énormément de situations.”*

M7 : "C'est pas parfait, c'est pas grave. J'ai vu pire, donc ok on va essayer de rendre le truc le plus carré possible, mais faut pas être plus royaliste que le roi."

M1 : "Tu gères et t'es plus « détente »."

Avec des situations les poussant hors de leur zone de confort, les participants avaient gagné en assurance. Ils relativisaient mieux les situations graves en MG car ils avaient connu "plus grave". Ils s'estimaient ainsi plus détendus dans leur exercice de MG.

Finalement, le sentiment de décalage intense ressenti au retour pouvait être décrit comme passer :

M6 : "Après ben j'ai repris les bonnes habitudes françaises !"

M5 : "Ça passe ça, je pense. Avec le temps ça s'estompe."

2. La MH recentre sur le patient

L'expérience humanitaire recentrait la pratique du MG sur le patient. La clinique était remise au centre de la consultation, la communication était plus proche, la globalité et les différences culturelles étaient mieux comprises.

a. Sémiologie

Après leur expérience en MH, les MG se concentraient plus sur la sémiologie. Ils étaient moins dépendants des examens complémentaires.

M6 : "C'est très... très clinique. C'est différent."

M6 : "C'est vrai qu'au début j'avais tendance à ne pas vraiment faire d'examen complémentaires, parce qu'au final au Togo la seule chose qu'on avait la première semaine c'était avoir une NFS."

b. Communication

Au niveau communicationnel, les changements notables étaient une prise de conscience des potentiels non-dits ou travers d'interprétation lors de l'interrogatoire, ainsi qu'une réduction de la distance soignant/soigné.

M4 : "Peut-être que ça m'a permis de me dire : « lui, il ne pense pas comme moi, il n'a pas une culture comme moi. Du coup on va commencer par ça, pour essayer de comprendre ce qu'il est en train de me dire, parce que ce qu'il me dit ce n'est peut-être pas forcément ce que j'entends en fait », voilà. Ça, ça reste. Quand j'ai des patients étrangers, j'ai cette réflexion-là : « Qu'est-ce qu'il me dit, qu'est-ce que je comprends, qu'est-ce qu'il me dit vraiment ? »."

M6 : "Au départ je tutoyais tous les patients."

c. Environnement

La MH apportait plus de questionnements sur l'environnement social du patient. Le médecin était moins dans le jugement, il appréhendait avec plus de bienveillance le patient de MG dans sa globalité.

M5 : "Au niveau médical en tant que tel ça n'a pas changé grand-chose, mais par contre au niveau plus psychologique/social oui."

M5 : "Se rendre compte aussi de trucs que je ne comprenais pas parfois, avant d'avoir bossé dans des contextes comme ça. Par exemple, ça m'arrivait de me dire « le mec il vient parce qu'il a mal au pied, il sait que je vais regarder son pied, et il s'est pas lavé les pieds... ». Mais quand tu as bossé dans des contextes où c'est vraiment la merde, tu sais que si la personne est venue sans se laver les pieds, c'est que probablement elle n'avait pas d'eau ou bien... [Ça nous fait] relativiser sur ce qu'on voit, [...] avoir moins de jugement on va dire. Moins d'a priori sur ce que la personne nous apporte."

3. La MH apporte au MG :

a. De nouvelles perspectives de la médecine

La pratique de la MH a révélé aux MG participants d'autres aspects de l'exercice de la médecine, par exemple les médecines traditionnelles locales ou la phytothérapie. Les participants invitaient à l'humilité et à l'ouverture d'esprit envers ces pratiques inconnues du médecin occidental. Une remise en question des certitudes/acquis des MG était nécessaire.

M7 : "Il ne faut pas oublier que les gens chez qui on va, ils ont leur médecine aussi, [...] et c'est des choses qu'il faut vraiment respecter. On ne sait pas tout."

M7 : "On a oublié beaucoup de choses, nous, sur les plantes et les remèdes traditionnels."

M7 : "[Il faut être] à l'écoute des locaux. Eux, ils savent."

M1 : "C'est une nouvelle médecine comme on dit ! Il faut être prêt à réapprendre. Il y a un moment où il faut se dire « tu vas fermer ta gueule, repartir de zéro, et puis tout réapprendre quoi »."

M7 : "Ça fait des années qu'ils font comme ça, c'est peut-être pas ce qu'on a appris dans les bouquins, c'est pas ce qu'on fait en métropole, mais.. euh voilà, il faut essayer de jongler avec les 2."

b. Des responsabilités déroutantes

Au cours de leurs missions, les MG répondants avaient dû faire face à des responsabilités importantes (souvent de façon très soudaine), ce qui était déroutant. Par exemple, M2 avait été propulsé chef de service de pédiatrie à peine sorti de l'internat, M1 avait eu des responsabilités de chef de réanimation, M7 avait dû gérer seule une urgence vitale et s'était sentie abandonnée. M4 disait qu'un temps d'adaptation était nécessaire pour face à ces changements d'exercice.

M1 : "Et puis de toute façon, après t'es chef hein, c'est toi le réa !"

M7 : *“J’avais un mec qui était à 62% de sat¹⁵... 193 kilos, forcément il ne rentrait pas dans l’hélico.. donc bah on me l’a laissé sur place quoi ! C’est pour ça qu’il faut quand même avoir un peu de bagage.”*

M2 : *“Moi à l’époque, j’étais comme toi : j’étais interne en à Orléans. [...] À Kairouan j’ai eu un entretien avec le directeur de l’hôpital qui m’a dit « vous serez le chef de service de pédiatrie », étant donné qu’en pédiatrie il n’y avait personne. Donc je me suis retrouvé, pendant 1 mois je crois, chef de service de pédiatrie.”*

M4 : *“Il faut obligatoirement un temps d’adaptation.”*

c. De la crédibilité

La crédibilité en tant que praticien des MG partis en MH était renforcée, notamment en contexte d’urgence. Ils étaient perçus comme expérimentés et compétents pour des situations inhabituelles, ce qui facilitait la prise en charge des patients et la coopération avec les autres acteurs du système de santé.

M7 : *“J’avais un monsieur qui n’était vraiment pas.. pas top top. Décompensation cardiaque bien comme il faut. C’est moi qui l’ai géré. J’avais appelé l’hôpital en disant « faut venir le chercher » et tout ça, « ok, on t’envoie l’hélico mais va falloir patienter un peu, ça va aller ? ». J’ai dit « oui, oui je peux temporiser », j’ai expliqué ce que j’avais déjà fait [...]. Et du coup, quand tu parles de ça, bah en face t’as un retour qui fait « ah oui, ok. Ça va, c’est quelqu’un quand même qui a aussi une autre expérience, et donc on peut parler, on peut lui dire de faire ça/ça », et j’ai géré énormément de choses au téléphone !”*

d. L’acquisition de compétences médicales complémentaires

Grâce à leur exercice humanitaire, les MG interrogés s’étaient formés (réanimation pédiatrique, pathologies évoluées, gestes, pathologies tropicales par exemple).

M1 : *“MSF sur place ils organisent, plus ou moins fréquemment, des formations où ils envoient sur le terrain un médecin et une infirmière, et on fait deux semaines de formation urgences pédiatriques, avec mannequin. Hyper intensif, et en fait tu te formes en même temps que l’équipe qui est sur place [...]. Tu acquiers les compétences, et tu passes de « bah oui j’ai réanimé un mannequin » à le lendemain « oui je vais réanimer un enfant ».”*

M1 : *“Après, les pathologies, si tu ne les connais pas, ben très bien, tu vas les apprendre.”*

M7 : *“J’ai fait de la suture, j’ai posé et retiré des implants, j’ai intubé... [...] Tu fais des gestes, enfin moi j’ai fait beaucoup de gestes. J’ai fait des infiltrations, j’ai fait des gaz, des prises de sang. Tu perfuses, aussi (quand c’est le bordel, tu perfuses en même temps).”*

M6 : *“J’ai vu des pathologies assez évoluées.”*

e. L’acquisition de compétences extra-médicales

Enfin, au cours de leur expérience en MH, les MG enquêtés avaient aussi acquis des compétences qui sortent du champ de la médecine, parmi lesquelles :

¹⁵ saturation

- le management

M3 : *“C’est un poste de médecin coordonnateur, donc il y a beaucoup de management, et c’est des qualités qu’on n’a pas forcément l’habitude de développer dans notre cursus.”*

- l’enseignement

M2 : *“On se retrouve à faire plein d’autres choses « en plus » de la médecine, [...] on apprend d’autres métiers en quelque sorte. Par exemple, tous les ans on est sollicités par l’école d’infirmières pour faire une intervention en première année, pour susciter des vocations : on devient un peu enseignants.”*

- l’assistance sociale, voire le droit

M5 : *“Il y avait une grosse partie du boulot qui n’était pas vraiment médicale dans le sens clinique. [...] Beaucoup de consultations pour des motifs médicaux vraiment quasi-inexistants, par contre énormément de problématiques sociales.”*

M5 : *“Il y avait beaucoup de gens qui venaient en consultation médicale et qui en fait espéraient qu’on les aide pour leurs papiers, pour leur régularisation administrative.”*

M5 : *“Je n’avais que 3 jours de clinique par semaine, et les 2 autres jours de la semaine c’était [...] récolter des données et alimenter un plaidoyer, [...] pour après aller défendre ce qu’on veut défendre (que ce soit auprès de la Préfecture ou des institutions etc.). [...] Nous, ce qu’on défendait, c’était l’accès aux soins pour tous, c’était les problématiques liées aux logements insalubres etc. dans les bidonvilles...”*

- la politique/géopolitique

M1 : *“Il y a beaucoup de géopolitique en humanitaire hein.”*

M2 : *“Finalement quand le gouvernement haïtien s’est réveillé en nous demandant ce qu’on faisait là, on leur a dit qu’on formait des agents de santé.”*

M2 : *“On rencontre les ministres.”*

M5 : *“En gros, il y a une grosse partie du boulot que je faisais avec Médecins du Monde qui était d’analyser les chiffres que je récoltais en consultation, avec des collègues qui n’étaient pas médecins et dont c’était le boulot principal de construire une sorte de plaidoyer politique.”*

- des compétences linguistiques

M7 : *“J’ai appris le shimahorais [...] et des bases de portugais, pour pouvoir m’entretenir avec mes patients. J’ai appris sur place. En 48h de temps je savais me débrouiller pour le covid pour les 2.”*

VIII. ... Mais deux vies plus dissociées qu’intriquées finalement

A. La MH : une “bulle” solitaire

La MH apparaissait comme une expérience solitaire et propre à chacun. Comme si les autres ne pouvaient pas comprendre ou partager ce qui était vécu, qu'il s'agisse :

- de l'entourage :

M3 : "C'est vrai que parfois, par rapport à l'entourage, on est un peu décalé. Et j'imagine qu'après 6 mois/1 an ça peut être euh.. Oui, ça peut être encore davantage avec plus de temps c'est sûr."

M5 : "La famille n'a pas le droit de venir."

M1 : "Moi j'ai vu ma famille, mes amis, je me suis rendu compte qu'au bout de 7 mois j'avais toujours les mêmes amis, que les gens qui t'aiment t'aiment, que c'est comme si je les avais vus il y a deux jours, et au bout d'un moment tu dis « qu'est-ce que je fais là » quoi."

- ou même des collègues :

M4 : "Je me suis beaucoup heurtée à l'équipe."

M7 : "Ça a été très compliqué parce que, ben, beaucoup d'isolement. Malgré le fait que j'avais des collègues etc., oui, l'ambiance a été... c'était compliqué."

M5 : "Je crois que c'est hyper important pour pouvoir rester, pour pouvoir travailler un petit peu longtemps dans des conditions difficiles, d'avoir sa bulle, son échappatoire."

B. La MH, ce n'est pas pour tout le monde

D'après les médecins interrogés, la MH ne semblait pas concerner tous les praticiens. Plusieurs caractéristiques et prédispositions individuelles émergeaient, ainsi que des qualités requises pour cette pratique différente de la pratique habituelle de MG.

1. Il existe un "profil" de MH

Au fil de cette étude, les résultats convergeaient vers l'idée que les médecins humanitaires partagent des traits communs, suffisamment pour en faire un profil.

Pour M5 : *"Il y a clairement des profils de personnes pour l'humanitaire, et pas que des médecins hein"*.

M1 disait même : *"Il y a un gène"*.

2. Diverses qualités nécessaires

Selon l'expérience des interrogés, le médecin humanitaire était (liste non exhaustive) :

- motivé, déterminé

M3 : "Je pense déjà qu'il faut avoir envie quoi ! Être volontaire."

M1 : "Il faut être prêt à faire cette démarche-là quoi."

M4 : "Je pense que c'est déjà la motivation, avoir envie."

- porté sur l'international

M2 : *"On a tous eu à un moment donné un petit peu la bougeotte. Faire autre chose que ce pour quoi la voie était tracée au départ."*

M1 : *"Je vais faire un truc anglophone pour être médecin référent en anglais."*

M7 : *"Être capable aussi de comprendre des gens qui ne parlent pas ta langue et dont tu parles pas la langue, et c'est pas une langue connue."*

M3 : *"Il ne faut pas avoir peur du dépaysement quoi."*

M1 : *"Ça me touchait les migrants parce que je m'intéresse à la géopolitique, ce qui se passe dans le monde."*

- adaptable

M1 : *"Faut savoir être *insiste* hyper flexible."*

M5 : *"Je sais pas si en France c'est comme ça, mais pour des assos comme Médecins Sans Frontières, tu choisis pas où tu vas ! En fait tu postules, et après on t'envoie dans des endroits. [...] Et puis pouf d'un coup tu te retrouves au Congo, d'un coup c'est en Thaïlande, un coup c'est au Cameroun etc."*

M2 : *"Il faut avoir un peu l'esprit d'aventure. Des capacités d'adaptation."*

- ouvert, curieux

M6 : *"Il faut être ouvert d'esprit bien évidemment."*

M2 : *"Avant tout, il faut être curieux."*

M5 : *"Je dirais de l'ouverture d'esprit. On va être face à des personnes.. enfin comme dans tout travail en vrai ! Mais quand tu es dans une culture différente, que tu es dans un contexte différent, c'est important."*

- optimiste

M2 : *"Je crois qu'il faut avoir une certaine philosophie positive de la vie. Parce que si tu vois tout ce qui ne marche pas, tu ne fais rien..."*

M1 : *"Je ne vois pas le négatif mais plutôt « allez, on s'en fout, on verra », et il faut avoir ça en tête, franchement."*

- solide physiquement et psychologiquement

M1 : *"Tu te retrouves avec 100 lits, à 4 médecins, en Centrafrique... Tu te retrouves à bosser 30 à 35 heures d'affilée, ça peut être extrêmement dur."*

M7 : *"J'ai bossé à peu près... j'avais calculé 68 ou 70 h/semaine."*

M5 : *"Il faut être, quand même, plutôt solide psychologiquement, parce qu'on voit pas mal de choses difficiles."*

M4 : *“D’abord, c’était 70-80 consultations par jour, donc c’était énorme... Ça demandait une concentration importante, pour quand même essayer de ne pas trop se planter, malgré les difficultés de compréhension et tout.”*

- humble, respectueux

M2 : *“Comme souvent dans l’humanitaire, tu sais parfois il faut apprendre à avaler son chapeau.”*

M7 : *“Humble aussi. Humble. Parce que t’en as qui arrivent : « Je suis le Blanc colonialiste, je sais tout, je vais vous apprendre, vous petits Mahorais, vous petits Guyanais, la médecine ». Et ça, ça passe pas bien hein.”*

M7 : *“Et puis, respecter les coutumes. À Mayotte, on se promène pas en mini-jupe et débardeur sans manche quoi. C’est un pays musulman donc c’est la jupe en dessous du genou, le pantalon, le T-shirt avec les manches.”*

- spontané

M1 : *“T’as un instinct, il faut y aller. Tu le sens, il faut y aller. Les gens que j’ai rencontrés qui analysaient tout... Enfin, après c’est des caractères hein. Mais pour moi, la spontanéité, il n’y a que comme ça que tu vas pouvoir marcher.”*

M1 : *“Quand y’a un truc qui me plaît... Je fonce ouais.”*

M5 : *“Du coup je suis partie en Grèce de façon pas du tout organisée ni prévue : j’ai décidé que je partais en novembre, et en janvier j’étais partie quoi.”*

- capable de sortir de sa zone de confort

M7 : *“Quand t’as pas d’eau, pas d’électricité, pas d’internet pendant 2-3 jours en pleine forêt amazonienne, c’est pas pour tout le monde hein !”*

M3 : *“Il ne faut pas avoir peur aussi de sortir un peu de notre zone de confort.”*

- patient, persévérant

M2 : *“Pendant 3 ans, je peux te dire qu’on n’a pas fait grand-chose...”*

M5 : *“Sauf si tu restes 15 ans et que tu fais vraiment un travail chronique en restant au même poste, sinon en fait on ne voit rien changer. Et ça ne veut pas dire qu’on ne fait rien ! Donc il faut réussir à ne pas se décourager quoi. [...] Il faut être persévérant.”*

- débrouillard

M7 : *“En Guyane, quand t’es pas livré par l’hélico et qu’on te dit « il faudrait que tu lui fasses de la Rocéphine », euh j’ai plus que de l’amoxicilline, je fais comment ? Ah, eh, euh... [...] Ben... c’est sur la pirogue ! Ah ben c’est con, la pirogue arrive dans 3 jours ! *rit jaune* Donc oui, se débrouiller avec ce qu’on a.”*

M1 : *“Je suis très débrouillard.”*

- affirmé

M1 : *“Faut avoir un peu de bagout quand même, savoir dire si ça ne va pas.”*

M4 : *“Moi je n’étais pas du tout d’accord avec ça ! [...] Et du coup j’ai quand même marqué de façon importante mon désaccord avec l’équipe.”*

M7 : *“Là, je leur ai dit clairement « je ne retournerai pas à Mayotte pour le moment ».”*

C. Deux mondes trop différents ?

L’accord parfois difficile entre l’univers de la MG et celui de la MH était imputé à leurs divergences.

La MH et la MG étaient décrites comme trop différentes, donc incompatibles :

M7 : *“On ne peut pas faire ce qu’on fait en France ailleurs.”*

M1 : *“Les missions MSF et ce que tu fais en Afrique c’est, c’est... *pause* c’est le jour et la nuit. C’est tellement différent de ce qu’on peut faire en France, mais *insiste* vraiment.”*

M6 : *“Je pense qu’il faut laisser au placard certaines prises en charge en fait.”*

Par ailleurs, le fossé était conséquent entre la réalité du terrain et le mode de vie occidental :

M5 : *“Il y a de grosses différences entre le lieu de travail et notre contexte de vie. [...] Il y a vraiment cet espèce de décalage entre ce que toi tu vis de manière perso et privée et puis ce qui se passe sur le terrain.”*

M1 : *“Être en mission, loin des autres, tu vis quelque chose de complètement différent, dans des pays qui n’ont rien à voir avec la France, voilà...”*

D. Une rupture recherchée

Cette rupture avec la vie quotidienne et la vie de généraliste était ouvertement recherchée par les répondants. Parfois, même l’inconfort extrême était associé à une bonne expérience.

M1 : *“Moi clairement c’était une rupture, j’ai envie de faire autre chose et tout.”*

M4 : *“Ça variait de mon activité au cabinet.”*

M5 : *“[Parfois] l’idée de faire de l’humanitaire c’est juste de partir ailleurs.”*

M7 : *“Les toilettes étaient inutilisables parce qu’il y avait la saison des pluies, on devait faire pipi dans la douche. Ben, ouais, mais en même temps c’était rigolo quoi.”*

IX. Risques/mises en garde

A. Attention à l'après-coup

Parmi les principales mises en garde, celle de l'après-coup revenait fréquemment. Le choc au retour était violent, émotionnellement et psychologiquement. La réadaptation au confort occidental n'était pas simple ; la fatigue physique accentuait la fatigue psychique. Ce choc pouvait survenir en deux temps, dans le sens où le retour était parfois plus difficile que le vécu sur place lui-même.

*M1 : "Quand je dis « haut et bas », ça veut dire que quand tu pars en mission c'est hyper rose, hyper intense, tu rencontres plein de gens et... c'est hyper *insiste* riche. Après, tu rentres, tu vois ta famille, tes amis... Petit côté détente quoi. Puis après t'as une phase, enfin pas dépressif mais pas loin, un petit côté bipolaire quoi !"*

M3 : "Ça a été un peu compliqué de revenir à la Réunion dans les conditions habituelles. Retrouver la société occidentale, avec toutes les facilités... Les supermarchés... Ça a été un peu compliqué la première semaine."

M4 : "J'étais hyper - méga - crevée... Ça a été... Pourtant, à Madagascar il n'y a pas de décalage horaire. [...] Je pense que j'ai mis peut-être deux mois à remonter hein."

*M5 : "Il y a aussi beaucoup de choses qu'on ne voit pas quand on y est et qui... J'ai échangé avec pas mal de personnes qui avaient le même vécu que moi : le retour est dur au niveau émotionnel. Souvent tu te prends une *insiste* claque après. Et, limite, la claque que tu ne t'es pas prise pendant, tu te la prends après."*

B. Sur le plan psychologique

Sur le plan psychologique, plusieurs risques ont été mis en avant par les répondants.

1. Risque addictif

D'abord, la pratique de la MH pouvait se révéler addictive.

M5 : "Le truc, c'est que c'est addictif aussi. [...] Quand tu as bossé dans un contexte avec une pression importante et des enjeux très prenants, se retrouver après dans un taff classique, c'est compliqué."

M1 : "Après j'adore ça, je continue..."

2. Risque de décompensation

Ensuite, il a été décrit des exemples de difficultés voire de décompensations psychologiques. Cela pouvait remettre en question la pertinence des prises en charge du praticien concerné, qui devenait même dangereux. Le médecin perdait le sens de la réalité.

M4 : "Parce qu'il y en avait quelques-uns quand même dans les missions qui avaient des difficultés, des gros blues... Je pense que c'est intriqué."

M5 : "Il y a clairement des gens qui ont vrillé. [...] Et vraiment, j'ai rarement rencontré des gens aussi... qui avaient autant vrillé que dans ce contexte-là. Et qui pouvaient être très bons"

*sur papier, mais qui avaient complètement décompensé. Je pense à un médecin en Grèce, entre autres, qui faisait n'importe quoi, qui n'avait plus aucune limite et vraiment... *pause* Il commençait à faire des injections IV¹⁶ dans un contexte de n'importe quoi... Enfin il perdait complètement la boule sur ses prises en charge. Et en fait le mec était dépassé depuis un moment, il y avait trop de souffrance autour de lui."*

3. Conseils pour trouver son équilibre

En conséquence, afin de trouver son équilibre psychologique au cours de l'expérience humanitaire, les interrogés donnaient quelques conseils :

- avoir un sas de décompression (sans culpabiliser)

M5 : "Si t'as pas tes WE où tu décompresses et où tu vas... J'en sais rien... Voir les dauphins ou n'importe quoi, à un moment tu deviens dingue, parce que tu es dans une espèce de rumination de problèmes en permanence. C'est des trucs très durs, donc il faut réussir à s'aérer. Il faut s'autoriser ça."

- être honnête avec soi-même à propos de ses motivations et de ses attentes

M4 : "Et puis, bon, je pense aussi qu'il faut juste être un petit peu clair par rapport à ce qu'on va y chercher, ce que l'on a à apporter. C'est important. Capital même."

- ne pas partir pour de "mauvaises raisons" (pour fuir, guérir etc.), mais plutôt partir une fois que l'on a réglé ses propres problèmes (ou les laisser de côté)

M4 : "Les gens qui sont en face de nous ne sont pas là pour traiter nos vagues à l'âme."

M4 : "Si c'est trop déstabilisant... Il vaut mieux ne pas y aller, ça se passera mal. Il ne faut pas chercher à fuir quelque chose."

- ne pas partir avec des ambitions démesurées, synonymes pour M4 de mauvaise santé psychique

M4 : "Si on veut sauver la planète, il faut peut-être d'abord faire une psychothérapie, et puis y aller après !"

C. Sécurité : vols/agressions possibles

La question de la sécurité revenait chez plusieurs médecins répondants.

Ils racontaient qu'ils avaient parfois été victimes de vol, d'agression. Les actions se déroulaient parfois dans des zones dangereuses, ce qui était un possible motif d'arrêt de la mission. Toutefois ceci n'était pas toujours rapporté à l'exercice de la MH, mais plutôt à la zone géographique en soi et à son contexte historique.

M4 : "On est considérés comme des nantis. C'est évident, un pouvoir d'achat... Ce qui fait que même l'équipe qui est là, de traducteurs etc. se permet de nous voler !"

M1 : "Je viens les aider moi, j'ai rien demandé. Je gagne 1000 balles/mois, et en plus on me respecte pas, on me prend tout mon argent, tous mes trucs..."

¹⁶ intraveineuses

M7 : *“On s’est fait caillasser comme on s’est fait remercier. [...] J’ai vraiment eu les 2.”*

M5 : *“À Mayotte en général, il y avait des moments où je me sentais en insécurité. Mais c’était pas en lien avec le travail, c’était juste en lien avec l’insécurité qu’il y a sur l’île.”*

M7 : *“« Je ne retournerai pas à Mayotte pour le moment parce que c’est dangereux, il y a Daesh qui est au Mozambique”, clairement déjà Mayotte c’est une bombe alors en plus avec ça, ça ne va pas arranger...”*

M7 : *“J’ai le droit de demander d’arrêter une mission (si jamais je me sens [...] en danger ou quoique ce soit, on est rapatriés).”*

M5 : *“On sent quand même les marques du passé, on va dire. Les marques de la colonisation, de la départementalisation qui est très récente, enfin il y a tout un contexte historique qui fait que les rapports sont - même hors humanitaire hein, juste en général - parfois compliqués.”*

D. Risque d’échec de la mission : attention au besoin réel

Un autre risque marquant parmi les réponses était celui de l’échec de la mission, par défaut de demande locale. M2 était le plus véhément à ce sujet. Pour lui, les actions humanitaires n’avaient de sens que si elles répondaient à une demande venant de la population locale elle-même. Cette demande devait traduire un besoin précis, et les moyens à mettre en œuvre devaient être réalisables. Sans ces prérequis, le projet risquait d’échouer selon ce médecin. Il avertissait :

M2 : *“On ne dirait pas, mais il y a beaucoup d’humanitaires qui se plantent, il faut le savoir ça hein ! Il y a beaucoup de missions qui se terminent par des flops...”*

M2 : *“Si t’as pas de demande, faut *insiste* surtout pas y aller, c’est le meilleur moyen de se planter. [...] Demande -> Est-ce que ça correspond à un besoin ? -> Besoin que l’on peut honorer ? + Est-ce qu’il y a une structure sur place pour soutenir ce qu’on est en train de faire ?. Une fois que tout ça c’est validé, c’est là que *insiste* commence véritablement l’élaboration du projet.”*

M2 : *“J’insiste lourdement là-dessus : s’il n’y a pas de demande, tu te brûleras les ailes... Et combien d’exemples comme ça... Je ne sais pas, tu vas n’importe où, tu vois un champ avec trois épis de blé qui se battent en duel, tu te dis « quand même ces pauvres gens... je vais cotiser pour leur acheter un tracteur », et donc tu leur achètes un tracteur. Et quand tu reviens l’année d’après, le tracteur il est dans un coin du champ en pièces détachées etc. Car ils ne savent pas le faire marcher, ils ne savent pas la maintenance, et surtout ils n’en ont pas envie !”*

Les conseils pour contourner ce risque étaient simples (en théorie) : travailler en coopération avec les acteurs locaux, agir selon leurs demandes, et limiter l’ingérence et l’assistanat.

M2 : *“Il faut savoir que chaque projet qu’on fait, il a un début et il a une fin. Sinon, c’est plus de l’assistance qu’on fait, c’est de l’assistanat. Et ça peut durer, durer, durer, durer...”*

M3 : *“Mais je pense que c’est plus dans les choses pérennes qu’il faudrait essayer de travailler, avec surtout les acteurs locaux. Que ça ne devienne pas de l’assistanat.”*

M2 : *“Il faut faire avec ce qu’il y a sur place. Sinon, on *insiste* pense bien faire mais... Et ça marche pour la médecine mais pour tout, les fournitures scolaires etc.”*

M7 : *“On n’est pas là pour changer les choses, on est là pour travailler en collaboration partagée.”*

M2 pensait que la clé de la réussite était dans les actions immatérielles, le matériel n’étant pas assez pérenne.

M2 : *“Nous on ne fait que de l’immatériel, selon la formule célèbre « donne un poisson à manger à quelqu’un, tu le nourriras un jour, apprends-lui à pêcher, tu le nourriras toute sa vie » de Maïmonide.”*

E. Frustrations/déceptions

Pour terminer ce chapitre sur les mises en gardes, les enquêtés étaient quasiment unanimes sur deux ressentis en cours de mission : celui d’impuissance, et celui d’avoir été utilisé.

1. Sentiment d’impuissance/inutilité, doutes

Pendant la mission ou parfois après, les médecins interrogés avaient des doutes à propos de la pertinence de leur action. Ils se demandaient s’ils étaient réellement utiles.

M5 : *“C’est aussi un truc qui a été pour moi difficile, de me dire « j’ai l’impression que ce que je fais ça ne sert à rien ». Et ça, c’est un truc récurrent.”*

M4 : *“Disons, la question véritable que je me suis posée c’était [...] : « Mais finalement, combien de vrais patients j’ai vus ? » J’en sais rien.”*

L’ampleur de la tâche à accomplir au niveau mondial pouvait décourager.

M2 : *“Je ne me suis jamais senti découragé, mais ça dépend avec quel état d’esprit tu t’en vas. Si tu t’en vas en te disant « je vais sauver le monde », tu ne peux revenir que découragé. Mais si tu essaies de trouver ta vérité.. Moi je l’ai trouvée c’était en Afrique, un jour j’étais dans un Ministère, je présentais mon association et je disais ça justement « je viens vous aider mais j’ai pas l’ambition de changer le monde, on va faire ce qu’on va pouvoir », et cet africain m’a dit « oui, mais tu plantes un arbre », et ça c’est bien, c’est qu’il faut faire. Disons que j’aurai la satisfaction d’avoir planté des arbres * rigole*”*

Leurs conseils, ici, étaient donc d’avoir des attentes réalistes et d’être humble par rapport au changement que l’on peut apporter.

M5 : *“Je pense *insiste* vraiment qu’il faut.. Il y a un truc qu’il faut qu’on se sorte de la tête, c’est que notre présence à nous en tant qu’individu ne va pas changer tout le contexte. Et si on arrive à soulever un grain de sable, c’est déjà ça, mais ça ne reste qu’un grain de sable.”*

M7 : *“Ne pas penser qu’on peut sauver le monde et qu’on peut révolutionner la médecine, c’est pas possible hein.”*

2. Sentiment d'utilisation/détournement de la mission

Le deuxième ressenti criant était un sentiment d'avoir été utilisé, manipulé. Parfois par les organismes, parfois par la population locale.

La mission pouvait avoir été détournée au nom du profit, comme pour M4 qui dénonçait un trafic de médicaments sous-jacent à ses consultations de soins primaires à Madagascar, ou pour M2 qui dénonçait une instrumentalisation de sa mission de formation par le gouvernement vietnamien. M7 se plaignait d'avoir été utilisée comme "intérimaire des hôpitaux".

*M4 : "Il y en avait certains, certaines personnes (donc ça aussi, moi je l'ai compris au bout de quelques semaines, les organisateurs le savaient déjà mais ne nous l'avaient pas dit) en fait viennent en décrivant un certain nombre de symptômes, ils savent qu'ils vont en disant un certain nombre de choses obtenir certains médicaments, et ensuite ils vont les revendre. Les médicaments sont *insiste* donnés à la mission et... voilà. C'est du trafic en fait. [...] Ça a un côté frustrant, de se sentir pris pour une bille quoi. Et ça c'est *insiste* très désagréable."*

M4 : "Et puis, d'avoir un peu l'impression aussi d'être utilisé."

*M2 : "Théoriquement - *sourire en coin* et alors ça j'ai appris beaucoup là-dessus -, théoriquement c'étaient des médecins. Et puis, au fil du temps, on s'est aperçus qu'il y avait des infirmières, bon très bien. Et puis ensuite des aides-soignantes, et puis bon à la fin c'étaient des femmes de ménage qui venaient ! Et, en fait, dans le projet, quel était l'accord entre le CCFD et les vietnamiens ? Il y avait toute une partie d'argent. Quand on allait au Vietnam, on nous donnait de l'argent à emporter pour donner à qui de droit. Et en fait ce don d'argent était subordonné au fait qu'il y ait des gens qui assistent à ces trainings. Donc tout ça au fil du temps ça s'est délité... Il y a eu un audit à la fin, et le CCFD s'est aperçu qu'il se faisait gruger."*

M7 : "Là avec le covid en fait on sert de boîte d'intérim pour les hôpitaux, très clairement hein. Les hôpitaux ne veulent pas recruter, préfèrent que ce soit la réserve qui leur envoie des gens, ils n'ont pas à les payer donc forcément c'est plus rentable pour eux."

Les gouvernements des pays en question supervisaient les actions. Il était donc difficile pour les acteurs humanitaires de rester neutres et indépendants face à ces enjeux politiques et monétaires.

M4 : "L'association apportait un peu des médicaments, mais surtout on achetait sur place, ça c'était imposé par le gouvernement malgache. De même que, théoriquement, la mission ne devait traiter que des problèmes aigus. Les problèmes chroniques, de diabète, d'hypertension etc., le gouvernement malgache normalement interdisait qu'on s'en occupe, pour pas piquer du travail aux médecins malgaches."

M2 : "C'est pour ça que nous - SFD¹⁷ - on n'a pas voulu rentrer là-dedans, et que je suis tout à fait à l'aise en disant « nous ce qu'on fait c'est de l'immatériel »."

Tout ceci a fait naître des conflits idéologiques entre les organismes humanitaires et les médecins partis en mission. Les médecins ne se retrouvaient plus dans les trajectoires

¹⁷ Santé Formation Développement

prévues par les organismes. Ils avaient dans certains cas l'impression d'avoir été pris en otage au nom de la conscience professionnelle.

M5 : "Je suis partie de Médecins du Monde Mayotte, pas parce que j'en avais marre de Mayotte, mais parce que j'étais plus tout à fait en accord avec certaines décisions éthiques et certaines prises de position du projet, on va dire."

M5 : "On peut toujours dire non, on peut toujours refuser, mais si on refuse en permanence on ne te propose plus rien. Donc à un moment il faut accepter."

M1 : "Et en fait on te prend un peu en otage. [...] Si t'es pas là, y'a pas de médecin, voilà c'est tout."

M5 : "Il y a vraiment eu ce truc de réaliser « ah en fait les personnes qui prennent les décisions, je vois pas du tout les choses comme.. enfin on voit pas les choses de la même façon du tout » et donc..."

X. Ce qu'ils auraient aimé savoir avant de partir

Pour finir, voici une liste non exhaustive des éléments qui ont manqué aux médecins répondants avant de partir, ou des conseils qu'ils avaient à donner.

A. Bien choisir sa mission/son organisme est primordial

Le conseil qui revenait le plus fréquemment parmi les interrogés était celui de bien choisir l'action que l'on souhaite mener, et de choisir son organisme en fonction. Les missions étaient décrites comme relevant soit de l'urgence, soit du développement. Il n'était pas toujours facile de se retrouver parmi la diversité des organismes. Il fallait aussi être à l'aise avec le pays concerné.

M3 : "Je pense que c'est important de choisir sa mission."

M6 : "Un conseil ? Je dirais trouver la bonne association. Parce que c'est vrai que moi ça s'est tellement... bien passé... que, oui, je pense que je ne suis pas tombée dans un piège ou quoi que ce soit."

M2 : "Si tu veux, quand on parle d'humanitaire, on parle de 2 choses : l'urgence et le développement. Ce sont deux choses différentes. Il faut être à l'écoute, savoir ce qu'on veut, être disponible pour pouvoir être réactif si on veut faire de l'urgence. Il faut définir avant de partir quels sont nos objectifs, et bien choisir sa mission et son organisme en fonction de ça."

M6 : "Il faut trouver la bonne structure aussi, les bons contacts, la bonne association et la bonne occasion."

M1 : "Chaque méd gé¹⁸, chaque ONG est différente."

M4 : "Les conseils c'est de savoir quand même ce qu'on va y chercher. Tous les pays ne sont pas les mêmes et on va être confronté comme on disait tout à l'heure à des populations qui peuvent être très très différentes... Et peut-être faire son choix aussi en fonction de la culture, enfin... Être aussi à l'aise dans le pays dans lequel on va aller, parce que si les cultures sont

¹⁸ médecin généraliste

vraiment très différentes ou si c'est à l'opposé de nos croyances... On est aussi des êtres humains donc c'est, je pense, important d'être un minimum en corrélation avec les gens qui sont sur place."

B. Organisation

1. Administratif (CARMF, congés...)

L'organisation administrative avant le départ n'était pas à négliger. M1 aurait aimé savoir qu'il était plus judicieux pour lui de résilier la CARMF avant de partir. M4 n'avait pas pensé qu'il aurait été plus confortable de prendre ses vacances après sa mission.

M1 : "Et donc du coup, ma désinscription CARMF, je l'ai faite au Tchad. J'ai fait de la merde parce que je m'étais pas renseigné, [si j'avais su] j'aurais déjà annulé avant... Donc tu vois quand je suis rentré du Tchad j'ai annulé."

*M4 : "J'avais pris les vacances avant, j'ai visité Madagascar *insiste* avant ! C'était une erreur. Il faut le faire *insiste* après."*

2. Prévoir matériel, nourriture, hygiène

Sur place, il a manqué aux enquêtés du matériel médical ou personnel, une trousse de secours, parfois même de la nourriture. Il fallait s'organiser : M7 avait choisi de préparer une "malle" de départ contenant ces éléments.

M3 : "Je ne savais pas qu'il fallait avoir vraiment tout quoi : l'otoscope, le tensiomètre... Ça c'est peut-être des choses qu'il aurait fallu que j'anticipe. Bon, j'avais pris mon stéthoscope, ça oui. [...] Mais c'est hyper important toutes ces petites choses auxquelles j'avais pas forcément pensé."

M7 : "Pour la Guyane j'aurais aimé savoir qu'il fallait que je parte avec mes rations car y'a quand même quelques jours où je me suis retrouvée sans rien avoir à bouffer d'autre que des cacahuètes et de la compote quoi !"

M7 : "Qu'est-ce que j'aurais bien voulu savoir... Euh si, prendre une vraie moustiquaire pour la Guyane, c'est pareil parce qu'on a refilé une moustiquaire pourrie, j'ai mal dormi les premières nuits parce que tu veux pas toucher la moustiquaire."

M7 : "Ta trousse de premier secours et tout."

M7 : "C'est de l'organisationnel, maintenant ma malle de mission elle est prête je veux dire."

3. Logement

Généralement, les médecins étaient logés par l'organisme. Les conditions de logement étaient extrêmement variables, allant de l'insalubre au luxueux. Dans les deux cas, c'était décrit comme inconfortable (d'un point de vue physique, ou psychique avec mal du pays/culpabilité).

M7 : *“En Guyane je me suis retrouvée toute seule dans la forêt, avec un logement complètement *insiste* insalubre, mais euh... pas d'eau, pas d'électricité... [...] Un matelas imbibé de pipi de chat, enfin... un peu compliqué. [C'était un] camp de survie, exactement !”*

M5 : *“Par exemple, dans les missions MSF je sais que c'est le cas : souvent ils sont logés dans d'immenses baraques, avec piscine, salle de sport, machin, cuisinier etc.”*

M4 : *“Nous on était logés sur le bateau. Enfin non, pas sur le bateau, on avait nos affaires sur le bateau mais on piquait la tente. On campait en fait.”*

M7 : *“Ça a été compliqué, j'ai eu le mal du pays, alors que bon j'étais logée dans un hôtel 4 étoiles.”*

M5 : *“C'est un truc qui a été pour moi difficile, l'idée d'être moi-même dans une situation confortable alors qu'il y avait des gens qui ne l'étaient pas.”*

Il fallait savoir qu'avec certains organismes, il était obligatoire de loger dans le logement accordé et que la présence de la famille n'y était pas autorisée, pour des raisons d'assurance d'après M5. Ceci accentuait encore l'expérience solitaire décrite au chapitre VIII. A.

M5 : *“La famille n'a pas le droit de venir. C'est souvent pour des raisons d'assurances, dans le sens où ce sont des lieux qui ne sont pas safe¹⁹, et donc ils ne veulent pas prendre la responsabilité d'avoir fait venir une famille, ou même un conjoint. [...] Par exemple, si moi je suis envoyée en Afghanistan avec MDM, je suis *insiste* obligée de dormir dans la maison de MDM. Parce que MDM me couvre, et que du coup je suis assurée pour vivre dans cette maison, mais par contre ma famille pas.”*

C. Communication

1. Apprendre la langue du pays

Il était rare que les patients rencontrés au cours des actions parlent français. Même si un traducteur était généralement présent et indispensable au bon déroulement des consultations, pour M7 il était primordial d'apprendre les bases de la langue du pays. Cela permettait de témoigner son respect envers la population locale et de mettre en place une relation de confiance avec les patients.

M5 : *“La plupart des patients ne parlaient pas français.”*

M7 : *“Pour moi, un truc qui est vachement important, c'est se forcer à apprendre quelques mots de la langue du pays dans lequel on va. Ne serait-ce que « bonjour, merci, au revoir », c'est la base, ça sert à rien de... enfin c'est pas la peine de vouloir apprendre tout le vocabulaire hein, mais au moins montrer qu'on respecte les gens du pays en apprenant quelques mots de leur langue.”*

M7 : *“Tu crées un climat de confiance avec ton patient.”*

¹⁹ sûrs

2. Incompréhensions possibles

Malgré cela, mener un interrogatoire de qualité restait difficile et les incompréhensions étaient possibles. D'une part, il y avait une perte d'information à cause de l'intermédiaire du traducteur. D'autre part, les différences culturelles expliquaient des différences d'expression parfois trompeuses.

M5 : "On faisait les consultations à 3, avec un bénévole local et le patient. Donc je pense qu'il y a beaucoup de choses qui ne me parvenaient pas. Comme toujours quand on fait des consult²⁰ à 3, quand il y a un traducteur, parfois ils parlent pendant 10 minutes et puis il se retourne vers toi et il dit « il a mal au ventre » ! Donc il y a sûrement plein de trucs que je n'ai pas perçus."

M4 : "Un truc très très concret, à Madagascar en tous cas : les gens ne disaient pas qu'ils étaient « fatigués », les gens disaient qu'ils « n'avaient pas d'appétit ». Ça veut dire la même chose."

D. Avoir plus d'informations

Les participants se plaignaient de concert d'un manque d'information en amont de la mission : manque de documentation de la part des organismes, flou, attention accordée au médical démesurée par rapport à l'extra-médical.

M4 : "J'aurais aimé que l'association peut-être nous envoie de la doc' avant, plus sur la sociologie du pays."

M4 : "Je n'imaginai pas. En fait, j'étais dans ma démarche médicale, en me disant « il faut que je sache faire sur un plan médical ». Et en fait on oublie toute la dimension humaine, la dimension sociale, toute la place des médecines parallèles, toute la position des gens face à... enfin toute leur culture en fait. Et la médecine s'inscrit tellement dans la culture des gens qu'un petit brief là-dessus aurait été très utile, et rendrait, je pense, les équipes plus performantes dès le départ."

M1 : "On n'est pas préparés."

M3 : "C'est vrai que moi j'y suis allé un petit peu sans trop savoir comment ça s'organisait."

Pour pallier ce manque d'information, il était utile d'avoir un "réseau" au sein de l'humanitaire (qui se formait au fur et à mesure des actions ou lors des formations complémentaires). Le compagnonnage informait et rassurait également.

M5 : "Mine de rien je me suis créé un petit réseau. Pendant mon post-graduat j'ai rencontré beaucoup de personnes qui avaient fait de l'humanitaire. Donc j'ai cherché sur Internet mais pas à l'aveugle, je savais déjà quel était le tableau associatif dans le coin et je connaissais des gens qui étaient déjà partis."

*M6 : "Inquiète, non, parce que [...] je partais avec des vétérans *rigole* qui ont l'habitude, donc j'avais confiance."*

²⁰ consultations

M3 : “J’ai eu au téléphone un médecin qui avait fait la mission il y a quelques années de ça auparavant, et qui disait [...] qu’effectivement c’est formateur là-dessus, en fait c’est un poste de médecin coordonnateur.”

E. Ne pas avoir peur de l’infectiologie

Quand on parle de maladies tropicales à un généraliste, c’est souvent effrayant et il/elle pense que cela sort du champ de ses compétences. C’est vrai, mais pour les médecins répondants, il ne fallait pas que cela soit un frein.

Plusieurs raisons à cela : on pouvait faire une formation complémentaire spécifique en amont si c’était nécessaire ou rassurant ; on pouvait apprendre sur place ; on ne rencontrait pas toujours de l’infectiologie en mission (les pathologies décrites comme “banales” par M4 étant universelles).

Par ailleurs, d’autres considérations méritaient plutôt notre inquiétude, comme l’aspect social et culturel.

M3 : “Dans les choses que je ne savais pas, je pense que globalement on est très stressé par rapport à tout ce qu’on a pas l’habitude de voir en France. Le côté médecine tropicale et infectieuse un peu atypique, ça fait peur, mais je pense qu’il ne faut pas hésiter à prendre pendant la mission des avis, avec les médecins locaux par exemple qui ont un peu plus l’habitude, plus de bouteille. (...) Une fois lancés, on se sent bien, on est motivés, on est actifs.”

M4 : “Il me manquait des choses bien sûr. C’est un peu pour ça que j’ai fait le DU de maladies infectieuses et tropicales.”

M4 : “Quoi qu’il en soit, ça faisait partie de mes appréhensions, mais ce ne sont pas les maladies tropicales qui manquent, c’est plus l’approche et la compréhension des gens, c’est-à-dire leur accès à la médecine, leur position face à la maladie.”

M4 : “Même en pays tropical, les gens ont des pathologies banales !”

F. En pratique : formation complémentaire ou non ?

Se poser la question de faire une formation complémentaire ou non est une des principales préoccupations d’un généraliste avant de partir en humanitaire. Essayons d’apporter des éléments de réponse selon l’expérience des médecins enquêtés.

Les résultats suggéraient que les pathologies rencontrées lors des missions ne correspondaient pas toujours à celles que l’on attendait (M3 s’attendait à voir plus de dénutrition par exemple).

Certains participants s’étaient préparés avec un DU qui ne leur a pas été très utile, ou pas pour ce qu’ils supposaient au départ : c’est le cas de M5, dont le post-graduat en santé internationale lui a été utile pour comprendre les rouages de l’humanitaire au niveau mondial, plutôt que pour la pathologie infectieuse en soi.

Au contraire, d'autres répondants avaient ressenti un manque de préparation : M4 a fait son DU d'infectiologie a posteriori.

Avec ces expériences, ils prévoyaient de mieux anticiper les prochaines missions, en choisissant une formation complémentaire spécifiquement adaptée pour se sentir compétent et selon ce qu'ils avaient constaté sur le terrain. M7 se réjouissait de son parcours étudiant, qui l'avait bien préparée aux actions qui l'intéressaient (autonomisation rapide, beaucoup d'urgence).

Il paraissait donc important de se former, mais pas n'importe comment : de façon ciblée pour les actions prévues. Cela méritait une réflexion en amont du départ.

*M3 : "[On ressent] le décalage par rapport à la malnutrition, mais au final *insiste avec intonation surprise* parfois pas tant que ça."*

*M4 : "*ironiquement* Le DU de maladies infectieuses et tropicales, il eût été intéressant que je le fis *insiste* avant."*

M5 : "Le fait d'avoir fait le DU de médecine tropicale, ça m'a aidée surtout au niveau de la manière dont fonctionnent toutes ces associations, pas tant que ça au niveau de la pathologie tropicale en elle-même - mais ça c'est aussi un peu parce que je ne suis pas allée dans des endroits où il y avait tant de choses que ça."

M5 : "Je conseillerais quand même de la faire. Il y a une idée de réseau derrière, et aussi une logique de l'organisation des soins à l'échelle planétaire, comment ça fonctionne, comment les fonds sont récoltés pour telle ou telle association etc. et c'est important aussi pour faire le choix « avec quelle asso j'ai envie de bosser ou pas, quel genre de mission etc. »."

M6 : "Peut-être qu'en octobre je me préparerai un peu plus. Sur... sur la dénutrition, sur les choses comme ça."

M7 : "Je suis bien contente d'avoir choisi de faire un externat où j'ai fait beaucoup de périph' dans le Nord et j'étais très rapidement autonomisée, et d'avoir fait un internat aussi très axé sur la MG avec médecin correspondant du SAMU. Avoir des bases d'urgence."

G. Être conscient des différences culturelles

1. Le MH a un statut particulier

Sur le plan culturel, les participants avaient été surpris par bon nombres de comportements de la part de la population locale. Il décrivaient certaines projections des locaux quant à notre statut de MH occidental. Ces projections alimentaient des réactions telles que de l'animosité, des rancœurs, de la convoitise, du respect, ou de la méfiance.

M2 : "Mais tu vois, autant nos partenaires sur place étaient contents de nous avoir, et reconnaissants, autant la population c'est parfois une autre histoire. À Haïti par exemple, à Haïti c'est très spécial, à un moment donné on a eu un peu d'animosité quand on allait tout seuls sur les marchés etc. Il y a encore cette connotation du Blanc qui vient imposer sa culture, surtout à Haïti. Il faut parler d'Histoire à ce moment-là, car ça a été la première République noire, c'est une histoire très très marquante et marquée... Il y a plein de rancœurs. Il faut le savoir."

M1 : "T'as beau avoir la meilleure volonté du monde, tu restes un Blanc qui a de l'argent."

*M5 : "Le fait d'être un médecin blanc c'est quelque chose qui est... *cherche ses mots* respecté on va dire. Si moi je dis un truc et que mon collègue Mahorais dit autre chose, on va me croire moi quoi... Pour moi c'est pas positif du tout mais c'est un fait, c'est encore vraiment un truc où la parole du Blanc a du poids."*

M5 : "De la méfiance, parfois. [...] Les gens ont peur pour leur santé, on leur dit un truc, ils sont un peu là « hein, vous êtes sûr ? »."

2. Le MH rencontre parfois des croyances locales déstabilisantes

Dans ce contexte culturel différent de ce dont ils avaient l'habitude, les médecins se retrouvaient confrontés à des croyances locales déstabilisantes.

Ainsi, M4 avait constaté des anémies ferriprives profondes chez des femmes enceintes car, dans certains villages traversés, il était traditionnel pour elles de manger de la terre. M6 s'était sentie démunie face à une patiente atteinte d'un cancer du sein évolué, qui refusait toute thérapeutique invasive sur cette partie du corps pour respecter sa croyance.

M4 : "Quand les habitudes sont différentes, les pathologies sont différentes. Il y avait certains villages où toutes les femmes enceintes étaient anémiées, parce qu'il était dans la tradition que les femmes enceintes mangent de la terre. Voilà. Et la terre est chélateur du fer, donc forcément... Déjà que, enceinte, on est facilement anémiée... Alors là on trouvait des anémies dans les chaussettes !"

*M6 : "Quand on est tombé sur un cancer du sein qui.. qui ravageait complètement la patiente, elle était tellement douloureuse, elle ne voulait rien faire parce que c'était sa croyance en fait, ça touchait à la poitrine donc il fallait rien toucher, il fallait rien enlever, et du coup ben fait on peut plus rien faire. On peut pas faire, à part lui donner de la morphine quand elle est trop douloureuse et ça c'est... *ne termine pas*"*

H. On ne peut pas tout anticiper... Ne pas trop réfléchir !

Finalement, les médecins interrogés encourageaient à se faire confiance et à partir, sans trop réfléchir. Ils avançaient l'argument qu'il est impossible de tout anticiper, et que la réalité sera forcément différente de ce que l'on a imaginé. De plus, trop de réflexion signifiait trop d'attentes et donc déception possible. En tous cas, ils ne regrettaient pas d'être partis.

M1 : "Si tu ne fais rien il se passera rien ! Faut pas trop réfléchir."

M1 : "Pour réussir une mission, faut pas forcément justement beaucoup s'imaginer, ou te projeter. Et, c'est la même chose dans la vie en général : on a tous des idées, et ça n'arrive pas. Donc il vaut mieux, enfin... Consciemment il faut se préparer au pire, mais en même temps il ne faut pas en attendre de trop."

M3 : "Tant qu'on n'y est pas, on ne sait pas."

M5 : "Je pense qu'il y a des choses auxquelles on n'est pas prêt, et en même temps... auxquelles on ne peut pas vraiment se préparer."

M5 : "Et un autre conseil, quand même : il faut le faire. Je ne regrette pas de l'avoir fait hein, ça c'est à retenir. C'est extrêmement enrichissant."

*"[C : Quels conseils donneriez-vous aux médecins qui ne sont jamais partis mais souhaiteraient sauter le pas ?] M2 : *en rigolant* Eh bien, qu'ils viennent bien sûr ! Au contraire !"*

DISCUSSION

I. Résultat principal : modèle explicatif et conseils

Il ressort de ce travail que l'accord harmonieux de la pratique de l'humanitaire avec tous les aspects de la vie du généraliste est difficile : il y a schématiquement la "pratique de MG + vie personnelle" d'un côté, la "pratique de MH" de l'autre.

Les deux mondes sont très (trop ?) différents.

Il existe un décalage inconfortable entre le mode de vie occidental et la réalité de terrain. Il n'y a pas beaucoup de ponts exprimés entre la MH et la vie personnelle. En humanitaire le MG voit des choses exceptionnelles et déroutantes sans la présence de son entourage. L'entourage ne comprend pas toujours ce que vit le médecin humanitaire ni ses motivations. Pour intégrer la MH à sa vie familiale, il faut trouver un partenaire qui "accepte". De plus, il existe un certain profil de personnes qui partent en MH, avec des qualités requises comme l'adaptabilité, l'humilité ou encore la solidité physique et psychique. Tout ceci fait que l'expérience humanitaire est particulière et plutôt solitaire finalement, propre à chacun.

Égoïste, aussi. On fait de l'humanitaire par plaisir, entre autres. Le départ correspond à un moment de fracture, et cette rupture est recherchée. Il y a même un risque addictif à la pratique de l'humanitaire.

Les principaux moteurs au départ sont une envie profonde et ancienne couplée à une opportunité, un défi personnel, une quête de sens et de spectaculaire, un événement marquant ou une obligation morale. Les principaux freins, en plus de l'engagement familial ou professionnel et l'absence de rémunération, sont des craintes portant sur la sécurité ou ses compétences et un manque d'information.

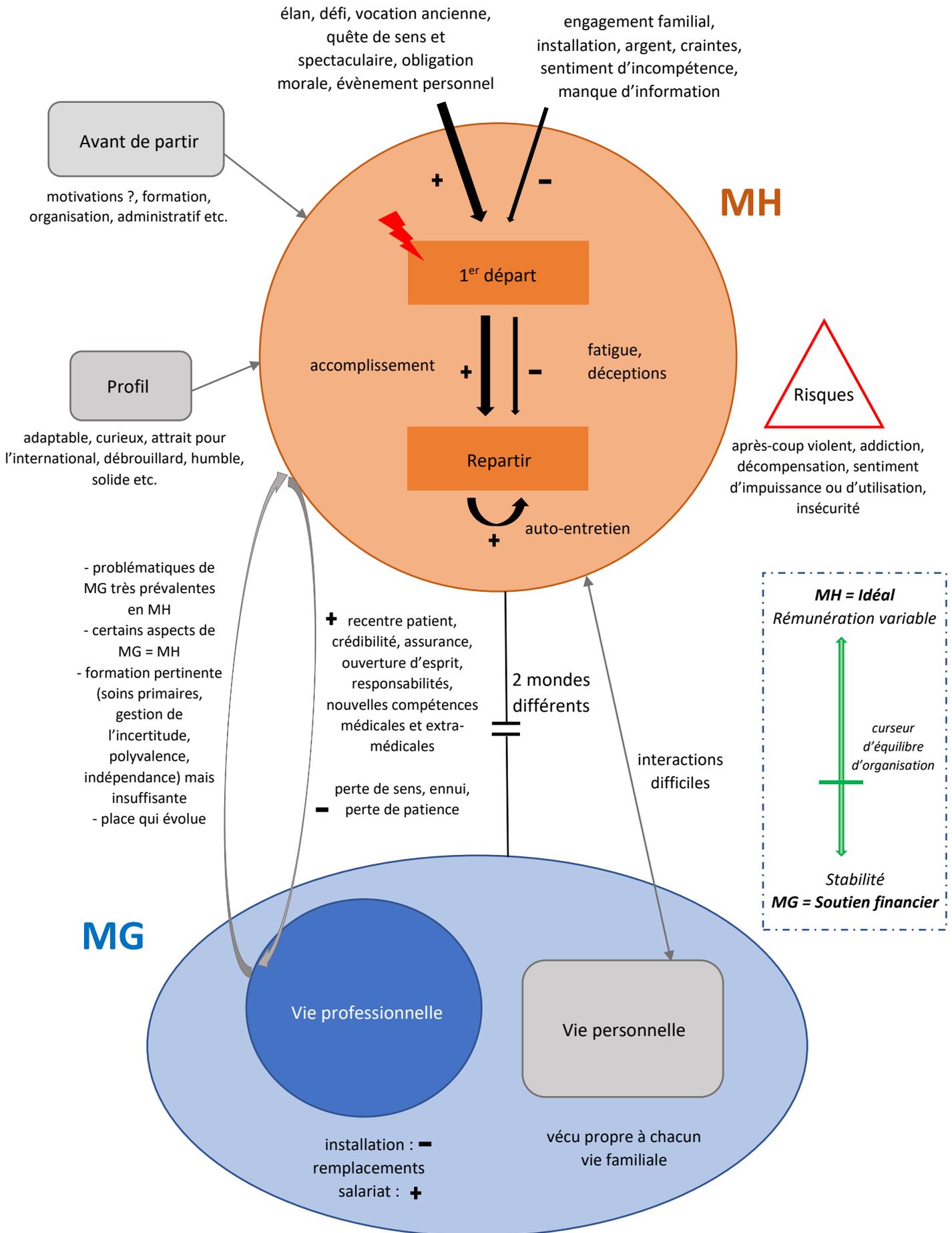
La balance bénéfice/sacrifice est favorable au départ. Les envies évoluent au fil des missions (plus d'exigence et besoin d'émancipation), entretenant du même coup l'épanouissement du praticien. Même si le départ en humanitaire peut être fatigant et/ou décevant, il a d'un autre côté de fortes conséquences positives (accomplissement, découverte de soi, prise de conscience des privilèges, sentiment d'être vivant). Après un premier départ qui semble provenir d'un élan qui nous dépasse, ce sont ces conséquences qui nous donnent envie de repartir.

Au retour, les réactions des praticiens se manifestent souvent par un choc violent, un "après-coup". Il existe une perte de repères sur le plan personnel (épuisement, questionnements idéologiques avec prise de conscience des privilèges) ou professionnel (perte de sens de la MG avec des motifs qui apparaissent peu graves, ennui, perte de patience). Parfois, ce choc s'estompe avec le temps, parfois on ne réussit pas à se réadapter.

Les interactions professionnelles sont importantes.

Beaucoup de problématiques rencontrées en MH sont familières des MG. Certains aspects de la pratique de la MG relèvent de la MH (précarité). De son côté, la MH recentre sur le patient et rapproche le soignant du soigné. Elle apporte au généraliste de la crédibilité, de l'assurance grâce à des responsabilités inédites, de la détente et une remise en question de ses acquis. Elle ouvre l'esprit à d'autres pratiques médicales locales. Elle permet aussi

Figure 3 : Modèle explicatif



d'acquérir de nouvelles compétences, médicales (gestes, infectiologie, réanimation, gestion de stades plus évolués des pathologies) ou non médicales (enseignement, management, politique, assistance sociale, langues).

La formation de médecine générale est adaptée en soi pour un certain type d'action humanitaire (prévention, consultations de soins primaires par exemple). Elle n'est toutefois pas toujours suffisante. Même si on peut se former sur place de façon plus ou moins encadrée, la plupart du temps il est souhaitable et/ou rassurant de compléter ses compétences avant de partir (en infectiologie/urgence/nutrition/social etc., selon le type de mission qui nous attend).

Il semble plus facile de partir avec des études de généraliste car la demande en soins primaires est immense et les MG sont polyvalents, indépendants et savent gérer l'incertitude. Cependant il y a aussi besoin d'expertise, et la place des MG en MH n'est plus aussi prépondérante qu'avant. Il y a plus de concurrence, la sélection est parfois plus exigeante et les spécialistes sont plus médiatisés à l'heure actuelle. Enfin, il faut s'attendre en tant que MG à expérimenter des missions qui sont parfois en marge de la médecine (rôles organisationnels ou logistiques), laissant ainsi plus de place aux médecins locaux.

L'organisation professionnelle comporte de multiples possibilités. Les missions longues sont préférées pour leur sens (plus de suivi), mais pas toujours compatibles avec les emplois du temps des MG. Ainsi, certains se tournent vers des missions courtes mais itératives, ou encore un suivi à distance. Ils peuvent aussi exercer la MH depuis la France, par des créneaux dédiés intégrés à leur semaine de MG, ou en axant leur pratique de MG sur l'urgence par exemple. En effet, les problématiques de MH ne sont pas exclusivement extra-territoriales ! Ceci permet une pratique chronique de la MH, ou bien des débuts prudents. Ces modes d'organisation semblent aussi plus faciles à concilier avec une vie familiale. Enfin, il est possible d'envisager de faire carrière en MH. Le ratio MG/MH est propre à la résilience et aux souhaits de chaque praticien : à chacun de trouver son équilibre.

Concernant le mode d'exercice, l'installation est perçue comme un frein majeur. Le départ en MH pose en effet le problème de la continuité des soins en France (trouver un remplaçant ? ne pas partir trop longtemps ?). Les remplacements libéraux offrent le plus de liberté et de réactivité, mais ne semblent pas être un mode d'exercice viable. Le praticien libéral doit aussi se préoccuper de la gestion des organismes administratifs tels que la CARMF ou l'URSSAF. Le salariat semble le mode d'exercice le plus confortable pour partir sereinement, mais au prix d'une perte de liberté puisqu'on ne peut pas partir quand on veut ni le temps qu'on veut.

La rémunération des généralistes en mission est variable : soit aucune (bénévolat), soit inférieure à un MG (allant de 800 à 2500€/mois), soit décrite comme équivalente à celle d'un MG. Le rapport à l'argent est assez complexe. La rémunération des agents peut causer des tensions en cours de mission et différencier une mission bénévole d'un "travail". Elle n'est pas forcément financière (avantages, logement, mais aussi enrichissement personnel). La MH apparaît comme un idéal de médecine, pur et indiscutable. La MG se place, de façon plus pragmatique, comme soutien financier permettant de pratiquer cet "idéal".

Enfin, des risques existent : décompenser sur le plan psychologique, ne pas réussir à se réadapter à la “vie normale”, les insécurités, un échec de la mission, un sentiment d’impuissance ou d’instrumentalisation.

Finalement, pour répondre concrètement à l’objectif principal, quelques conseils si l’on veut partir en humanitaire quand on est généraliste à l’heure actuelle :

- se poser les bonnes questions avant le départ, sans trop réfléchir ni se projeter
- être honnête avec ses motivations (savoir ce qu’on va chercher)
- se demander combien de temps on souhaite accorder à ce projet, et comment on peut s’organiser selon son mode d’exercice
- se demander quel niveau de vie on ambitionne
- prévoir en amont les démarches administratives nécessaires
- bien choisir son action et son organisme (plutôt contexte de crise ? plutôt développement ?)
- s’informer en se rendant à des réunions, essayer de se créer un réseau
- faire le bilan de ses points forts et points faibles en tant que MG (quelles compétences sont nos forces ? que nous manque-t-il ?)
- ne pas diaboliser ce que l’on ne connaît pas (pathologies tropicales par exemple), se faire confiance
- si besoin, faire une formation complémentaire adaptée à l’action choisie
- être conscient du probable rythme soutenu et des possibles conditions difficiles de logement
- être conscient des différences culturelles et des projections de la population locale
- sonder l’opinion de son entourage, communiquer avec eux
- prévoir une période pour “décompresser” au retour

II. Comparaison avec la littérature

La médecine humanitaire fait couler beaucoup d’encre. La comparaison en rapport avec notre question de recherche a permis de sélectionner les références qui apparaissent les plus pertinentes, sans avoir l’ambition d’être exhaustives.

Commençons par les travaux publiés, nationalement ou internationalement.

Jean-François Corty, dans son article : “La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France” de 2011 appuyait l’idée que la MH n’est pas exclusivement extra-territoriale (23).

L’ouvrage “Le travail humanitaire” de Johanna Siméant et Pascal Dauvin (24) questionnait à propos de l’instrumentalisation des missions et, déjà en 2002, se demandait si l’on peut vivre de l’humanitaire (chapitre 3 : “Vivre de l’humanitaire ? L’ambivalente professionnalisation”, p. 105-132).

Un article de revue intitulé “Santé internationale et pratique familiale au Canada : en quoi est-ce que cela me concerne ?” de 2007 (25), permet un parallèle avec d’autres pays ayant un système de santé différent, comme le Canada. Les interactions entre les deux disciplines semblaient similaires. L’auteure disait “La Banque mondiale et l’Organisation mondiale de la santé ont expliqué que les interventions les plus rentables en santé dans les pays à faibles et

moyens revenus peuvent être effectuées par l'intermédiaire des soins de première ligne." ; "La santé internationale et la santé mondiale offrent la possibilité de revitaliser la médecine familiale, de mettre à contribution notre formation et nos habiletés diversifiées, et d'aider à bâtir une communauté mondiale plus en santé." ; "Il existe un réel besoin, et des possibilités innombrables s'offrent à nous d'élargir notre rôle à l'échelle du globe.", ce qui était en accord avec notre analyse.

Dans le *Journal of General Internal Medicine*, un article de Mitchell D. Feldman "Altruism and Medical Practice" (2017) (26) se questionnait sur le rapport à l'argent dans la pratique médicale. L'idée que le sacrifice envers l'autre s'efface petit à petit dans la pratique médicale était évoquée, ainsi que celle selon laquelle les motivations pour pratiquer la médecine, dont la médecine générale, ne seraient pas seulement altruistes.

La question des conséquences d'une expérience humanitaire sur la pratique médicale courante a été étudiée dans l'article "Loss of international medical experiences: knowledge, attitudes and skills at risk" (*BioMed Central Medical Education*, 2007) (27). Il en ressort que ces conséquences étaient largement positives (amélioration des connaissances et de la confiance) pour les praticiens, notamment ceux en cours de formation. Les auteurs déploraient donc que ces programmes internationaux ne soient pas proposés à tout étudiant en médecine.

Enfin, et c'est à mon sens l'article le plus intéressant et qui se rapproche le plus de nos considérations : "A journey into the humanitarian side of general practice" par Jim Haddy (*The British Journal of General Practice*, 2015) (28). Il décrit la médecine humanitaire comme une médecine humaine, et même "artistique", alors que la médecine générale est décrite comme scientifique et "evidence-based medicine"²¹. L'auteur prône l'exercice de l'humanitaire pour reconnecter avec le patient, "so we can care again" ("pour que nous puissions soigner à nouveau"). Cet article confère une dimension internationale à ces résultats. Il sous-tend aussi l'idée que la situation des généralistes et des soins primaires ne pose pas uniquement problème en France.

Il y a également eu plusieurs autres travaux de thèse en rapport avec ce sujet.

Beaucoup ont exploré "pourquoi" les généralistes partaient en humanitaire, peu "comment".

Sophie Beaufumé a exploré les "déterminants du départ en humanitaire des médecins généralistes" en 2017 (29). Elle concluait à l'existence d'un "carré motivationnel" : le 1er départ survient lors d'un moment de vie favorable associé à une opportunité ; il existe des dispositions individuelles pour partir ; la réalité du terrain crée un changement de décor par rapport au quotidien. Marielle Michelat s'est quant à elle intéressée aux "motivations des médecins à exercer au centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde d'Angers - retentissement personnel et professionnel" la même année (30). Parmi leurs résultats, on retrouve l'idée d'une volonté de rompre le quotidien, d'une opportunité déclenchant le départ, et de l'existence d'un "profil" de personnes partant en MH.

Marie Villeret, en plus des motivations des généralistes, a intégré la notion de "moyens mis en œuvres pour réaliser des actions humanitaires" dans son travail de 2012 (31). Elle disait,

²¹ médecine fondée sur le niveau de preuve

parlant des généralistes : “Plusieurs admettent avoir des difficultés à poursuivre leur engagement mais tous en retirent un enrichissement. Les moyens mis en œuvre pour réaliser les missions ne sont pas insurmontables.” Par contre, elle trouvait que “rares sont ceux qui réalisent une critique de l'action menée.”

En 2008, Cédric Berbé a mené une étude descriptive intitulée “Médecine générale en cabinet libéral et actions humanitaires” (32). Il a conclu, comme nous : “il semblerait que la balance bénéfiques-contraintes soit largement en faveur de la participation à des actions humanitaires”. Cette étude ne concernait toutefois que des praticiens libéraux. Concernant les interactions personnelles et familiales, ses résultats vont dans notre sens. Après une première partie de travail quantitative, il a interrogé 19 médecins en entretiens individuels, dont 17 étaient partis en humanitaire alors qu'ils étaient en couple. Sur ces 17 médecins, 10 jugeaient les conséquences de leur activité humanitaire sur le couple “nulle ou négative”.

Le point de vue des organismes de solidarité internationale (OSI) a été questionné par Vergnes Aubin (33): 67% des OSI estimaient la place du généraliste importante voire indispensable. Cependant ces données datent de 2011.

Claire Jacquot, en 2010, a étudié les “Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages” (34). Son travail corrobore le nôtre dans le sens où, d'après elle, “la médecine humanitaire met en lumière certains aspects de la médecine générale”. Elle confirmait que “les situations de précarité en France s'apparentent à des terrains humanitaires”. Selon l'auteure, “certains enseignements tirés de l'histoire de l'humanitaire sont applicables à la pratique de la médecine générale, notamment à propos de la relation médecin-patient, de la forme d'engagement qu'implique toute médecine pour son patient, de l'influence hygiéniste sur la gestion de la santé publique”. Enfin, elle pointait les “difficultés d'indépendance du médecin vis-à-vis des champs politiques et économiques.”

Badini Confalonieri a décrit en 2017 le “Rôle du médecin généraliste dans l'humanitaire international” (35). Cette étude quantitative révélait que “62% de l'activité étudiée de généraliste en France lui servait en humanitaire.” Selon lui, “Le généraliste se servira de ses compétences en soins primaires, de l'approche globale, de la coordination des soins, et de la santé publique. Sa simple formation universitaire ne légitime pas son action humanitaire. Il devra également connaître l'épidémiologie locale, et il privilégiera les actions de prévention et le travail en pluridisciplinarité.”

Pour terminer, Guillaume Deschamps, en 2009, s'est posé la question de “l'intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales” à l'aide d'une étude quantitative (36): il a conclu qu'une expérience humanitaire améliorerait la pratique en pédiatrie et infectiologie pour 90% des praticiens. Il confirmait aussi notre résultat en rapport avec l'acquisition de compétences extra-médicales grâce à la pratique de la MH (rédaction de rapports, gestion logistique). Enfin, il s'est intéressé à la formation en proposant de valider un semestre de DES de Médecine Générale par un semestre d'humanitaire.

III. Points forts/points faibles

Parmi les faiblesses de cette étude (37), on remarque qu'il y a relativement peu d'entretiens. Cependant, ceux-ci étaient longs (47mn en moyenne) et informatifs (part de parole des

répondants largement supérieure à celle de la chercheuse). En outre, et c'est le plus important à notre sens, il n'y avait pas d'élément foncièrement nouveau en fin d'analyse.

La question de recherche était large, ce qui a complexifié l'analyse et la hiérarchisation des résultats. D'un autre côté, cela a également permis de soulever une grande diversité d'idées et donc des résultats riches, ce qui peut être perçu comme une force.

La chercheuse n'avait pas de grade spécifique en recherche, hormis un master 1 en statistiques et imagerie médicale. Comme dans toute recherche qualitative, celle-ci était soumise à la subjectivité des auteurs et les entretiens n'étaient pas parfaitement reproductibles.

Concernant les biais éventuels (si l'on peut parler de biais en recherche qualitative), un biais de désirabilité a pu exister (les participants disant ce qu'ils pensaient "attendu" d'eux, par exemple pour des phrases telles que "je ne regrette pas, c'est enrichissant"). Cette supposition est également parfaitement subjective. L'âge plutôt jeune des participants peut révéler un biais de sélection dû au choix de recrutement via les réseaux sociaux, à moins que cela ne représente un intérêt pour l'humanitaire plus marqué en début de carrière ? Les données de cette étude ne permettent pas de répondre à cette question.

Parmi les forces de ce travail, examinons ses critères de scientificité (21,37).

Nous avons utilisé l'approche qui nous semblait la plus pertinente pour répondre à la question : étude qualitative pour répondre à un "comment", entretiens semi-dirigés individuels pour recueillir des expériences, échantillonnage raisonné théorique pour explorer les hypothèses émergentes. L'ensemble de ces choix est cohérent avec la méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Les questions quasi-exclusivement ouvertes de la trame d'entretien, la triangulation, l'attention portée à la confidentialité et le fait que le guide d'entretien/la description des entretiens/la description des participants soient fournis sont d'autres critères de scientificité.

Les résultats de cette étude sont crédibles : ils sont cohérents avec la littérature (validité externe) et avec le contexte socio-démographique actuel.

Ce travail est original dans le sens où il éclaire les connaissances antérieures d'un point de vue récent et global, prenant en compte tous les aspects de la vie du généraliste (professionnel comme personnel, aspects pratiques).

Enfin, l'utilité est présente puisque ces résultats devraient aider certains généralistes dans leur pratique. Ils aident à lever le frein lié à l'inconnu, à prendre la décision de partir ou non en toute connaissance de cause. Des perspectives de formation sont proposées. Cette étude s'inscrit dans des problématiques de santé publique actuelles qui nous concernent tous, comme la pénurie de soignants.

Quelques précisions sur la conduite de cette étude :

- Les critères d'inclusion auraient pu être mieux précisés. Par exemple, le critère "avoir le DES de médecine générale" ne suffisait pas, puisque 2 des participants avaient effectivement validé leur DES mais étaient partis en mission plus tôt, au cours de leur internat. Cela a pu influencer les résultats dans le sens où leur activité était salariée

par la force des choses à ce moment-là. Il aurait fallu préciser dans les critères “être parti au moins une fois en mission humanitaire après l’obtention du DES de médecine générale”. Cependant, même pour ces 2 participants, nous avons pu avoir une vision précise et objective de leur pratique conjointe de MG et MH : le premier (M3) exerçait quand même en milieu hospitalier après son DES, et la deuxième (M6) avait une idée très claire de sa pratique future de MH et de l’organisation qu’elle prévoyait.

- Le terme même de “mission” a posé question au moment de l’entretien avec M4, où elle décrivait sa pratique de MH en France par des consultations Médecins du Monde. Ce n’était pas une “mission” à proprement parler (pas de début ni de fin précise, pas de départ à l’étranger). Cela nous a conduit à préférer le terme “expérience en humanitaire” par la suite dans les entretiens. Par ailleurs cela a permis de faire naître le résultat que la MH se pratique aussi en France.
- La temporalité est à prendre en compte. Le recueil des données s’est effectué sur plus d’un an, causant un possible défaut d’exhaustivité des données à l’instant T de la fin du recueil. Les résultats recueillis ne sont valables que temporairement, étant donné la dynamique d’évolution des deux disciplines concernées.

IV. Perspectives

1. D’autres études à mener

Il serait intéressant d’avoir le point de vue de ceux qui ont échoué à partir/ne souhaitent pas partir, ou encore celui des étudiants et de leurs attentes.

Les données de Vergnes Aubin pourraient être actualisées pour savoir ce que les organismes de solidarité internationale attendent aujourd’hui des généralistes.

Nous avons vu ici que les médecins généralistes ne se sentent pas toujours à l’aise en humanitaire avec leur formation seule. Qu’en est-il des autres spécialités : ressentent-elles, inversement, le manque de certaines compétences liées à la MG telles que l’approche globale ou les soins primaires ? Ainsi, il serait intéressant de mener le même type d’étude en prenant cette fois pour population cible des urgentistes ou des infectiologues, par exemple (ou encore, des professions de l’humanitaire autres que médicales).

Finalement, quelle est la proportion de généralistes qui partent effectivement en humanitaire ? Malgré mes recherches, je n’ai pas trouvé de réponse concrète. Cédric Berbé, lors de sa recherche quantitative en 2008 concernant le départ des médecins libéraux en Meurthe-et-Moselle (32), avait trouvé qu’ils étaient 7,8% à partir. Qu’en est-il aujourd’hui ? Qu’en est-il pour les autres modes d’exercice ? En conséquence, il serait intéressant de mener une nouvelle étude sur ce point.

2. Un parallélisme MG/MH

L’évolution de la médecine générale, d’une part, et de la médecine humanitaire, d’autre part, renvoient un certain parallélisme.

En effet, en médecine humanitaire l'accent est porté de nos jours sur les missions plus longues, plus pérennes, avec un suivi des populations. Ceci se rapporte au suivi du patient sur le long terme qui existe en médecine générale.

De plus, la volonté de développement et d'autonomisation des populations à travers la formation de professionnels locaux fait écho, à l'échelle individuelle, à l'éducation thérapeutique du patient où celui-ci devient acteur de sa santé. Le rapport paternaliste du MG s'efface au profit d'un rapport autonomiste, tout comme l'ingérence s'efface en MH.

Enfin, le rapport à l'argent est classiquement "tabou" dans les deux cas. D'un côté, avec la notion de bénévolat et de pureté de l'action, de l'autre côté avec la notion de soins primaires désintéressés.

La médecine humanitaire est décrite dans les résultats comme "absolu de la médecine". Or, quoi de mieux que le serment d'Hippocrate pour incarner l'absolu de la médecine ? Ainsi, l'extrait de ce serment : "je donnerai mes soins gratuits à l'indigent" (3) sonne comme une ligne de conduite pour les humanitaires.

La médecine générale, quant à elle, est souvent considérée comme une spécialité non lucrative, tandis que la tarification à l'acte et les dépassements d'honoraires creusent les disparités de revenus avec les spécialistes. Les MG sont majoritairement conventionnés secteur 1 (sans dépassement d'honoraires). En 2017, le tarif de la consultation de MG a fait polémique en passant de 23 à 25€ (38). Quand on pense au médecin généraliste, l'image du médecin investi et disponible à toute heure pour ses patients n'est pas rare, surtout pour nos aînés qui ont connu l'époque où les emplois du temps des médecins n'étaient pas surchargés. J'ai moi-même un souvenir d'enfance où mon médecin traitant était venu chez nous à 21h un vendredi car j'avais un syndrome grippal : cela nous fait bondir aujourd'hui, certes, mais il y a encore quelques années cela arrivait. Ainsi, la médecine générale véhicule traditionnellement des principes tels que le don de soi, l'investissement, le sacrifice du temps personnel. Autant de notions pouvant se rapporter à la médecine humanitaire.

Pourtant, ce rapport sacrificiel s'efface petit à petit. Côté généralistes, le désir d'une vie "en dehors du travail" est de plus en plus présent, et côté humanitaire la pratique se professionnalise.

3. Vers une professionnalisation de la MH

En effet, les médecins humanitaires sont en passe de devenir des spécialistes à part entière. Ils peuvent dès à présent "faire carrière" et travailler à temps plein en tant que salariés pour les organismes.

MSF propose des postes de "médecin référent". Dans un article de revue de 2013 : "Humanitarian medicine as a model for humanitarian action" (39), Jean-François Mattei décrivait la nécessité de sélectionner et former les futurs agents de l'humanitaire pour pouvoir satisfaire la tendance actuelle de l'aide humanitaire à se concentrer sur des missions plus complexes, plus longues et autonomisantes. Action Contre la Faim disait en 2011 que l'humanitaire est un "métier qui ne s'improvise pas" (40).

On peut alors se demander : Que vont devenir les associations "à but non lucratif" ? Comment seront financés les projets ? Peut-on toujours qualifier cette pratique de médecine "humanitaire" ? Qu'y a-t-il de mal à être payé ? L'argent détourne-t-il de la mission ?

Enfin, avec cette professionnalisation vient le problème des conditions d'exercice et de la sécurité. La protection des acteurs humanitaires dans un contexte de conflit armé, de potentiel terrorisme etc. représente un défi important. Faut-il une assurance rapatriement ou professionnelle spécifique ? Un article écrit par Françoise Bouchet-Saulnier, directrice juridique internationale chez MSF, en novembre 2020 pose d'ailleurs la question "Comment protéger les acteurs humanitaires dans le contexte des conflits armés anti-terroristes : relégitimer ou sanctionner ?" (41).

4. De plus en plus de MH en France

En France, les chiffres de la précarité augmentent : 9,3 millions de "pauvres" en 2018, soit 14,8 % de la population (contre 14,1% en 2017). L'augmentation est lente mais constante depuis le milieu des années 2000²² (42). La pandémie COVID-19 n'a pas arrangé les choses, bien au contraire. D'après les toutes dernières données de la DREES communiquées le 17 octobre 2021, on comptait en France 2,1 millions de bénéficiaires du RSA fin 2020, soit 7,5% de plus que l'année précédente (43).

Dans ces conditions, il faut s'attendre à être confronté, au cours de notre pratique de MG, à des problématiques sociales (logement, emploi, migrations de populations etc.) et des inégalités aux soins de plus en plus fréquentes. Ceci s'apparente à une pratique humanitaire en France (d'ailleurs, "RSA" comporte en soi la notion de "solidarité"). Les actions locales se multiplient, comme avec le CNLE (Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale) (44).

De ce fait, on peut être "utile" tout près de chez soi. Même des médecins peu à l'aise avec les langues étrangères ou un départ dans des pays potentiellement instables peuvent exercer la MH.

5. Intérêt d'une formation spécifique

Dans ce contexte, il serait pertinent d'intégrer plus d'aspects sociaux à la formation initiale de MG (assistance sociale, réglementation, administratif concernant les réfugiés etc.). Micheletti s'inquiétait en 2007 de la perte de considération de ces aspects sociaux en pratique libérale (45).

Par ailleurs, nous avons vu que la formation de MG a sans nul doute des points forts pour la pratique de la MH. Certaines compétences travaillées pendant le DES (cf. la liste en introduction, p.25) nous y préparent bien : la prévention, la gestion du premier recours/urgence, la coordination des soins, la communication par exemple. Cependant cette formation initiale est souvent insuffisante. Les formations complémentaires comme le DU d'infectiologie sont utiles, mais ne préparent pas forcément à l'aspect international et politique de l'action humanitaire.

²² Source INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

En conséquence, une formation spécifique et pluriprofessionnelle est justifiée. Par exemple, la faculté de Dijon propose un DUAH (Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire) (46). Et, en contexte de professionnalisation, serait-il approprié de proposer un DES de médecine humanitaire ?

Pour finir, quelques réflexions personnelles :

6. Des MG français en souffrance : besoin d'ailleurs ?

Les résultats suggèrent que la rupture à l'origine du départ en humanitaire est recherchée par les généralistes. Cela sous-entend qu'ils ont besoin d'autre chose, que leur quotidien ne leur suffit pas.

Un des moteurs pour partir était la quête de sens, de reconnaissance, de spectaculaire. On peut donc se demander si ces généralistes n'ont pas perdu le plaisir d'exercer en France. L'investissement et le "don de soi" inhérents à l'exercice du généraliste et décrits précédemment, les praticiens n'ont plus vraiment le temps de les mettre en pratique au milieu des consultations minutées et des journées harassantes. Peut-être cela est-il frustrant ? Peut-être ont-ils besoin de retrouver ce sentiment d'utilité et de sens, de remettre la clinique au cœur de leur pratique ?

Un autre résultat était le fait que la MH recentre sur le patient. Or, une des compétences du MG travaillées pendant sa formation est justement l'approche centrée patient. Ainsi, peut-être qu'au travers de sa pratique de la MH le généraliste a le sentiment de retrouver un des fondements de sa profession, qu'il aurait perdu dans la vie de tous les jours ?

Le titre accrocheur « "Le lien patient-généraliste se distend" : la lente mort du "médecin de famille" » d'un article paru tout récemment le 28 octobre 2021 dans *L'Express* (47) fait réfléchir.

7. Volontourisme

A l'heure où l'accomplissement personnel est sur le devant de la scène, des modes alternatifs de voyage apparaissent. C'est le cas du "volontourisme", ce mouvement où l'on fait du volontariat en même temps que du tourisme.

La notion de "volontariat" diffère du bénévolat par le rapport à l'argent (le volontaire est rémunéré, c'est une sorte d'intermédiaire entre le bénévole et le salarié). Or, ces dernières années, une offre massive de missions de "volontariat" fleurit, mais celles-ci sont payantes. On "paie pour aider", au lieu d'être payé. L'intégrité et la réelle utilité de leur action sont souvent questionnées (48,49). Ceci ne s'entend pas seulement pour la médecine, mais aussi d'autres champs tels que la petite enfance, l'écologie ou encore l'aide aux animaux. On peut ainsi se voir proposer des missions pour construire une école au Guatemala, être soigneur dans un centre pour pandas en Chine, ou aider dans un orphelinat en Thaïlande. Comment être sûr qu'il existe une réelle demande ? Difficile de répondre à cette question.

Pour revenir à la médecine, il semble d'autant plus important d'être vigilant au choix de l'organisme et de la mission, pour être en accord avec ses valeurs et ne pas simplement alimenter une façade de bonne conscience.

Conclusion

Médecine humanitaire et médecine générale ont chacune leurs spécificités : situations de crise, manque de moyens, enjeux politico-économiques mondiaux d'un côté ; globalité, accompagnement et proximité de l'autre. Mais il existe aussi des points communs : soins primaires, polyvalence, gestion de l'incertitude, indépendance, don de soi.

Un accord entre les deux pratiques est possible, ponctuellement ou sur le long terme, au prix de compromis voire sacrifices de la vie personnelle. L'expérience humanitaire se révèle en effet plutôt solitaire.

La balance bénéfice/sacrifice est pourtant favorable au départ, et l'aspect financier n'empêche pas de partir. La pratique de la médecine générale permet de soutenir financièrement celle de la médecine humanitaire qui, elle, se place comme un absolu de la médecine. Les craintes et le manque d'information qui précèdent le départ peuvent être estompés par le compagnonnage au sein d'un réseau.

L'organisation est multifactorielle. La permanence des soins en France est à prendre en compte. Le salariat, de plus en plus choisi par les omnipraticiens, permet de s'absenter plus sereinement, au prix d'une perte de liberté. Le généraliste peut choisir entre des actions courtes (au risque d'une perte de sens de la mission) ou des actions plus longues (requérant une disponibilité rare). Mais il est aussi tout à fait envisageable de pratiquer l'humanitaire sans partir : avec la précarité augmentant en France et les crises migratoires, les besoins ne sont pas seulement ailleurs.

La dynamique d'interaction entre les deux disciplines est double : convergente d'une part (plus de motifs sociaux en médecine générale, plus de suivi et à d'autonomisation en humanitaire + effacement du bénévolat au profit d'une professionnalisation), divergente de l'autre (précision des contours respectifs avec une médecine humanitaire qui se diversifie et devient plus technique, et une médecine générale qui se spécialise et fait face à d'importants défis démographiques).

Même si les actions humanitaires se spécialisent, ce n'est pas au détriment de la place du généraliste : face à la demande immense, il y a de la place pour tout le monde. La formation du généraliste prépare efficacement à de nombreux aspects rencontrés en humanitaire, mais une formation complémentaire adaptée à l'action choisie ou un DU spécifique sont utiles. La médecine humanitaire complète les compétences du généraliste. C'est une médecine humaine, qui pourrait apporter aux médecins généralistes un sens qui leur manque actuellement.

Attention au choc du retour - parfois violent - et aux risques d'addiction, de détournement de la mission ou de déception. Il est important de se demander pourquoi on part.

Bref, choisir de pratiquer la médecine humanitaire quand on est généraliste n'est pas la solution de facilité, mais le retour est riche. Le contraste fort entre ce que le praticien connaît dans sa vie de tous les jours et ce qu'il vit sur le terrain explique qu'un accord entre les deux ne soit pas si simple : il faut trouver un "équilibre".

Le débat pourrait être élargi par des études questionnant les attentes actuelles des organismes humanitaires envers les généralistes, ou en mettant en parallèle le même travail avec d'autres spécialités.

Références bibliographiques

1. White D. Que faut-il pour être un bon médecin généraliste? Can Fam Physician. 2017;63(3):254.
2. Dictionnaire. Larousse; 2020. [cité le 24 avril 2021].
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Le serment d'Hippocrate [cité le 5 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
4. Brauman R. La médecine humanitaire. Paris: Presses Universitaires de France; 2009. DOI : 10.3917/puf.braum.2009.01.
5. Les Ordres du Moyen-âge [Internet]. L'Ordre Hospitalier de Saint-Jean de Jérusalem, ou, Ordre souverain de Malte [cité le 22 mai 2021]. Disponible sur: <http://lorl.free.fr/hospital.htm>
6. Tantchou-Yakam J. Eugène Jamot : historiographie et hagiographie d'un médecin colonial. Outre-Mers Revue d'histoire. 2008;95(360):169-89. DOI : 10.3406/outre.2008.4358
7. Croix-Rouge française [Internet]. Les conventions de Genève [cité le 21 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/Les-conventions-de-Genève>
8. Médecins sans frontières [Internet]. Notre histoire [cité le 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/decouvrir-msf/notre-histoire>
9. World Health Organization [Internet]. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [cité le 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
10. Delorme F. Ebola : l'ennemi invisible - Ép. 2/4. Humanitaire : la fin des illusions? [Internet]. Paris: France Culture; 2014 [cité le 24 oct 2021]. Audio : 49mn. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/culturesmonde/humanitaire-la-fin-des-illusions-24-ebola-lennemi-invisible>
11. Peck R. Assistance mortelle [Film]. ARTE France, Velvet Film, Figuier Production, Velvet Film Inc., RTBF, Entre Chien et Loup; 2013.
12. Défis Humanitaires [Internet]. Aide humanitaire mondiale 2019 : les chiffres et les tendances [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://defishumanitaires.com/2019/09/23/tendances-principales-de-laide-humanitaire-mondiale-en-2019/>
13. Micheletti P. Humanitaire : s'adapter ou renoncer. Paris: Marabout; 2008.
14. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Crebolder H, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe 2002 : Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. [s.l.]: World family doctors caring for people; 2002.
15. Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. Un peu d'histoire [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
16. Département Universitaire de Médecine Générale de Tours [Internet]. Livret d'aide pour la validation de la phase d'approfondissement et du DES [cité le 23 mars 2021]. Disponible sur : <https://dumg.univ-tours.fr/livret-daide-pour-la-validation-de-la-phase-dapprofondissement-et-du-des>
17. Le Blanc A. Loi santé : la liberté d'installation des médecins menacée par une quinzaine d'amendements. Le Généraliste [Internet]. 11 mars 2019 [cité le 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/demographie/loi-sante-la-liberte-dinstallation-des-medecins-menacee-par-une-quinzaine-damendements>

18. Conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1^{er} janvier 2020 [cité le 29 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
19. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019: existe-t-il un lien? [Thèse d'exercice]. Bordeaux: Université Bordeaux- Faculté de Médecine; 2017.
20. Ministère de la Santé [Internet]. La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier [cité le 29 oct 2021]. Disponible sur: https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/514_la-demographie-des-medecins-rpps-au-1er-janvier/information/
21. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gille de la Londe J, Lustamn M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: CNGE, Global Media Santé; 2020.
22. Meliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Actes du 3ème Colloque International Francophone sur les Méthodes Qualitatives. Du singulier à l'Universel. 2011;(15):435-52.
23. Corty JF. La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France. Humanitaire : Enjeux, pratiques, débats [Internet]. 2011;9(30):2-13.
24. Siméant J, Dauvin P. Le travail humanitaire [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2002 [cité le 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-travail-humanitaire--9782724608690.htm>
25. Redwood-Campbell L, Ouellette V, Rouleau K, Pottie K, Lemire F. Santé internationale et pratique familiale canadienne: En quoi est-ce que cela me concerne? Can Fam Physician. 2007;53:608-10.
26. Feldman MD. Altruism and Medical Practice. J Gen Intern Med. 2017;32(7):719-20. DOI : 10.1007/s11606-017-4067-1
27. Grudzen CR, Legome E. Loss of international medical experiences: knowledge, attitudes and skills at risk. BMC Med Educ. 2007;7(1):47. DOI : 10.1186/1472-6920-7-47
28. Huddy J. A journey into the humanitarian side of general practice. Br J Gen Pract. 2015;65(633):192. DOI : 10.3399/bjgp15X684457
29. Beaufumé S. 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]. Lyon: Université Claude Bernard - Faculté de Médecine; 2017.
30. Michelat M. Motivations des médecins à exercer au Centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde d'Angers : retentissement personnel et professionnel [Thèse d'exercice]. Angers: UFR Santé Angers; 2017.
31. 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]. Université européenne de Bretagne; 2012.
32. 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]. Nancy: Université de Lorraine - Faculté de Médecine; 2008.
33. Aubin V. La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale (OSI) médicales françaises en 2011 [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier - Faculté de Médecine; 2011.

34. Jacquot C. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages. [Thèse d'exercice]. Nancy: Université de Lorraine - Faculté de Médecine; 2010.
35. Badini C. Rôle du médecin généraliste dans l'humanitaire international: à partir d'une expérience au Paraguay [Thèse d'exercice]. Montpellier: Université de Montpellier - Faculté de Médecine; 2017.
36. Deschamps G. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier – Faculté de Médecine; 2013.
37. Département universitaire de médecine générale Paris 13 [Internet]. Grilles COREQ et RATS [cité le 29 oct 2021]. Disponible: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_écriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
38. Alberti A. L'augmentation du prix de la consultation médicale est-elle justifiée ? L'Or et l'Argent [Internet]. 15 juil 2016 [cité le 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.loretlargent.info/france/laugmentation-prix-de-consultation-medicale-justifiee/18255/>
39. Mattei JF. Humanitarian medicine as a model for humanitarian action. Bull Acad Natl Med. 2013;197(6):1207-15.
40. Action contre la Faim [Internet]. Humanitaire, un métier qui ne s'improvise pas; 2011 [cité le 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.actioncontrelafaim.org/a-la-une/souvenirs-d-un-chef-de-mission-humanitaire-en-somalie/>
41. Défis Humanitaires [Internet]. Comment protéger les acteurs humanitaires dans le contexte des conflits armés anti-terroristes : relégitimer ou sanctionner ?; 2020 [cité le 8 sept 2021]. Disponible sur: <https://defishumanitaires.com/2020/11/27/lois-anti-terroristes-humanitaire/>
42. Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. Pauvreté - France, portrait social édition 2020 [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797606?sommaire=4928952>
43. Franceinfo [Internet]. Covid-19 : la pandémie a aggravé la précarité en France; 2021 [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-pandemie-a-aggrave-la-precarite-en-france_4811191.html
44. Le site du CNLE [Internet]. L'humanitaire médico-social en France; 2009 [cité le 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/l-humanitaire-medico-social-en.html>
45. Micheletti P. Médecine libérale oui, néolibérale non. Libération [Internet]. 19 fév 2007 [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/tribune/2007/02/19/medecine-liberale-oui-neoliberal-non_85295/
46. Unité de Formation et de Recherche des Sciences de Santé Dijon [Internet]. Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire [cité le 24 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.duah.fr/>
47. Saviana A. «Le lien patient-généraliste se distend » : la lente mort du « médecin de famille ». L'Express [Internet]. 28 oct 2021 [cité le 30 oct 2021]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/le-lien-patient-generaliste-se-distend-la-lente-mort-du-medecin-de-famille_2161176.html
48. Service volontaire international [Internet]. NON au volontourisme - Service Volontaire International [cité le 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.servicevolontaire.org/mission-volontariat/fr/non-au-volontourisme/>
49. Rousseau N. Tourisme humanitaire: la vraie fausse pitié. Libération [Internet]. 15 août 2016 [cité le 6 oct 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/planete/2016/08/15/tourisme-humanitaire-la-vraie-fausse-pitie_1472579

Annexe 1 : Canevas d'entretien

- 1) Présentation, information, consentement, anonymat
- 2) Épidémiologie :
 - année et faculté de DES ?
 - mode d'exercice MG ? : libéral (si oui, installé ou remplacement ?) ou hospitalier ? rural ou urbain ? cela a-t-il changé depuis le début de votre carrière ?
 - avez-vous des DU ou formations complémentaires ?
 - âge ?
 - situation familiale ?
- 3) Racontez-moi en deux mots l'historique de votre expérience en humanitaire (nombre de missions, pays, durées, organismes, rôles, rémunération...).
- 4) Au moment de votre premier départ :
 - quelle était votre situation : professionnelle ? personnelle ?
 - comment avez-vous eu les informations/contacts nécessaires ?
 - pourquoi à ce moment-là ?
- 5) Que pense votre entourage de votre activité humanitaire ? Comment vous êtes-vous organisé(e) sur le plan familial ?
- 6) Comment vous êtes-vous organisé professionnellement ?
- 7) Comment décririez-vous votre expérience sur place ?
 - ressenti ? professionnel et personnel
 - quelles problématiques de santé avez-vous rencontrées ?
- 8) Votre formation de médecin généraliste vous a-t-elle semblé adaptée pour vos missions ?
- 9) Comment s'est passé votre retour ?
 - quelles ont été les conséquences dans votre pratique de généraliste ?
 - dans votre vie personnelle ?
- 10) Qu'auriez-vous aimé savoir avant de partir ?
- 11) Selon vous, quelles qualités faut-il pour faire de l'humanitaire ?
- 12) Prévoyez-vous de conjuguer sur le long terme médecine générale et médecine humanitaire ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- 13) Quelle évolution voyez-vous pour la médecine humanitaire et la place des généralistes ?
- 14) Pour finir, quelque chose à ajouter, des derniers conseils ?
- 15) Conclusion, remerciements, proposition de retransmission des résultats

Annexe 2 : Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Description des entretiens individuel (p.31)

Tableau 2 : Caractéristiques des participants (p.31)

Tableau 3 : Description des actions de MH effectuées ou prévues par les médecins répondants (p.33)

Tableau 4 : Exercice de MG des médecins enquêtés (présent, passé, futur envisagé) (p.40)

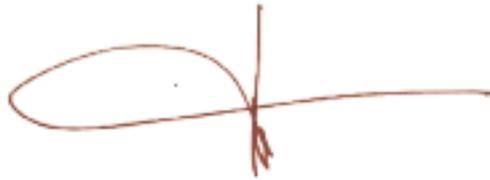
Tableau 5 : Formations complémentaires des MG enquêtés (p.59)

Figure 1 : Répartition géographique des actions de MH effectuées ou prévues par les médecins répondants (p.32)

Figure 2 : Problématiques de santé rencontrées au cours des actions de MH (p.56)

Figure 3 : Modèle explicatif (p. 85)

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in red ink, consisting of a large loop on the left and a horizontal line extending to the right, with a vertical stroke intersecting the horizontal line.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Auteur : TIERCELIN Anne-Sophie

104 pages - 5 tableaux - 3 figures - 1 illustration

COMMENT ACCORDER LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE HUMANITAIRE AVEC CELLE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ? **Analyse d'expériences vécues, conseils à ceux désirant partir**

Introduction : La médecine générale et la médecine humanitaire ont leurs caractéristiques propres. Par ailleurs, elles évoluent chacune depuis quelques décennies. Les situations d'urgence se multiplient, les missions se spécialisent, les généralistes ont moins de temps. Dans ce contexte, comment faire pour associer ces deux pratiques ?

Méthode : Étude qualitative par approche inspirée de la théorisation ancrée, d'après 7 entretiens individuels semi-dirigés auprès de généralistes ayant une expérience en humanitaire entre novembre 2019 et août 2021. Triangulation de l'analyse. Anonymisation des données.

Résultats : Le contraste fort entre les deux univers rend leur accord difficile, mais pas impossible. Le choc au retour peut être violent. L'expérience humanitaire se révèle assez solitaire ; il est délicat de l'accorder avec sa vie personnelle. Toutefois les médecines générale et humanitaire partagent des points communs : soins primaires, polyvalence, indépendance, gestion de l'incertitude. L'humanitaire apporte de l'assurance et de nouvelles compétences au généraliste. La formation du généraliste est globalement adaptée, mais insuffisante pour être pleinement à l'aise ou efficace. L'argent n'empêche pas de partir. La médecine générale se place en soutien financier de la médecine humanitaire qui, elle, apparaît comme un idéal de la médecine. Concernant l'organisation professionnelle, l'installation est perçue comme un frein et le salariat permet une sérénité de départ, au prix d'une perte de liberté. La place du généraliste en humanitaire est certaine mais de façon moins probante qu'avant. Pour finir, il existe des risques à ne pas négliger (erreurs, désillusions, addiction).

Discussion/conclusion : Les contours de ces disciplines sont dynamiques et interagissent. La précarité augmente en France, et avec elle les besoins "humanitaires" au sein même de notre territoire. La médecine humanitaire se professionnalise, amputant la notion de désintéressement jusque-là caractéristique de la discipline. Des formations spécifiques telles qu'un DUAH (Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire) sont pertinentes. Enfin, le départ vers l'ailleurs des généralistes français ne signifie-t-il pas leur souffrance actuelle ?

Mots-clés : "médecine générale" ; "médecine humanitaire" ; "soins primaires" ; "formation" ; "salariat" ; "professionnalisation" ; "précarité" ; "urgence"

Jury :

Président du Jury : Professeur Annabel MARUANI

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ

Membres du Jury : Docteur Zoha MAAKAROUN-VERMESSE
Docteur Bruno LEFORT

Date et lieu de soutenance : 9 décembre 2021, Faculté de Médecine de Tours