

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

L'impact de l'expérience humanitaire sur la pratique de la médecine d'urgence

GROSEIL Thomas

Né le 29 novembre 1991 à Angers (49)

Sous la direction de M. PY Thibault

Membres du jury

Mr le Professeur GARNIER François | Président

Mr le Docteur PY Thibault | Directeur

Mme le Docteur ANGOULVANT Cécile | Membre

Mr le Docteur BAUDRY Emmanuel | Membre

Mme le Docteur MASSARD Annie | Membre

Soutenue publiquement le :
26 septembre 2019



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné GROSEIL Thomas
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **28 juillet 2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François GARNIER, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Veuillez croire à l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame et Monsieur les Docteurs Cécile ANGOUKVANT et Emmanuel BAUDRY, merci de me faire l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Thibault PY, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger mon travail, ainsi que votre disponibilité et votre réactivité. Votre écoute bienveillante et vos remarques constructives m'ont permis d'aboutir dans ce travail.

A Madame le Docteur Annie MASSARD, je vous remercie sincèrement pour votre enseignement et les quatre mois passés à vos côtés. Votre pratique de la médecine et votre dévouement auprès des patients et de l'équipe paramédicale sont pour moi un modèle à suivre. Je vous suis reconnaissant de m'accompagner dans mon travail de fin d'étude.

Je remercie l'équipe de réanimation du C.H de LAVAL, ces 6 mois passés avec vous m'ont permis d'apprendre cette rigueur qui nous est demandée au quotidien. Merci au Docteur Jean Marc BOYER, pour ton aide et ton implication dans ma formation R and B ; merci au Docteur Hussein YASSINE pour toutes ces gardes passées ensemble et toutes ces parties de billards perdues ; merci au Docteur Christophe FAISY pour ton enseignement et d'avoir partagé ta passion des bananes plantains et de l'alpinisme ; un grand merci au Docteur Alexandre RACHED pour ta pédagogie et de m'avoir fait réviser longuement les états de chocs hémorragiques, notre MZZZZ traversera les futures générations d'internes.

Je remercie sincèrement les Docteurs Marie Cécile ROGER, Alain MILLIOT et Anne FALLAI pour ce stage de médecine ambulatoire. Votre passion et vos relations avec les patients sont rafraichissantes.

Je remercie l'ensemble des médecins urgentistes interviewés, qui m'ont permis d'aboutir dans ce travail. Nos échanges autour de notre pratique et de l'humanitaire ont été enrichissants.

A Jean François, ces deux semaines passées ensemble à redécouvrir la médecine m'a fait le plus grand bien. Ta passion de la médecine et ton enthousiasme à toute épreuve fut pour moi ressourçant.

A Zo, mon nounours au chocolat, je te remercie d'avoir eu un iPhone, point de départ d'une histoire formidable. Mon meilleur ami Zo, notre amitié malgré les kilomètres est précieuse.

A Fufu, je te remercie pour tous ces bons moments passés ensemble qu'ils soient sur les bancs de la fac, au ski, mais aussi pour nos projets cinématographiques et nos conversations méta physiques. Merci de m'avoir fait rire tout le long de nos études, ta turgescence glomérulaire restera gravée dans ma mémoire.

A Géraud, je te remercie pour ces semestres passés ensemble. Je resterai toujours subjugué par ton irrégularité au billard.

A Gislain, je te remercie pour tous nos fous rires et nos délires. J'ai passé le meilleur job d'été avec toi. Ton amitié est précieuse.

A Audrey, je te remercie de m'avoir fait rencontrer involontairement ta meilleure amie.

A Théo et Thaïs merci de rendre mes frères heureux.

A ma belle famille, je vous remercie de m'avoir aussi bien accueilli.

A Minette, Keke, et Kiwi, merci pour votre ronronthérapie.

A mon papa, je te remercie pour ton soutien, ta présence et pour toutes les petites attentions (surtout gourmandes).

A ma maman, je te remercie de m'avoir autant aidé dans ma thèse, tu m'as fait gagner un temps précieux. Merci surtout pour ton écoute, ton dévouement et ta présence au quotidien.

REMERCIEMENTS

A tous les deux, merci de m'avoir élevé, de m'avoir soutenu, et d'avoir fait de moi un homme accompli. Je vous aime.

A mon grand frère, Justin, je te remercie de m'avoir fait découvrir l'humanitaire, sans quoi ce travail n'aurait jamais vu le jour. Ce mois passé ensemble a été une des plus belles expériences de ma vie, malgré le terrible épisode de canoé et du mal de dos. Je t'aime.

A mon petit frère, Axel, merci de m'avoir accompagné durant toutes mes années d'études, nos conversations dans la salle de bain durant ma première année étaient la meilleure des échappatoires et plus tard nos soirées jeux ... essaye quand même de t'améliorer. Je t'aime.

A ma femme, Victoria, merci pour ton soutien et ton amour inconditionnel. Tu es ma source intarissable de rires, de réconfort et de plaisir. La vie que tu m'offres est un réel bonheur, continue de ne pas écouter mes idées reçues. J'ai hâte de démarrer notre nouvelle aventure. Je t'aime pour toujours.

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. La pratique médicale**
 - 2.1. L'examen clinique
 - 2.2. Les prescriptions
 - 2.3. Rattrapé par le médico légal
- 3. Un décalage**
 - 3.1. Les conditions de travail
 - 3.2. Critique du système de santé français et des comportements des patients
- 4. Formation**
 - 4.1. L'adaptabilité
 - 4.2. Médecine de catastrophe et tri médical
 - 4.3. Enrichissement de sa culture médicale
 - 4.4. Linguistique
 - 4.5. Formation, et mise en responsabilité
 - 4.6. Une médecine moins technique
 - 4.7. Des populations et des pathologies différentes
 - 4.8. Une formation continue difficile
 - 4.9. Réadaptation au retour
- 5. Relation aux autres**
 - 5.1. Relation médecin patient
 - 5.2. Communication non verbale
 - 5.3. Un patient dans son contexte culturel
 - 5.4. Changement de représentation
 - 5.5. Un changement durable du rapport à l'autre
 - 5.6. Relation médecin et équipe soignante
- 6. Expérience de vie puissante**
 - 6.1. Tolérance et ouverture d'esprit
 - 6.2. Un dépassement de soi
 - 6.3. Une expérience d'humilité
 - 6.4. Une relativisation et une meilleure gestion du stress
 - 6.5. Ressourçant et source de motivation
 - 6.6. Ethique et la place du médecin
 - 6.7. Une critique de notre médecine d'urgence
 - 6.8. Une expérience unique et positive

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. L'humanitaire et son impact sur la pratique médicale aux urgences**

2. **La formation par l'expérience humanitaire**
3. **Un rapport à l'autre à jamais bouleversé**
4. **Une expérience immersive et unique dans une société très différente**
5. **Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. **Annexe I : Guide d'entretien**

RESUME

Introduction : Partir en mission médicale humanitaire, est une expérience de vie puissante qui peut avoir un retentissement sur le quotidien personnel mais aussi professionnel. L'objectif de ce travail est d'explorer l'impact de l'expérience humanitaire sur la pratique médicale des urgentistes.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins urgentistes ayant effectués une à plusieurs missions humanitaires. Triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés. Les principaux résultats mettent en évidence que l'expérience humanitaire apporte un savoir et une culture biomédical, et permet de développer une responsabilité prescriptrice. L'humanitaire provoque un changement durable de la relation médecin-patient, rendant le médecin plus compréhensif, ouvert, compatissant et « *socialement conscient* ». Elle offre l'opportunité au médecin de se perfectionner dans le domaine de l'urgence et de développer ses facultés d'adaptation : compétence considérée comme essentiel pour le domaine de l'urgence.

Conclusion : L'expérience humanitaire a un impact restreint sur la pratique médicale quotidienne, en raison du cadre médico légal et de l'obligation de moyen qui régie la médecine occidentale. Néanmoins elle provoque un changement durable du rapport à l'autre. L'humanitaire confronte la médecine dans une réalité plus humaine, centrée sur le patient. Cette expérience a donc un intérêt pour la formation des futurs urgentistes et plus globalement pour tous les professionnels de santé.

INTRODUCTION

Partir en mission médicale humanitaire, c'est s'exposer à un environnement inconnu, à des conditions humaines, matérielles difficiles voire hostiles. C'est donc une expérience de vie puissante qui peut avoir un retentissement sur le quotidien personnel mais aussi professionnel des volontaires ¹.

L'aide humanitaire est une activité qui se démocratise par son aura, son exposition médiatique et sa diversification. Cette activité est donc devenue un sujet d'étude notamment sur les pathologies rencontrées, sur les caractéristiques des bénévoles, sur l'impact local qu'il soit économique, social ou sanitaire. Cependant peu se sont intéressés au retentissement qu'une telle expérience pouvait avoir sur l'exercice de la médecine. En effet, exercer dans le cadre humanitaire c'est sortir de son « cadre de confort », il faut s'adapter à une population nouvelle et aux moyens locaux, et donc ajuster sa pratique médicale.

Le travail réalisé par LOZACH C. ², évoque que les médecins généralistes partis en mission, ont développé une responsabilité prescriptive. Cette rationalisation des prescriptions pourrait-elle aider l'urgentiste dans son quotidien ? En effet, les services d'urgences sont de plus en plus sollicités, avec une augmentation de la fréquentation estimée à plus de 3,5 % par an depuis 1996 pour atteindre 21 millions de passages aux urgences en 2016 ³. Les missions humanitaires se déroulant essentiellement dans des conditions d'accès limitées aux examens complémentaires, l'examen clinique devient l'outil sur lequel il est possible d'avancer. Cette expérience reçue peut-elle aider à mieux prescrire les explorations aux urgences, permettant ainsi de réduire le temps de prise en charge mais également les coûts de santé estimés à plus de 2.5Md€ en 2011 ⁴.

Aux urgences, on soigne l'ensemble de la population française, on y rencontre des patients avec des cultures différentes, parfois en situation de précarité ³. Il peut sembler intéressant d'avoir pu s'ouvrir à des visions différentes pendant les missions humanitaires, et ainsi acquérir

une ouverture d'esprit, une tolérance et une écoute à l'égard de populations d'origine et de milieux différents. De plus, les médecins urgentistes sont également amenés à prendre en charge des patients issus des crises migratoires de 2015, il pourrait donc être avantageux d'avoir acquis des compétences sur les maladies tropicales et infectieuses, de santé publique, une meilleure expertise clinique quand la communication verbale est difficile voire impossible. L'objectif principal de ce travail est d'explorer l'impact de l'expérience humanitaire sur la pratique médicale des urgentistes. De savoir si ces impacts sont durables dans le temps. On peut imaginer qu'après un délai variable de réadaptation à la médecine française, les médecins urgentistes reprennent leurs habitudes et perdent le bénéfice de la formation reçue en humanitaire.

L'objectif secondaire est de questionner l'intérêt de cette expérience humanitaire en terme de pédagogie et de formation pour les futurs urgentistes.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés d'urgentistes français ayant réalisé une à plusieurs missions humanitaires à l'étranger. La méthodologie a été vérifiée selon 30 items sur 32 de la grille COREQ ⁵.

1. Présuppositions des chercheurs

Par son expérience personnelle, le chercheur a constaté des modifications de sa pratique de la médecine au retour de ses missions humanitaires, notamment par un changement de ses relations à l'autre, par un détachement des examens complémentaires.

2. Echantillonnage et recrutement

L'échantillonnage a été réalisé par recrutement en boule de neige par prise de contact avec différentes associations humanitaires (Médecins Sans Frontières (MSF), Médecins du Monde (MdM), Croix Rouge Française (CRF), Mission Humanitaire (MH). Les demandes d'entretiens seront réalisées par courrier électronique, joignant une explication présentant le projet de thèse et les objectifs d'entretien.

Le recrutement a été réalisé en recherchant une variation maximale sur l'expérience humanitaire, le type d'association. Taille de l'échantillon atteinte à saturation des données, les deux derniers entretiens n'ayant pas permis de dégager de nouveaux verbatims.

3. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par un seul chercheur à partir d'un guide d'entretien élaboré selon des questionnaires d'autres travaux ²⁻⁶⁻⁷, avec ajouts de questions concernant la thématique du sujet de recherche. Le guide d'entretien a été testé avant utilisation et adapté sur la formulation d'une question.

4. Analyse

Retranscription intégrale des données sur format texte (Word). Les verbatims obtenus ont été analysés et codés avec identification des thèmes. Anonymisation des participants. L'analyse a été inductive, avec triangulation des données par double codage.

5. Considération éthique

Le consentement écrit pour l'enregistrement audio de l'entretien et son utilisation pour la recherche a été recueilli.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Nombre de participants : 11 participants

Sexe : 4 femmes et 7 hommes

Age moyen : 48,6 années

Année de première expérience humanitaire : 8 participants sur 11 ont vécu leur première expérience humanitaire pendant leur formation étudiante (externe ou interne)

Autre expérience médicale non humanitaire : 3 participants ont réalisé une expérience à l'étranger autre que l'humanitaire ; allant du semestre au Canada à l'exercice en Irlande du nord pendant quelques années

Expérience en mission humanitaire :

- Durée des missions : Variable de quelques semaines (15 jours) pour les missions d'urgences, à plusieurs mois voire années pour les missions de développement
- Circonstances variables selon les missions : zones de catastrophes naturelles (Haïti, Népal, Indonésie), zone de conflits armés (Yémen, Kosovo, Afghanistan, Iraq), grandes épidémies (Ebola par exemple), accueil et soins de migrants (Grèce, Italie), dispensaires (Mayotte, Centre Afrique, Guyane)
- Associations : Médecin du Monde (MdM), Médecin sans frontières (MSF), Croix Rouge Française (CRF), Missions Humanitaire (MH), Pompier sans Frontière (PSF) ...

Praticien	Sexe	Age	Première expérience humanitaire	Autres expériences à l'étranger	Nombre de missions réalisées	Type de missions réalisées	Accès à une pharmacie	Accès à de la radiologie	Accès à de la biologie
P1	F	43	Externat	Non	> 5	U et D	Systématique	Parfois dont écho	Rare
P2	M	63	Post internat	Oui	> 5	U et D	Systématique	Jamais	Jamais
P3	M	50	Post internat	Non	> 5	U	Systématique	Rare	Jamais
P4	M	53	Externat	Oui	> 5	U et D	Systématique	Rare	Jamais
P5	M	56	Internat	Non	> 5	D	Systématique	Rare	Jamais
P6	F	41	Externat	Non	> 5	D	Systématique	Parfois dont écho	Rare
P7	F	34	Externat	Oui	1	D	Oui	Oui	Oui
P8	M	54	Internat	Non	> 5	D	Systématique	Parfois	Jamais
P9	F	54	Internat	Non	> 5	U et D	Systématique	Rarement	Jamais
P10	M	34	Externat	Non	> 5	U et D	Systématique	Parfois	Rare
P11	M	53	Post internat	Non	> 5	U et D	Systématique	Parfois	Parfois

U : urgence ; D : développement

Tableau I : Principaux résultats

2. La pratique médicale

Selon 7 des médecins interrogés, la pratique médicale est profondément modifiée suite à l'expérience humanitaire. Quels sont les principaux champs impactés par ce changement ?

L'humanitaire est une expérience de vie, ses impacts seront donc différents selon les individus, les missions réalisées (durée, localisation, nombre). Pour ce qui est du plan professionnel, ce

sont l'examen clinique, les prescriptions et les relations médecin-patient qui vont être le plus impactés.

2.1. L'examen clinique

Comme présenté en amont, la quasi totalité des participants ont exercé leurs missions humanitaires dans un contexte d'accès aux soins et aux examens complémentaires très limité voire inexistant (qu'ils soient biologiques ou radiologiques). C'est dans ce cadre qu'ils ont dû développer une approche différente de leur aptitudes diagnostiques, notamment par leurs examens cliniques. L'humanitaire met en avant l'interrogatoire et la clinique : P3 « *ce que j'aime en mission, c'est que l'on bosse avec ses mains, on discute vraiment beaucoup avec les gens, et on n'est pas dans cette quête de la biologie, ou du scanner* ».

La médecine humanitaire étant pauvre par ses moyens techniques, les médecins se sont enrichis dans leurs expertises cliniques notamment en la perfectionnant et en l'approfondissant : P4 « *mon examen clinique est plus poussé, je ne parle pas que de l'interrogation mais de la palpation, l'auscultation ...* », et grâce à une redécouverte de la sémiologie médicale : P7 « *j'étais obligée d'être très très clinique et j'ai beaucoup développé ma pratique sémiologique aussi* ». C'est dans ce cadre que 9 participants pensent qu'ils ont amélioré leur sens clinique.

2.2. Les prescriptions

Les conditions d'accès aux soins, la quasi absence de couverture médicale dans les pays où l'aide humanitaire est installée, a obligé les médecins à s'adapter dans leurs prescriptions, notamment pour la réalisation d'examens complémentaires, quels qu'ils soient, ainsi que pour la délivrance de médicaments.

Cette réflexion autour de la prescription, a fait développer une forme de responsabilité prescriptrice, par la réflexion de l'intérêt réel et du coût que chaque médecin engendre via ses

prescriptions : P1 « *je sais que l'on a un budget très limité ... donc je fais les examens quand il y en a besoin* ». Finalement en s'exerçant à travailler dans ces conditions dégradées, certains médecins se sont affranchis d'examens complémentaires, car les explorations biologiques ou radiologiques de ré-assurance n'ont aucune place possible dans ce milieu : P3 « *ça nous permet de pas être dépendant d'examens ou d'une exploration radiologique, on apprend que tout n'est pas indispensable* ».

De retour en France, 8 médecins ont pu poursuivre ce mode d'exercice, leur expérience de médecine humanitaire leur ayant permis de se détacher, de prendre du recul sur leurs prescriptions et tout ce qui gravite autour (temps, coût, intérêt ...) : P6 « *j'ai été aussi plus économe dans mes demandes d'examens complémentaires, économe en matière de matériel* ».

Les autres participants sont soit partagés, soit ils ne pensent pas que l'humanitaire puisse ou doit avoir un impact sur notre façon d'exercer, puisque c'est une expérience bien particulière, non transposable dans notre quotidien de médecins français : P10 « *ma pratique humanitaire elle n'a pas modifié ma pratique dans ce sens-là. Et il ne vaut mieux pas qu'elle m'influence. Ma manière de prescrire elle est définie par l'enseignement que j'ai reçu. Et que je continue de recevoir. Et pas par mes expériences humanitaires* ».

2.3. Rattrapé par le médico légal

Cependant, tous ont pesé la limite de l'impact de leur expérience humanitaire dans leur pratique médicale au retour ; en effet notre médecine s'exerce selon un code de déontologie, avec des pratiques protocolisées. Il n'est donc pas possible, sous couvert d'une expérience humanitaire dans un autre contexte, d'appliquer des pratiques qui ne respectent pas les recommandations médicales occidentales, ou de sortir de son champ de compétences : P4 « *Et*

là on m'a fait comprendre que j'étais plus à ma place là, que ce n'était plus à moi de faire ces gestes-là ».

Beaucoup de médecins ont rappelé l'obligation de moyen qui régit notre activité et donc que l'expérience humanitaire ne doit pas interférer avec notre mode d'exercice mais qu'il faut s'en servir pour parfaire notre pratique : P4 *« du coup par protection, par obligation de moyens, je fais autant d'examens complémentaires que mes collègues. Alors qu'effectivement les voyages me pousseraient à en faire moins ».*

3. Un décalage

3.1. Les conditions de travail

Ce qui fait que la pratique de la médecine humanitaire n'est pas entièrement transposable à la médecine occidentale, c'est le décalage qui réside entre ces deux pratiques. Particulièrement, concernant les conditions de travail en médecine humanitaire qui sont toutes particulières : l'absence de plateau technique (pharmacie, examens complémentaires), parfois l'absence d'électricité ou d'eau, nécessite une adaptabilité de la part des médecins, notre médecine n'étant pas transposable dans ces conditions, et inversement : P6 *« l'humanitaire là-dessus m'a aidé parce qu'on est habitué à changer en permanence de zone de confort ».*

Ces découvertes d'hôpitaux sous-équipés, avec des équipes parfois non formées, déclenche chez certains médecins une prise de conscience de la qualité de nos hôpitaux, de nos collègues et de notre formation malgré les difficultés du quotidien. Ce qui leur permet donc de relativiser leurs conditions de travail : P10 *« tu es content de retourner dans ton plateau technique, où tu as cette facilité d'examens, de prise en charge, toutes ces possibilités thérapeutiques ».*

3.2. Critique du système de santé français et des comportements des patients

Cette différence de moyens fait naître une critique du système de santé français chez certains des médecins, de notre médecine qui tend à devenir pour eux une médecine de luxe et de consommation : P4 « *les gens ne savent plus attendre. Pour moi c'est une Médecine de Luxe qu'on fait* ».

Certains médecins, au retour, présentaient un certain agacement de la mentalité française : P3 « *parce que l'on devient entre guillemet très intolérant avec le français* ». Ces sentiments sont surtout présents au retour de mission, là où la différence entre les deux univers nécessite un temps de ré adaptation exprimé par beaucoup de médecins : P3 « *Et à chaque fois que je retournais aux urgences c'était un calvaire car en mission humanitaire j'étais tellement bien* », P11 « *quand je suis revenu dans les urgences, je me disais, pas facile quoi* ».

Leur intolérance passagère est imputable à la différence de gravité et d'exigence des patients, conscients qu'ils ne peuvent pas reprocher aux patients français cette inégalité d'accès aux soins, d'où l'importance de la notion de temporalité : P3 « *Et après on revient dans la vie, on va crier parce que l'on a cassé son Iphone, on va se mettre à stresser pour rien, le stress des gens n'est pas le même* ».

4. Formation

4.1. L'adaptabilité

Quels peuvent être les bénéfices en matière de formation tirés de l'expérience de médecine humanitaire ? Neufs médecins pensent qu'il y a un intérêt certain à partir exercer de la médecine humanitaire pour se former en médecine d'urgence (ou en médecine de manière générale). Parce que l'humanitaire oblige les bénévoles à s'adapter en permanence, que cela soit en fonction du terrain, du matériel, du patient avec sa culture et ses croyances. La totalité

des médecins ont précisé que s'il y a bien un bénéfice à partir en humanitaire c'est pour acquérir une faculté d'adaptation importante : P4 « *Un seul mot, l'adaptabilité. Pour moi être adaptable.* » P4 « *Il faut être adaptable à ces changements perpétuels. Et donc le Médecine humanitaire apporte ça.* »

4.2. Médecine de catastrophe et tri médical

Un autre point abordé en matière de compétences acquises est la gestion du flux et donc du triage des patients. Lors de missions humanitaires, quelque soit la zone où celles ci se déroulent, elles sont toujours sous équipées en termes d'infrastructures médicales ou en personnels soignants, d'où un afflux massif de patients vers les bénévoles : P2 « *quand vous voyez que vous êtes trois ou quatre médecins et que vous voyez 150 à 200 patients dans la journée, il va falloir surtout faire un choix* ».

Comme ont pu expliquer les médecins, il s'agit donc là d'un très bon exercice de tri médical : P2 « *Des patients sur lesquels il faut s'attarder et des patients sur lesquels il faut aller un peu plus vite* », P3 « *tu vas te rendre compte que dans ta chaine de gens qui attendent et bien tu vas prioriser* ». En effet, il va s'agir de prioriser à qui les soins seront délivrés, car certaines missions sont itinérantes, donc la totalité des gens qui se présentent ne pourront être vus, ce qui se rapproche de la régulation faite par les médecins du SAMU ou du Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Certains ont pu intervenir dans des zones de conflits armés et être confrontés à des cas d'attaque par armes de guerre ou explosion, ou lors de catastrophe naturelle, toutes ces situations provoquant un grand nombre de victimes. Ces circonstances étant de très bonnes manières de s'exercer à la médecine de catastrophe : P4 « *J'étais mieux capable de prendre des décisions rapides et des gestes que j'avais appris en milieux isolés.* »

Il y a là un intérêt majeur dans la formation d'un urgentiste d'autant plus que ces situations d'attentats peuvent malheureusement se dérouler en France, on peut donc penser qu'avoir

des précédents dans sa carrière permettrait de mieux réagir dans de telles situations en France. Malgré le fait que des exercices Plan Blanc soient réalisés régulièrement au sein de hôpitaux, cela reste des exercices et rien de pourra remplacer une situation réelle : P11 « *On va te faire de l'exercice, on va te montrer le matériel que tu as dans les malles, on est obligé de parler de ce qui se passe en France actuellement, les situations attentats. Moi je pense que tous les urgentistes de France doivent être formés à la médecine de catastrophe.* ».

Un médecin en humanitaire travaille dans des situations précaires, comme peut l'être un médecin du SMUR en intervention. Un point soulevé est l'apprentissage de gestes techniques lors de missions humanitaires, qu'ils soient réanimatoires, orthopédiques ou autres : P11 « *acquérir des compétences comme l'accouchement difficile, acquérir des gestes, réaligner des poly-fracturés, des plaies à recoudre avec du fil de pêche* ».

4.3. Enrichissement de sa culture médicale

Un des autres bénéfices est la découverte et la mise en pratique de nouvelles médecines, dites médecines alternatives, découvertes dans leur contexte : P4 « *ça m'a permis de m'intéresser aux chamanes, aux sorciers locaux* », P11 « *Oui c'est pas mal, en plus, ça permet de voir d'autres façons de travailler* ».

Le patient en médecine humanitaire est une personne avec des ressources précaires, avec des stades avancés de pathologies qu'on trouve rarement voire jamais en France : P6 « *aller exercer la Médecine quelques mois en humanitaire en tant que médecin c'est une plus-value* ».

Certaines maladies rencontrées sont courantes dans ces régions, (tuberculose, paludisme, VIH, malnutrition) ce qui en fait un très bon exercice quant à la pratique de la dermatologie, de l'infectiologie : P3 « *maintenant je ne rate plus un palu quoi* », P10 « *ça me donne une toute petite expertise en termes de pathologies des personnes migrantes (...) une plus value sur la dermatologie* ».

Autant d'atouts qui facilitent la prise en charge du patient migrant ou étranger dans sa globalité, avec une meilleure compréhension de sa culture et donc de sa motivation à consulter un médecin : P10 « *je faisais de la consultation à la rue pour les migrants donc là ça t'enrichit dans ta connaissance du soin* »

Certains ont pu d'ailleurs profiter pendant leur expérience humanitaire de mettre en place des services de médecine voire même former du personnel, c'est une opportunité en matière de pédagogie et d'apprentissage à double sens P6 « *j'y suis allée moi pour mettre en place effectivement une formation du personnel et mettre en place de vraies urgences avec une salle de soins intensifs que j'ai montée sur place* ».

4.4. Linguistique

Partir à l'étranger est également la meilleure occasion pour se parfaire en linguistique, il n'est pas rare d'ailleurs de croiser des patients ne parlant pas le Français, s'être exercé à communiquer dans une autre langue est dans ce cas bien utile : P1 « *ça a changé car je commence à comprendre des langues* », P3 « *l'intérêt pour l'urgentiste humanitaire c'est le bilinguisme (...) je peux faire un examen clinique en anglais, moi je peux interroger un anglais je sais ce qu'il faut dire tout ça, et ça c'est un plus énorme énorme* ».

4.5. Formation, et mise en responsabilité

Cependant, ce décalage dans les pratiques provoque une mise en responsabilité trop précoce de jeunes étudiants partis en humanitaire, en l'absence de personnel médical et paramédical : P10 « *là où mes collègues étaient ultra rigoureux dans leur préparation de l'ECN moi j'étais sur un autre type d'expérience quoi. C'est-à-dire que lorsqu'ils étaient en stage de cardiologie, en train d'apprendre à lire des ECG bien comme il faut, moi à ce moment-là, ça va être un peu caricatural ce que je vais dire, mais j'étais au MALI avec ma pauvre petite malienne à essayer de la sauver, à l'intuber, de faire des solutions d'adré, pour la tenir quoi* »

Ces différences d'objectifs théoriques et techniques peuvent au premier abord paraître excitantes, formatrices mais au final être confusiogènes : P10 « *Quand tu es en phase de construction, au moment où tu construis tes bases d'urgentiste, si tu te retrouves à avoir des pratiques différentes mais du fait d'un contexte dégradé et bien tu vas être un peu perdu quoi.* ».

La prise de responsabilité est donc plus précoce, mais au détriment parfois d'une base théorique solide : P10 « *Et cette rigueur occidentale, qui nous est demandée et c'est bien normal, moi je n'ai pas trop travaillé dessus quand j'étais externe, je m'y suis frotté plus pendant mon internat.* ».

4.6. Une médecine moins technique

Avoir exercé une médecine de brousse, avec des moyens d'explorations ou de thérapeutiques limités peut provoquer un défaut de connaissance, ou de technicité, qui impose une mise à jour des connaissances au retour : P8 « *la gestion d'entretien lors d'une intubation, des gestes techniques que vous avez parce que vous êtes restés longtemps 6 mois dans un Service de Réa. Et que toi quand tu débarques de dispensaire et bien tu n'as pas ça, donc il y a des moments où tu es un peu dans la merde quoi.* ».

4.7. Des populations et des pathologies différentes

Une ré actualisation des connaissances est d'autant plus nécessaire, que les populations rencontrées sont différentes : P8 « *Et quand tu es pendant quinze ans dans une population où l'âge moyen c'est quinze ans, et que tu te retrouves brusquement en avion avec un âge moyen où tu vas faire de la gériatrie à 60 ans dans les petits hôpitaux périphériques, ça te fait tout drôle quoi. Et là tu peux te sentir seul.* » et que donc certaines pathologies sont peu rencontrées : P8 « *toutes les maladies de systèmes, et bien effectivement on passe quand même vachement à côté en Médecine Humanitaire* ».

4.8. Une formation continue difficile

La formation médicale continue, garant de l'actualisation du savoir, est difficile voire impossible en médecine humanitaire. Et ce pour plusieurs raisons : manque de temps, pas d'accès à internet, pas de financement pour les congrès ou formation ... P8 « *Tu es obligé d'actualiser tes connaissances parce qu'autrement tu peux vite être dépassé. Et donc là être dangereux, être dangereux parce que tu n'es plus dans la pratique de la Métropole et donc tu vas être dangereux vis-à-vis du patient, tu vas être dangereux pour ton Diplôme aussi.* »

4.9. Réadaptation au retour

Comme évoqué précédemment, un délai de réadaptation est nécessaire suite à une expérience humanitaire, même courte, du fait du décalage entre ces deux univers. On peut alors imaginer la difficulté qu'un médecin aura après une activité humanitaire de plusieurs années : P9 « *Si tu fais trop longtemps de l'humanitaire le risque c'est que tu ne puisses plus revenir, parce que tu n'arrives plus à te réapproprier ton exercice français, en plus la médecine française a évolué, elle évolue, la législation, le cadre administratif est très lourd, la médecine d'urgence dans un service d'urgence n'est plus la même qu'il y a 10 ans déjà.* ».

5. Relation aux autres

Partir en humanitaire c'est avant tout s'ouvrir aux autres et s'enrichir de cultures différentes. La quasi totalité des médecins ont perçu un changement dans les relations qu'ils ont avec les autres, dans leur vie personnelle et professionnelle.

5.1. Relation médecin patient

La relation médecin malade (ou patient) s'est vue améliorée grâce à l'humanitaire, en effet passer plusieurs semaines à mois dans un pays étranger, à la découverte d'une autre culture,

et d'autres personnes ont profondément changé les médecins : P10 « *Oui clairement ça m'enrichit tant sur le plan humain que sur la culture médicale* ».

5.2. Communication non verbale

Beaucoup de missions réalisées se sont déroulées dans des pays non francophones, mais les médecins ont trouvé qu'ils s'étaient améliorés dans la relation avec leurs patients malgré la barrière de la langue. Ils y ont développé leurs techniques de communication et de perception, qu'elles soient verbales et non verbales : P4 « *tout le langage non explicite, le symbolisme utilisé par les patients, tout le non-dit donc la communication non verbale (...) les voyages exacerbent tes sens et donc l'intuition, la perception de voir un patient* ».

5.3. Un patient dans son contexte culturel

Le médecin est amené à rencontrer un patient avec ses propres croyances, sa propre culture, avec un contexte socio économique et médical différent de la France, cela oblige donc à prendre le patient dans sa globalité, d'avoir une vision holistique au risque de rendre la prise en charge caduque et d'être délétère pour le patient P4 « *il ne faut pas avoir qu'une seule vision, il faut avoir une vision plus satellite que découpée* ». Cet exercice à soigner le malade dans sa globalité améliore les prises en charge : P6 « *je pense que je les comprends mieux. Je soigne mieux les Africains* ».

5.4. Changement de représentation

La prise en compte culturelle, l'amélioration de l'écoute des patients permettent d'éviter parfois des conflits aux urgences : P4 « *Et j'adore m'occuper des gens du voyage, j'adore un peu leur langage, alors qu'ils font chier tout le monde, moi je les aime bien.* », P1 « *parce qu'il est étranger ils ne prennent pas le temps de lui expliquer, (...) ils ne se rendent pas compte que c'est une vraie personne, oui cela permettrait d'ouvrir l'esprit aux gens oui.* ».

5.5. Un changement durable du rapport à l'autre

C'est un changement sur la pratique qui contrairement aux prescriptions d'examens ou autre, n'a pas tendance à s'estomper au fur et à mesure du temps, mais qui persiste : P7 « *je trouve à part l'écoute des patients le reste à tendance à disparaître quand on ne pratique pas* ».

5.6. Relation médecin et équipe soignante

Un autre champ relationnel touché par l'humanitaire est la relation du médecin avec l'équipe soignante. Les conditions de travail difficiles en humanitaire permettent, voire obligent, à créer une forte cohésion de groupe. En effet les missions humanitaires étant éloignées des zones de confort, l'esprit d'équipe est essentiel au bon déroulement de la mission : P3 « *c'est un esprit d'équipe (...), tu ne peux pas dire oui c'est moi le médecin et c'est moi qui décide quoi, c'est pas possible ça* ».

De plus, les bénévoles vivent en promiscuité dans des conditions de confort limitées, autant de circonstances qui obligent à s'ouvrir aux autres et à découvrir des professions et des personnes travaillant autour du malade (gestion, direction, pharmacie, aide soignant ...) : P11 « *Ça permet de travailler avec des corps de métiers où on n'a pas l'habitude* ».

Cette envie de travailler en équipe va s'exporter au retour de mission, avec une réelle envie de bousculer l'inertie que l'on peut trouver dans certains services au risque parfois d'entrer en conflit : P4 « *quand tu reviens de voyage, tu as vraiment envie de botter le cul de certaines personnes, de certains patients, et même aussi certains soignants* ».

Cette vision du « travailler ensemble » est appréciée par les équipes de soins, car elle permettrait à chacun d'avoir sa place dans la prise en charge des patients, instaurant ainsi un respect de l'autre tout en cassant un système hiérarchique pouvant être un frein à la bonne entente de l'équipe : P3 « *ça a modifié ma vision de la place de l'infirmier, le respect* ».

6. Expérience de vie puissante

6.1. Tolérance et ouverture d'esprit

L'expérience humanitaire est donc une expérience de vie puissante, bousculant la vie personnelle et professionnelle. Ces rencontres changent profondément la vision du monde, des gens et de la médecine : P4 « *la Médecine Humanitaire ouvre l'ouverture sur des populations différentes, des peuples premiers, et des Médecines différentes. Une médecine qui est un petit peu plus ouverte sur le Monde. Et celle qui s'adapte aux populations différentes* ».

Vivre une expérience immersive au sein d'une population et d'une culture différente, permet donc d'apprendre et d'accepter la différence, ce qui permet de développer une ouverture et une tolérance à l'autre : P3 « *l'humanitaire t'apprend à être humble quoi, et que tu ne peux pas sauver tout le monde, et on respecte les protocoles locaux, les remèdes de grands-mères tu vois. Et après si tu as une mission humanitaire à l'étranger c'est plus intéressant dans le sens où ça te permet de t'ouvrir vers un autre système, aborder les gens de façons différentes.* ».

6.2. Un dépassement de soi

Un sentiment de dépassement de soi naît suite à l'expérience humanitaire ; en effet travailler et vivre loin de chez soi et de sa zone de confort, et parfois dans les mêmes conditions que la population locale, oblige le médecin à s'adapter : P3 « *en mission on se sent surhumain quoi parce que c'est vrai on ne dort pas, c'est agréable aussi on repousse ses limites* ».

6.3. Une expérience d'humilité

Il émerge de l'humanitaire une profonde et sincère humilité au regard des gens, qu'ils soient malades, collègues ou proches : P7 « *C'est une grande leçon d'humilité aussi* », P3 « *Quelques fois avec d'autres humanitaires on se dit on est de petits hommes à côté de ces gens-là.* ».

6.4. Une relativisation et une meilleure gestion du stress

Cette expérience apprend à relativiser sur des moments de vie ou des situations complexes qu'ils soient personnels ou professionnels : P7 « *Cela m'a rendu plus solide par ce que j'ai vu des trucs pas très drôles (...) ça m'a permis de prendre plus de distance pour gérer les situations d'urgences et difficiles* ».

Cette relativisation permet de mieux gérer le stress et les situations de vies difficiles : P4 « *C'est évident la Médecine Humanitaire apporte du stress et quand tu reviens tu es beaucoup moins stressé car tu te rends compte de la richesse dans nos Médecines Occidentales.* ».

6.5. Ressourçant et source de motivation

Certains médecins trouvent dans l'humanitaire un sens, une spiritualité dans leurs actions permettant de garder la foi et la motivation à poursuivre leur métier de médecin : P5 « *l'humanitaire ça m'a permis de garder le cap quand même* ». P2 « *le fait de partir en mission des fois ça ressource un peu* ».

Une des raisons évoquées à ces sentiments positifs, est qu'en humanitaire les médecins mesurent plus directement l'impact de leurs actions : P3 « *surtout qu'en humanitaire on a le retour de la satisfaction immédiate de ce que l'on fait* ».

6.6. Ethique et la place du médecin

Cette expérience de vie confronte à une certaine réalité, notamment les différences d'accès aux soins dans le monde : P5 « *ça a mis en parallèle un peu sur la santé dans le monde, ça c'était une vision de la santé un peu plus globale, politisée, où tu te poses des questions sur nous, notre niveau de santé sur la population, les richesses...* ».

Parfois cette nouvelle vision de la Médecine, amène à des réflexions éthiques et bio médicales au sujet du lobbying exercé par l'industrie pharmaceutique : P5 « *c'est ça qui m'a fait poser plus de questions, ce qui m'a interrogé c'est plutôt le pouvoir bio médical, ces choses-là, oui*

ça a eu une implication sur ma pratique. (...) il y a aussi un truc entre nord sud qui est assez fort quoi. Ça te replace des trucs comme ça. »

Par là peut naître une réflexion quant à la place du médecin au sein de l'hôpital et de la médecine d'ordre général, avec parfois un certain militantisme : P5 « *c'était ça qui m'intéressait, c'était aussi m'impliquer dans la gouvernance hospitalière, parce que je pensais qu'on avait notre mot à dire sur la santé publique, sur le devenir du patient ... c'était certainement des questionnements qui me venaient de l'Humanitaire. ».*

6.7. Une critique de notre médecine d'urgence

Comme il a pu être évoqué en amont, les médecins en retour de missions sont critiques vis à vis du système de santé français, mais encore plus particulièrement sur les urgences françaises : P4 « *Ce n'est plus par nécessité c'est une consommation. On est devenus les Mac Do sanitaires. ».*

Cette médecine de consommation étant responsable de consultations à la chaîne, cette situation pouvant amener à oublier le côté humain du métier : P1 « *Oui je trouve que la médecine d'urgence est bien inhumaine ».*

6.8. Une expérience unique et positive

D'après les médecins interrogés, l'expérience humanitaire est un moment unique qui n'est pas comparable à une expérience médicale occidentale : P2 « *oui c'est une expérience unique dans sa globalité ».* Les événements et le bilan global de cette activité sont vécus comme positif pour la vie personnelle et professionnelle : P2 « *Oui on en ressort bien, oui je pense, sans gloire, ne pas oublier d'humilité, ça c'est sûr. ».*

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. L'humanitaire et son impact sur la pratique médicale aux urgences

L'expérience humanitaire permet donc de développer ses compétences cliniques notamment par un perfectionnement de la sémiologie médicale et de la finesse d'examen ². Les stades des pathologies rencontrées étant plus avancés, la clinique est généralement plus parlante, l'apprentissage de la physio pathologie peut donc être plus accessible et intéressant en matière de pédagogie notamment pour sur les pathologies dermatologiques, tropicales et infectieuses par exemple.

L'humanitaire met en lumière un exercice plus pragmatique et plus clinique : P3 « *en mission, (...) on bosse avec ses mains* ». Travailler dans un milieu isolé, entraine le médecin à s'affranchir des explorations complémentaires, avec le développement d'une responsabilité prescriptrice ; concept retrouvé dans le travail de LOZACH ². Cette notion fait prendre conscience du coût des examens, du matériel, dans une médecine qui est considérée par les médecins comme de plus en plus consumériste.

Cette critique semble d'autant plus pertinente dans le contexte actuel de tension des services d'urgence comme l'illustrent certaines études :

**TABLEAU 1****Les temps de passage aux urgences selon les actes réalisés**

En minutes, temps médian

Parcours aux urgences	Dans les points d'accueil avec moins de 40 passages	Dans les points d'accueil avec 40 à 80 passages	Dans les points d'accueil avec plus de 80 passages	Dans l'ensemble des points d'accueil	Proportion dans l'ensemble des parcours (en %)
Consultation	53	67	85	74	24
Consultation et soins	60	75	95	81	15
Consultation, acte de diagnostic et soins	85	92	113	94	1
Consultation et avis spécialisé	86	83	103	95	3
Consultation et acte d'imagerie conventionnelle	85	98	116	106	13
Consultation et autre acte d'imagerie	100	134	189	156	1
Consultation et biologie	114	144	195	168	4
Consultation, soins et recours au plateau technique*	111	138	184	156	34
Consultation et plusieurs recours au plateau technique**	150	164	205	181	5

* Au moins un recours au plateau technique en plus d'une réalisation d'un acte de soins ou d'un autre acte de diagnostic réalisé par l'équipe des urgences.

** Au moins 2 recours au plateau technique sans acte de soins ni autres actes de diagnostic réalisés par l'équipe des urgences.

Note • Le terme « soins » désigne ici les soins réalisés par l'équipe des urgences, notamment les pansements, les points de suture, les aérosols, les immobilisations de membre. Le terme « plateau technique » désigne les recours à l'imagerie, à la biologie et aux avis spécialisés.

Le temps de passage est le délai entre l'entrée et la sortie des urgences.

Champ • Patients passés dans un point d'accueil des services d'urgences le mardi 11 juin 2013, à l'exclusion de ceux hospitalisés en unités d'hospitalisation de courte durée ou dans un autre service, partis sans attendre, sortis contre avis médical ou réorientés vers une maison médicale de garde.**Sources** • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

⁸ Tableau II : *Dress, Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins, Aout 2015, Numéro 0929*

Prescrire des examens complémentaires augmente nettement le temps de passage aux urgences ⁸ (tableau n°II). De nombreux patients bénéficient d'exploration : « *un acte d'imagerie est pratiqué pour 45 % des passages, une analyse biologique pour 35 % et la moitié des patients ont bénéficié d'au moins deux types d'actes* » ⁴. Avoir du recul sur les prescriptions peut donc sembler intéressant pour l'exercice de la médecine d'urgence en réduisant les délais d'attente et de prise en charge.

Cependant, ce détachement des examens complémentaires a ses limites. L'exercice humanitaire n'est pas entièrement transposable à la pratique française. Le contexte étant différent. La notion de médico légal est omniprésente dans les entretiens, mais également dans d'autres travaux, montrant l'importance de l'empreinte de la formation médicale initiale et des réalités de notre médecine occidentale régulièrement convoquée devant la justice ²⁻⁶.

L'obligation de moyen par l'accès à un plateau technique complet en France, contrebalance l'intérêt que peut avoir l'humanitaire sur notre pratique.

Ce cadre législatif pourrait donc être contraignant et un frein à une pratique de la médecine plus souple, moins technique et plus orientée vers l'humain. Les recommandations et les protocoles qui font loi dans les services d'urgence, empêchent peut-être la prise de recul sur certaines situations.

2. La formation par l'expérience humanitaire

On peut alors se demander s'il y a un intérêt en matière de formation pour les internes de médecine d'urgence. La quasi totalité des médecins interrogés pensent qu'il y a un bénéfice certain à partir en mission humanitaire au cours de son cursus universitaire.

Avoir effectué des missions d'urgence est très formateur pour acquérir des compétences essentielles à l'urgentiste, surtout en matière de médecine de catastrophe et de tri médical.

De plus, s'ouvrir à d'autres cultures et à d'autres médecines, tout en perfectionnant sa communication verbale (par la pratique de langues étrangères) et non verbale est ressenti comme un avantage dans l'approche des patients français et étrangers. Cela nous apprend à écouter et à ressentir les non dits, ces résultats ont été retrouvés également lors de missions réalisées par des sages femmes ⁷.

En France, les médecins sont également amenés à prendre en charge des patients issus des crises migratoires, il pourrait donc être avantageux d'avoir acquis des compétences sur les maladies tropicales et infectieuses, de santé publique : P8 « *Parce qu'avec l'arrivée des migrations, les perturbations climatiques et l'arrivée de l'émigration, on sait que tu vas avoir une masse de population à arriver et que cette masse de population il va falloir la gérer* ».

Cependant, pratiquer la médecine humanitaire au long cours peut parfois entraîner un contrecoup au retour, puisqu'il existe un décalage important, qu'il soit en matière de

pathologies, de populations ou de moyens techniques, ce qui est retrouvé dans la littérature ¹⁻
². L'étude de Asgary et Lawrence met d'ailleurs en évidence que « *affronter sa propre société est plus difficile que d'affronter les autres* ».

Ce conflit est également ressenti sur des missions courtes, ce qui montre l'intensité de l'immersion que peut avoir l'humanitaire sur les personnes : P2 « *c'est un des questionnements que j'ai aujourd'hui dans ma vie (...), mais c'est vrai que l'on rentre dans des logiques ou parfois justement il faut que je reparte, il y a des moments où je me dis oulala je n'ai pas fait toutes ces études, acquis toutes ces expériences pour faire cette médecine de merde, quoi !* ».

Une formation initiale avant la mission à l'étranger est indispensable au risque d'être dangereux pour les patients et pour soi. Au retour dans la médecine occidentale, si l'expérience humanitaire a été longue, une actualisation des connaissances peut s'avérer nécessaire. Cependant, l'accès à la formation médicale continue peut-être difficile par manque de temps, d'accès (internet, électricité ...) voire même d'utilité (intérêt de l'utilisation de la VNI en milieu isolé par exemple).

Il apparaît donc qu'il serait intéressant pour le futur urgentiste de partir se former un semestre en médecine humanitaire mais sous plusieurs conditions :

- Ne pas partir avec n'importe qui : plusieurs associations proposent des missions humanitaires mais celles ci correspondent sur place à du tourisme humanitaire, très loin de l'objectif pédagogique recherché. D'autres associations proposent des missions où le service rendu final pose question.
- Ne pas imposer mais favoriser le départ : tout le monde n'est pas fait pour cette activité ¹⁻¹¹. Une étude sur des bénévoles canadiens, a montré qu'il était primordial d'évaluer avant le départ : les motivations et attentes, de faire prendre conscience des limites de l'humanitaire, et d'apporter les formations et soutien nécessaire avant et après la mission.

- Une expérience de fin d'internat : le risque étant d'être traumatisant et confusiogène pour la formation. Avoir un bagage médical solide permet de prendre du recul sur les situations et de sélectionner les points positifs à retirer de l'humanitaire. Des études ont mis en évidence chez des bénévoles, des états de choc émotionnel, des troubles du sommeil, une augmentation des addictions et des comportements à risque pendant et au retour de missions ¹⁻¹¹⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

Un médecin a soulevé le fait que pour savoir correctement prendre en charge un patient, il faut connaître ce qui se fait de mieux pour pouvoir ensuite travailler dans des conditions dégradées, afin de profiter au maximum de ce que peut apporter en termes de formation l'exercice humanitaire. C'est possiblement la raison qui fait que pour travailler en tant que médecin à MSF, il est exigé une expérience médicale de deux ans post internat ¹³.

L'humanitaire est formateur par son contexte. Le maître mot est l'adaptabilité ; travailler dans un milieu isolé, loin de ses repères et de sa zone de confort, nous oblige à développer nos facultés d'adaptation : ce point est retrouvé dans d'autres travaux notamment auprès de collègues omnipraticiens et de sages femmes ²⁻⁷. Cette compétence est considérée comme essentielle par de nombreux urgentistes, puisque l'activité de cette spécialité est particulière : les soignants du SAMU et du SMUR sont confrontés à des situations inédites, difficiles ; s'être entraîné à pratiquer dans un milieu dégradé est considéré comme un avantage.

Finalement, n'est-ce pas la médecine de manière générale qui devrait faire preuve d'adaptabilité ? Le praticien devant trouver la prise en charge convenant au mieux à chacun et non catégoriser un patient dans une pathologie donnée.

L'humanitaire pourrait être un moyen de confronter notre médecine à une autre réalité et de l'orienter vers une pratique plus humaine et holistique ²⁻⁷. Ceci est un des fondements de la médecine générale communément appelée : « *médecine centrée patient* ». Cette approche est

explorée par les sciences humaines et plus récemment par le CNGE en faisant de l'approche centrée patient, une compétence nécessaire à l'exercice de la médecine générale ¹⁶.

3. Un rapport à l'autre à jamais bouleversé

Une des interrogations posée est la durée du bénéfice de l'expérience humanitaire, puisque finalement au retour de mission, le médecin est replongé dans son quotidien, dans le système occidental. La moitié des participants trouve que l'humanitaire se traduit par une expérience de vie puissante qui change une personne profondément et ce, à vie : P6 « *les bénéfices que l'on a pu avoir en humanitaire on les garde à vie* ».

Les autres personnes interrogées, nuancent leurs propos à certains champs, notamment les relations à l'autre qu'ils considèrent comme effectivement influées par leurs missions, tandis que l'impact sur les prescriptions aurait tendance à diminuer.

L'humanitaire est donc une expérience qui transforme ¹⁻²⁻¹² ; selon plusieurs études les bénévoles se sentent transformés positivement par leur carrière humanitaire. Ils déclarent être plus réalistes et plus pratiques dans leur vie et leur métier, mais ont aussi appris sur eux même et sont devenus plus compréhensifs, ouverts, compatissants et « *socialement conscients* ». Ces résultats concordent avec les témoignages recueillis.

L'humanitaire est une très belle façon de s'ouvrir aux autres et à soi-même, permettant la découverte de cultures et de peuples dans une réalité de vie qu'on ne peut approcher qu'en vivant parmi eux, ceci imposant un respect et une tolérance de l'autre qui est le fondement de notre métier : P5 « *ce que je trouve chouette dans tout ça, c'est qu'à un moment donné on se bouge pour aller vers d'autres quoi, ailleurs et que quelque part humblement. On se met à disposition, ça c'est bien, c'est quelque chose qui te change. C'est sur ça te transforme.* ».

Les relations que l'on entretient avec les gens ne dépendent pas de notre technicité, de nos connaissances, mais plutôt de la sensibilité que l'on développe au cours de nos expériences.

L'humanitaire est riche de rencontres, toutes bouleversantes par le contexte qui nous réunit : P11 « *des fois je pense que de retrouver le contact avec les gens, le contact avec l'autre, de retrouver le sens de notre travail* ». Cette activité peut être une solution parmi d'autres à cette médecine qui soigne un corps, négligeant parfois le sujet.

Cette découverte culturelle n'est pas propre à l'humanitaire, elle peut être vécue par des voyageurs qui n'exerceront pas la médecine, allant parfois même provoquer un traumatisme psychique (syndrome de l'Inde ⁹). L'humanitaire serait donc un voyage immersif ; la position de médecin donne par contre un accès direct à l'humain dans sa simplicité, shuntant les biais liés au voyage.

4. Une expérience immersive et unique dans une société très différente

L'humanitaire est une expérience singulière, qui ne peut être comparée à aucune autre expérience à l'étranger selon les participants. Certains urgentistes ont effectué au cours de leur cursus universitaire ou professionnel, une activité médicale dans des pays occidentaux ou du Proche Orient, et en rien l'expérience acquise n'était aussi immersive et forte : P9 « *Non parce que si j'avais été que dans un seul pays occidental je n'aurais pas appris à compter jusqu'à 5 de 5 manières différentes.* »

De plus, l'humanitaire est vécue comme une expérience ressourçante autant sur le plan personnel que professionnel, permettant selon l'étude de Asgary R et Lawrence K, de faire naître des sentiments de fierté, d'honneur et d'accomplissement ¹. Ceci étant un moyen efficace de rester motivé, et de retrouver un but à notre métier lors des moments de doutes : P7 « *je suis très heureuse d'avoir fait ça et ça apporte énormément sur le plan professionnel et sur le plan personnel aussi* ».

Ces expériences amènent à réflexion, d'où l'émergence de considérations éthiques au décours des missions ¹⁻². Ces réflexions sont plus présentes chez les plus vieux urgentistes interrogés,

certain d'entre eux, ont même entamé des formations complémentaires par des diplômes universitaires d'éthique afin de trouver des réponses à leurs interrogations, tandis que d'autres se sont investis dans la gestion hospitalière.

« La beauté du monde. Paradoxalement, pour l'entrevoir, il faut parfois le pire. Et c'est alors, et seulement alors, qu'elle apparaît. Dans des soins effectués sans le moindre espoir de profit. Dans des paroles qui font l'effet de baumes. Dans un simple regard, dépourvu de jugement. La beauté absolue. Cette beauté, parfois enfouie au fond des cœurs, dont nous sommes tous capables. » Médecin du monde

5. Conclusion

L'expérience humanitaire apporte un savoir et une culture bio médicale. Elle favorise de par son contexte, une approche plus clinique avec le développement d'une sensibilité, d'un perfectionnement clinique et sémiologique.

Cependant, l'impact que l'humanitaire a sur les prescriptions est modéré, et ce en raison du décalage qui réside entre la médecine humanitaire et occidentale, cette dernière étant régie par un cadre médico légal ; vouloir transposer ces deux médecines serait une erreur. Malgré tout, les médecins ont développé par leurs expériences humanitaires, une prise de distance par rapport aux examens complémentaires et aux protocoles, par la naissance d'une responsabilité prescriptrice.

L'adaptabilité est la faculté qui est la plus développée suite à l'humanitaire. Les situations rencontrées, les populations soignées, et le matériel disponible forgent les capacités d'adaptation du médecin. C'est une compétence considérée comme essentielle à la pratique de la médecine d'urgence par les participants. Elle permet à l'urgentiste d'ajuster au mieux sa pratique en fonction du patient.

L'humanitaire offre l'opportunité au médecin de se perfectionner dans le domaine de l'urgence : notamment concernant la médecine de catastrophe, et l'exercice du tri médical.

L'expérience humanitaire a peut-être un impact restreint sur les prescriptions, cependant elle provoque un changement durable de la relation médecin-patient voire même du rapport à l'autre. Cette activité rend les bénévoles, quels qu'ils soient, plus compréhensifs, ouverts, compatissants et « *socialement conscients* » dans leur vie professionnelle et personnelle. L'expérience humanitaire confronte la médecine dans une réalité plus humaine, centrée sur le patient, poussant le médecin à adapter une démarche humble et désintéressée.

L'humanitaire a donc un intérêt pour la formation des futurs urgentistes et plus globalement pour tous les professionnels de santé, à condition d'avoir une formation préalable à la médecine humanitaire ; mais surtout il est important d'avoir acquis un socle théorique solide de médecine occidentale, au risque d'être confusiogène et traumatisant.

Il est légitime de proposer et de favoriser le départ des médecins intéressés sans jamais rendre obligatoire cette activité. Toutefois, comme a pu l'évoquer un urgentiste, la multiplication et l'intensification des crises migratoires, feront que l'expérience humanitaire deviendra peut-être dans un futur proche une nécessité : P8 « *la Médecine Humanitaire et la Médecine d'Urgence c'est la Médecine d'Urgence du Futur* » ?

BIBLIOGRAPHIE

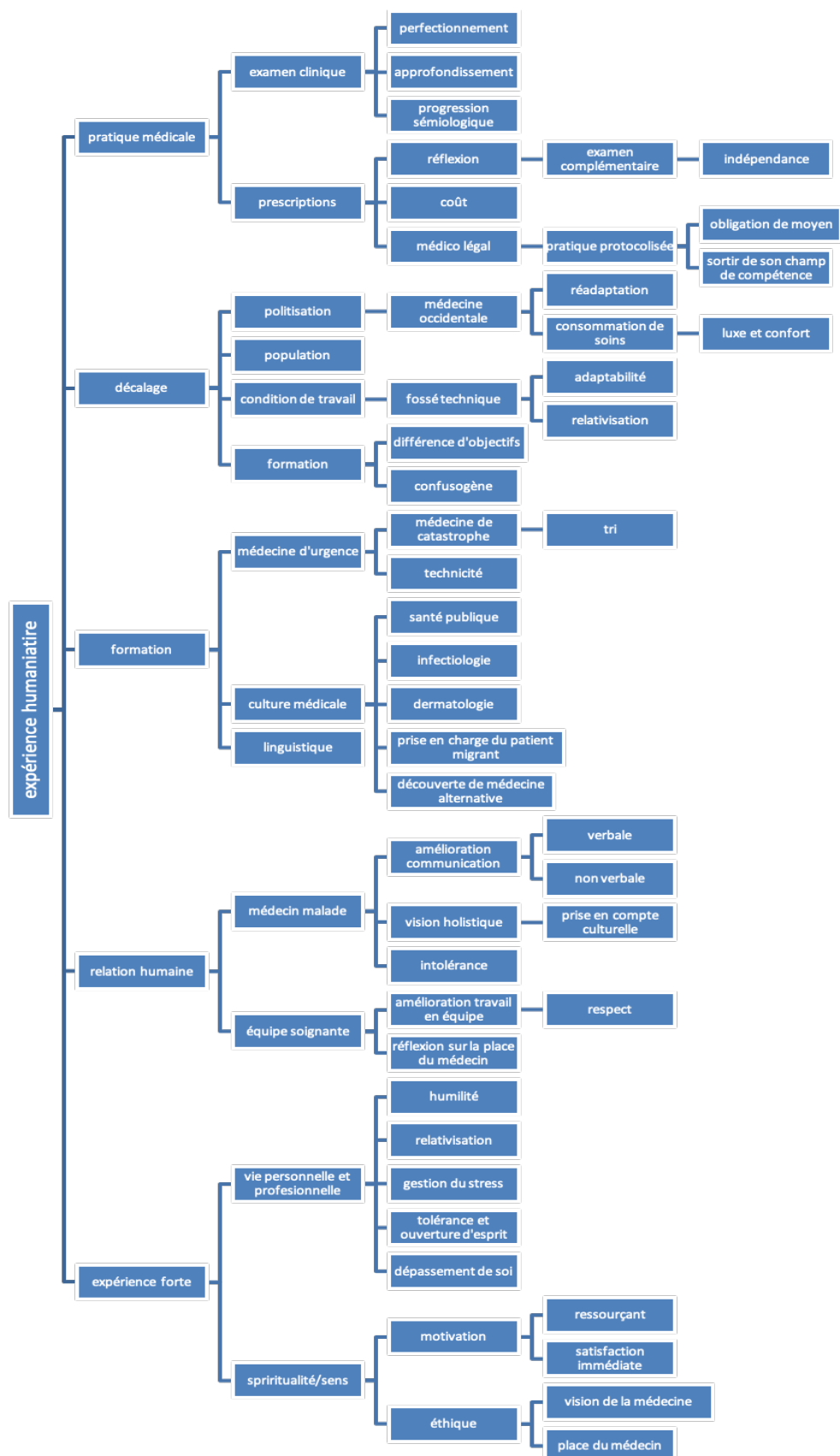
1. Asgary R, Lawrence K. Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach. BMJ Open 2014;4:e006460.doi:10.1136/bmjopen-2014006460
2. Lozach C. « Impact de l'engagement en missions humanitaires internationales chez le médecin généraliste ». Thèse de doctorat en médecine, Université de Montpellier. 2017 Nov 30
3. Drees, Panorama des établissements de santé 2018
4. LA SÉCURITÉ SOCIALE Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser Septembre 2014
5. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative
6. Berbé C. « Médecine générale en cabinet libéral et actions humanitaires, Etude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral ». Thèse de doctorat en médecine, Université de Nancy. 2008 oct 09
7. ELISE MESSNER. « Compétences nécessaire à l'engagement humanitaire des Sages-femmes »
8. Dress, Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins, Aout 2015, Numéro 0929
9. Jean-Didier Urbain, « Voyage contredit – voyage contrarié », *Études théologiques et religieuses*, vol. Tome 80
10. Kent R. International humanitarian crises: two decades before and two decades beyond. Int Aff 2004;80:851–69

11. Hunt MR. Moral experience of Canadian healthcare professionals in humanitarian work. *Prehosp Disaster Med* 2009;24:518–24.
12. Clukey L. Transformative experiences for hurricanes Katrina and Rita disaster volunteers. *Disasters* 2010;34:644–56.
13. Medecins Sans Frontieres (MSF) Access Campaign. <http://www.msfaccess.org/>
14. Valeska P. Korff, Nicoletta Balbo, Melinda Mills, Liesbet Heyse, and Rafael Wittek. The impact of humanitarian context conditions and individual characteristics on aid worker retention. 2015 Jan 09. doi:10.1111/disa.12119
15. Chaudesaygues E, « Première mission humanitaire à l'étranger : difficultés rencontrées et risques psychologiques pour les médecins ». Thèse de doctorat en médecine, Université de Lyon 1. 2014
16. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/
17. Benjamin E. Principles and practice of disaster relief: lessons from Haiti. *Mt Sinai J Med* 2011;78:306–18.
18. Bjerneld M, Lindmark G, Diskett P, et al. Perceptions of work in humanitarian assistance: interviews with returning Swedish health professionals. *Disaster Manag Response* 2004;2:101–8.
19. Ehrenreich JH. Managing stress in humanitarian aid workers: the role of the humanitarian aid organization. In: Reyes G, Jacobs G, eds. *Handbook of international disaster psychology*. Westport, CT: Praeger/Greenwood, 2006;4:99–112.
20. Doctors without Borders, The Centre de reflexion sure l'action et les saviors humanitaires (CRASH). *Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF Experience*. <http://www.msf-crash.org/livres/en/humanitarian-negotiations-revealed>

21. 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 de doctorat en médecine, Université de Lyon 1. 2017
22. Zimmermann S. « Adéquation entre l'action humanitaire et la médecine générale : à propos d'expériences individuelles et d'une étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes ». Thèse de doctorat en médecine, Université d'Amiens. 2006
23. Nguy D-A, « les origines de l'action humanitaire ». Thèse de doctorat de pharmacie Université Claude Bernard, Paris, 2006
24. Badini Confalonier I F. « Rôle du médecin généraliste dans l'humanitaire international à partir d'une expérience au Paraguay ». Thèse de doctorat en médecine, Université de Montpellier. 2017 Mai 09
25. McCall M, Salama P. Selection, training, and support of relief workers: an occupational health issue. BMJ. 1999 Jan 9;318(7176):113-6.

LISTE DES FIGURES

Diagramme n°1 : Principaux résultats



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.....	7
Tableau II	24

TABLE DES MATIERES

PLAN	IX
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	6
1. Caractéristiques de la population étudiée	6
2. La pratique médicale	7
2.1. L'examen clinique	8
2.2. Les prescriptions.....	8
2.3. Rattrapé par le médico légal	9
3. Un décalage	10
3.1. Les conditions de travail	10
3.2. Critique du système de santé français et des comportements des patients	11
4. Formation	11
4.1. L'adaptabilité.....	11
4.2. Médecine de catastrophe et tri médical	12
4.3. Enrichissement de sa culture médicale	13
4.4. Linguistique	14
4.5. Formation, et mise en responsabilité	14
4.6. Une médecine moins technique.....	15
4.7. Des populations et des pathologies différentes	15
4.8. Une formation continue difficile	16
4.9. Réadaptation au retour	16
5. Relation aux autres.....	16
5.1. Relation médecin patient.....	16
5.2. Communication non verbale	17
5.3. Un patient dans son contexte culturel	17
5.4. Changement de représentation	17
5.5. Un changement durable du rapport à l'autre	18
5.6. Relation médecin et équipe soignante	18
6. Expérience de vie puissante.....	19
6.1. Tolérance et ouverture d'esprit	19
6.2. Un dépassement de soi.....	19
6.3. Une expérience d'humilité	19
6.4. Une relativisation et une meilleure gestion du stress.....	20
6.5. Ressourçant et source de motivation	20
6.6. Ethique et la place du médecin	20
6.7. Une critique de notre médecine d'urgence	21
6.8. Une expérience unique et positive	21
DISCUSSION ET CONCLUSION	22
1. L'humanitaire et son impact sur la pratique médicale aux urgences	22
2. La formation par l'expérience humanitaire	24

3.	Un rapport à l'autre à jamais bouleversé	27
4.	Une expérience immersive et unique dans une société très différente.....	28
5.	Conclusion	29
BIBLIOGRAPHIE		31
LISTE DES FIGURES.....		34
LISTE DES TABLEAUX		35
TABLE DES MATIERES.....		36
ANNEXES.....		I
1.	Annexe I : Guide d'entretien	I

ANNEXES

1. Annexe I : Guide d'entretien

L'objectif de mon travail est d'apprécier le retentissement de l'expérience humanitaire chez les urgentistes français sur les différents aspects de la pratique de la médecine au retour de mission dans les services d'urgences.

Je vais donc vous poser quelques questions sur votre expérience humanitaire et les conséquences sur votre pratique médicale quotidienne.

Nom :

Sexe :

Année de naissance :

Année de début d'exercice :

Année de première expérience humanitaire :

Pratique actuelle :

Autre expérience médicale non humanitaire :

Expérience en mission humanitaire :

- Nombre de missions réalisées
- Missions d'urgences ou de développement
- Durée des missions
- Circonstances
- Associations
- Pharmacie disponible
- Plateau technique de biologie ou de radiologie disponible

Suite à votre engagement humanitaire pensez-vous avoir changé votre manière de pratiquer votre métier ?

Trouvez-vous que vous avez progressé dans votre pratique clinique ?

Avez-vous modifié votre manière de prescrire après votre mission ? (Examen de biologie, les imageries, les couts)

Ces changements sur votre pratique, sur vos relations (si elles existent), persistent-elles dans le temps après le retour de mission ?

Pensez-vous que partir en humanitaire est une expérience enrichissante quant à la pratique de la médecine d'urgence ?

Pensez-vous que l'expérience acquise en humanitaire est unique, propre à cette activité ou qu'une expérience dans une autre structure (semestre dans un pays occidental) vous aurait permis d'acquérir les mêmes compétences ?

L'impact de l'expérience humanitaire sur le pratique de la médecine d'urgence

RÉSUMÉ

Introduction : Partir en mission médicale humanitaire, est une expérience de vie puissante qui peut avoir un retentissement sur le quotidien personnel mais aussi professionnel. L'objectif de ce travail est d'explorer l'impact de l'expérience humanitaire sur la pratique médicale des urgentistes.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins urgentistes ayant effectués une à plusieurs missions humanitaires. Triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés. Les principaux résultats mettent en évidence que l'expérience humanitaire apporte un savoir et une culture biomédical, et permet de développer une responsabilité prescriptive. L'humanitaire provoque un changement durable de la relation médecin-patient, rendant le médecin plus compréhensif, ouvert, compatissant et « *socialement conscient* ». Elle offre l'opportunité au médecin de se perfectionner dans le domaine de l'urgence et de développer ses facultés d'adaptation : compétence considérée comme essentiel pour le domaine de l'urgence.

Conclusion : L'expérience humanitaire a un impact restreint sur la pratique médicale quotidienne, en raison du cadre médico légal et de l'obligation de moyen qui régie la médecine occidentale. Néanmoins elle provoque un changement durable du rapport à l'autre. L'humanitaire confronte la médecine dans une réalité plus humaine, centrée sur le patient. Cette expérience a donc un intérêt pour la formation des futurs urgentistes et plus globalement pour tous les professionnels de santé.

Mots-clés : Expérience humanitaire, médecine d'urgence

The impact of the humanitarian experience on the practice of emergency medicine

ABSTRACT

Introduction : Going on humanitarian medical mission is a powerful life experience that can have an impact on the personal daily but also professional. The purpose of this work is to explore the impact of the humanitarian experience on the medical practice of emergency physicians.

Methods : Qualitative study by semi-directed individuals interviews with emergency physicians who performed one or several humanitarian missions. Triangulation of data.

Results : 11 interviews were conducted. The main results highlight that the humanitarian experience brings a knowledge and a biomedical culture, and permits to develop a prescriptive responsibility. Humanitarian causes a lasting change in the doctor-patient relationship, making the doctor more understanding, open, compassionate and "socially conscious". It offers the opportunity for doctors to improve their skills in the field of emergency and to develop their ability to adapt: competence considered essential for the field of emergency.

Conclusion : The humanitarian experience has a limited impact on daily medical practice, because of the forensic framework and the obligation of means that governs Western medicine. Nevertheless it causes a lasting change of the human relationship. Humanitarianism confronts medicine in a more human, patient-centered reality. This experience has an interest for the training of future emergency physicians and more generally for all health professionals.

Keywords : Humanitarian experience, emergency medicine