



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SÉBASTIEN SUR LOIRE



**Incertitudes et prises de décisions du masseur-kinésithérapeute
dans un contexte de mission humanitaire d'urgence**
Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Myrtille GRÉLARD

Mémoire UE28 Semestre 10

Année scolaire : 2024-2025

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Engagement de non-plagiat

Je, soussignée Myrtille Grélard, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés 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 mémoire.

Fait à Nantes, Le 15/04/2025

Signature :	
-------------	---

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, dont l'accompagnement attentif m'a permis d'avancer sereinement dans mes réflexions tout au long de l'année. Je la remercie sincèrement pour sa patience, sa grande disponibilité et la pertinence de ses conseils, qui ont été d'un soutien précieux dans l'élaboration de ce travail.

Je souhaite ensuite remercier ma famille pour son soutien indéfectible tout au long de mes études, et tout particulièrement durant ce travail.

Un grand merci aussi à mon copain, pour sa patience et sa présence tout au long de ces années, y compris dans les moments les plus stressants.

Je tiens aussi à remercier mes ami.e.s, avec qui j'ai partagé des moments inoubliables au cours de ces années, faits de rires, de complicités et d'émotions fortes. Une pensée particulière aussi pour mes ami.e.s de longue date, et surtout ma meilleure amie, avec qui je partage les rires (et parfois les larmes) depuis mon plus jeune âge – merci d'avoir toujours été là.

Je tiens également à remercier les membres de KINELA, pour cette belle aventure humaine forte en émotions qui m'a fait grandir et m'a ouverte à la solidarité internationale et à l'humanitaire. Je remercie chaleureusement aussi les Népalais.es rencontré.e.s, pour la richesse de nos échanges et leur accueil si généreux.

Enfin, Merci à chacun.e de celles et ceux qui ont, à un moment ou un autre, contribué à la concrétisation de ce mémoire.

Résumé

Introduction : La pratique de la masso-kinésithérapie en mission humanitaire d'urgence au sein d'une organisation non gouvernementale (ONG), s'inscrit dans un contexte marqué par l'instabilité et l'incertitude. Les réflexions exposées dans ce travail sont nées à la suite d'une expérience personnelle en solidarité internationale puis enrichies par un échange avec une professionnelle du secteur.

Objectif : Ce mémoire s'intéresse à la manière dont les masseurs-kinésithérapeutes (MK) appréhendent l'incertitude en situation humanitaire d'urgence.

Méthode : Ce travail repose sur cinq entretiens semi-directifs menés auprès de MK ayant exercé en mission humanitaire. L'analyse thématique a permis de faire émerger plusieurs axes de réflexion.

Résultats : Malgré les limites méthodologiques de ce travail, les résultats offrent un aperçu sur la façon dont les MK font face à l'incertitude par des thématiques centrales : la reconnaissance des sources d'incertitude, l'interprofessionnalité, le développement professionnel et la gestion émotionnelle. L'urgence, les cadres réglementaires fluctuants et les dilemmes éthiques apparaissent également comme des facteurs déterminants.

Discussion : La confrontation avec des notions théoriques telles que l'éthique, la déontologie et la morale ; l'épreuve de professionnalité ; les contextes géopolitiques ou encore la régulation émotionnelle ont enrichi la réflexion. Ce travail ouvre ainsi de nouvelles perspectives sur les limites de l'éthique ainsi que sur les pratiques avancées.

Mots clés :

- Incertitude
- Masseur-kinésithérapeute
- Mission humanitaire
- Prise de décision
- Urgence

Abstract

Introduction: The practice of physiotherapy in emergency humanitarian missions within non-governmental organizations takes place in a context characterized by instability and uncertainty. The reflections presented in this work stem from a personal experience in international solidarity, further enriched by a discussion with a professional in the field.

Objective: This thesis explores how physiotherapists perceive and manage uncertainty during emergency humanitarian missions.

Method: This study is based on five semi-structured interviews conducted with physiotherapists who have worked in humanitarian settings. Thematic analysis was used to identify key areas of reflection.

Results: Despite the methodological limitations of this study, the results provide insight into how physiotherapists deal with uncertainty. Four central themes emerged: recognition of sources of uncertainty, interprofessional collaboration, professional development, and emotional regulation. Emergency contexts, shifting regulatory frameworks, and ethical dilemmas also appeared as influential factors.

Discussion: Confronting the findings with theoretical concepts such as ethics, deontology, morality, professional challenges, geopolitical contexts, and emotional regulation enriched the analysis. This work opens new perspectives on the limits of ethics and on the development of advanced practice.

Keywords:

- Decision-making
- Emergency
- Humanitarian mission
- Physiotherapist
- Uncertainty

Glossaire des abréviations

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d’Urgence

CICR : Comité international de la croix rouge

DIH : Droit international humanitaire

DU : Diplôme Universitaire

DUDH : Déclaration Universelle des Droits de l’Homme

EBP : Evidence Based Practice

JFK : Journées Francophones de Kinésithérapie

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d’État

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONMK : Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes

ORMK : Ordre Régional des Masseurs-Kinésithérapeutes

PASS : Permanence d’Accès aux Soins de Santé

SI : Solidarité Internationale

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

WP : World Physiotherapy

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. APPORT THEORIQUE.....	1
1. CADRE CONTEXTUEL.....	2
1.1. La profession de MK/physiothérapeute.....	2
1.2. La physiothérapie dans les ONG.....	2
1.3. La cadre juridique international.....	3
1.3.1. Le droit international humanitaire.....	3
1.3.2. Règlementation en physiothérapie.....	3
1.4. Notion d'urgence.....	4
1.4.1. L'urgence en santé.....	4
1.4.2. L'urgence en droit humanitaire.....	6
2. CADRE CONCEPTUEL.....	7
2.1. L'incertitude.....	7
2.1.1. Définition.....	7
2.1.2. Application en masso-kinésithérapie.....	8
2.1.3. Impact sur la prise de décision.....	8
2.2. Travail réel vs travail prescrit.....	10
2.3. Positionnement professionnel.....	11
2.3.1. Définition.....	11
2.3.2. Application en masso-kinésithérapie.....	11
2.3.3. Spécificités en contexte humanitaire.....	12
2.4. Épreuve de professionnalité.....	12
III. PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	13
IV. METHODOLOGIE	14
1. TYPE DE METHODE.....	14
2. POPULATION	15
2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
2.2. Méthode d'inclusion.....	15
3. RECUEIL DE DONNEES.....	16
3.1. Grille d'entretien.....	16
3.2. Transcription des données.....	16
3.3. Anonymisation des données.....	16
3.4. Tableau synthétique des entretiens.....	17
4. STRATEGIE D'ANALYSE.....	18
5. ENJEUX ETHIQUES, ET DEONTOLOGIQUES	18
5.1. Consentement éclairé.....	18
5.2. Recherche en sciences humaine et sociale dans le domaine de la santé.....	19
5.3. Respect des principes déontologiques.....	19
V. RESULTATS DES ENTRETIENS	20
1. PRESENTATION DES INTERVIEWES	20
2. ANALYSE THEMATIQUE.....	22
2.1. L'urgence.....	23
2.1.1. Perceptions de l'urgence.....	23
2.1.2. De l'urgence au développement.....	23
2.2. Identification des principales sources d'incertitudes.....	24
2.2.1. Barrière de la langue.....	24
2.2.2. Financement de la mission humanitaire et du projet de soin.....	25
2.2.3. Continuité des soins.....	25
2.3. Stratégies de prise de décision.....	26

2.4.	Interprofessionnalité	28
2.4.1.	La prise de décision collective face à l'incertitude	28
2.4.2.	Dynamique entre les différents professionnels de santé.....	29
2.5.	Développement professionnel et contexte humanitaire.....	30
2.5.1.	L'apprentissage sur le terrain	30
2.5.2.	Quelles formations pour préparer les MK à l'humanitaire ?.....	31
2.5.3.	Reconnaissance de ses limites et évolution de la posture professionnelle.....	31
2.6.	Gestion des émotions en situation d'urgence et stratégies de régulation	32
2.7.	Cadre réglementaire : entre contraintes et adaptation.....	33
2.7.1.	Différences entre cadre français et contexte humanitaire.....	33
2.7.2.	Sortir du cadre réglementaire en situation d'urgence : où placer la limite ?.....	34
2.8.	Enjeux éthiques.....	36
2.8.1.	Répartition des ressources	36
2.8.2.	La continuité des soins	37
2.8.3.	Respect du patient de son intégrité.....	37
VI.	DISCUSSION	38
1.	CONFRONTATION DES HYPOTHESES	39
2.	APPROFONDISSEMENTS : ELEMENTS THEORIQUES	42
2.1.	L'éthique, la morale et la déontologie : définitions et distinctions	42
2.2.	Épreuve de professionnalité.....	43
2.3.	Contexte géopolitique et aide humanitaire	45
2.4.	Régulation émotionnelle.....	46
3.	LIMITES METHODOLOGIQUES	46
VII.	CONCLUSION ET OUVERTURES.....	48
1.	REPOSE A LA PROBLEMATIQUE	48
2.	APPORTS A LA PROFESSION	48
3.	APPORTS PERSONNELS	49
4.	OUVERTURE	50
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....		I
ANNEXE 1 :	GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE 2 :	EXTRAIT A TITRE ILLUSTRATIF DE LA RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC CAROLE	IV
ANNEXE 3 :	EXTRAIT D'UNE ANALYSE PAR ENTRETIEN.....	V
ANNEXE 4 :	TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ANALYSE THÉMATIQUE HORIZONTALE	VI
ANNEXE 5 :	RESUME DES ENTRETIENS	IX
Annexe 5.1 :	Résumé de l'entretien avec Arthur	ix
Annexe 5.2 :	Résumé de l'entretien avec Béatrice	x
Annexe 5.3 :	Résumé de l'entretien avec Carole	xi
Annexe 5.4 :	Résumé de l'entretien avec David.....	xii
Annexe 5.5 :	Résumé de l'entretien avec Éric.....	xiii

Cet écrit utilise la norme APA (American Psychological Association)

I. Introduction

L'aide internationale en général est au centre de nos intérêts professionnels depuis le collège. Depuis, nos projets professionnels ont évolué à travers les années en gardant ce fil conducteur. C'est pourquoi nous nous sommes investies lors de l'année 2022-2023 dans l'association étudiante KINELA¹, qui avait pour vocation l'élaboration d'un projet de solidarité internationale (SI). Au cours de cette année, nous nous sommes investies en tant que chargée de partenariat dans un projet qui s'est déroulé en août 2023 au Népal. Nos questionnements préexistants ont été enrichis par notre expérience, dégageant plusieurs questions : *Les projets de SI rendent-ils toujours service au public cible ? Les modèles de prévention appris en Occident conviennent-ils ailleurs ? Des solutions de notre système de santé conviennent-elles mieux que des solutions adaptées à leur système de santé ?*

Nous avons également eu l'opportunité de nous entretenir avec une Masseuse-Kinésithérapeute (MK) ayant travaillé pour différentes Organisations Non Gouvernementales (ONG). Au cours de cette discussion, diverses thématiques ont été abordées, induisant de nouveaux questionnements autour de la prise en charge en situation d'urgence et de ses dimensions juridiques : *Comment savoir s'il est nécessaire de sortir du cadre réglementaire et comment définir celui-ci ? Qu'en est-il de la réglementation à l'international ? Qu'est-ce qui définit une situation d'urgence ? Que produit l'urgence sur les individus ? Comment agit le professionnel de santé selon les facteurs environnementaux ? Comment et à quel point l'incertitude influence les choix des individus ?*

Aujourd'hui, nous confrontons toutes ces observations, ces expériences, ces témoignages et nous arrivons à nous questionner de manière plus spécifique sur : *Comment un MK gère-t-il la prise de décision dans un contexte d'urgence lors d'une mission humanitaire ? Et comment appréhende-t-il le cadre réglementaire dans ce contexte ?*

II. Apport théorique

A la suite de ces questionnements, il paraît nécessaire d'explorer divers éléments contextuels comme la notion d'urgence, le cadre juridique ou encore l'action humanitaire en physiothérapie. En complément, une approche conceptuelle sera apportée afin d'approfondir des notions clés telles que l'incertitude dans la prise de décision, l'écart entre travail prescrit et

¹ KINELA : est une association étudiante de SI, elle possède comme principaux axes : la défense des droits humains, l'accès à l'éducation et la prévention et promotion de la santé. Elle fut créée en 2020 par 5 étudiant.es en masso-kinésithérapie, depuis chaque année le bureau se renouvelle en fin d'année universitaire.

travail réel, le positionnement professionnel ainsi que l'épreuve de professionnalité. Tout ceci pour un MK en contexte humanitaire.

Pour ce faire, nous avons effectué une recherche documentaire à partir de plusieurs bases de données, notamment Cairn, Google Scholar et Kinédoc. Nous avons utilisé différents mots-clés tels que : masso-kinésithérapeute, physiothérapeute, mission humanitaire, urgence, prise de décision, incertitude, travail réel, travail prescrit, épreuve de professionnalité, droit international, ONG ou encore réglementation. Ces mots-clés ont été combinés de manière variée afin d'explorer différentes facettes de notre sujet. Une recherche complémentaire a également été menée en anglais, en mobilisant des bases de données anglophones telles que PubMed et Google Scholar.

1. Cadre contextuel

1.1. La profession de MK/physiothérapeute

La masso-kinésithérapie comporte différentes appellations à l'international. En France, les termes employés sont : masso-kinésithérapie et MK, mais si on regarde à l'échelle mondiale, les termes les plus courants sont : '*physical therapy*', '*physiotherapy*' et '*physical therapist*', '*physiotherapist*' » (*World Physiotherapy*, s. d.). Ainsi, dans ce travail, les termes tels que « *masseur-kinésithérapeute* » (MK) et « *physiothérapeute* » seront employés de manière interchangeable pour désigner la même profession.

1.2. La physiothérapie dans les ONG

En 1979, le lancement du programme de réadaptation physique du Comité International de la Croix Rouge (CICR) a permis d'élargir leurs activités dans le domaine de la réadaptation physique (CICR, 2020). Cela marque en partie l'émergence de la masso-kinésithérapie au sein des missions humanitaires. Il existe deux types de missions humanitaires : les missions d'urgence et les missions de développement (Blanchet et Martin, 2006). Les missions d'urgence correspondent à une situation de crise, qui requiert une action immédiate. Elles se déroulent à court terme pour répondre à un besoin impérieux. Les missions de développement, elles, se réalisent sur le long terme et renforcent l'accessibilité aux soins des populations locales. L'objectif des missions de développement est aussi de mettre en place des actions pérennes, favorisant l'indépendance des populations. Ce mémoire s'intéressera plus spécifiquement aux missions humanitaires d'urgence.

1.3. La cadre juridique international

1.3.1. Le droit international humanitaire

Le Droit International Humanitaire (DIH) trouve ses origines dans la première convention de Genève de 1864 mais se développe au fil du temps notamment avec les quatre nouvelles conventions de Genève de 1949. La Quatrième se concentre plus spécifiquement sur la protection des civils et les droits des personnes en situation de conflits armés (*Convention (IV) de Genève, 1949*). Elles ont été enrichies par deux traités : les deux protocoles additionnels de 1977 relatifs à la protection des victimes des conflits armés (*Protocole Additionnel Aux Conventions de Genève, 1977*). La majorité des États sont liés par ces textes. Le DIH ne s'applique que dans le cadre de conflits armés. Il est complété par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) adopté le dix décembre 1948, qui vise à établir des droits fondamentaux universels pour tous les êtres humains. En l'adoptant, la communauté internationale s'est engagée à défendre la dignité et la justice de tout individu peu importe son origine, son genre, son ethnie, ... Elle s'applique à tous, que ce soit dans les situations de conflit ou de paix (Assemblée générale des Nations Unies, 1948).

1.3.2. Règlementation en physiothérapie

En physiothérapie, chaque pays dispose de sa réglementation et d'un référentiel de compétences. Cependant, il n'existe pas de consensus international.

La profession de MK en France est régie par le Code de la santé publique, plus précisément par la quatrième partie, qui encadre l'exercice des professions de santé. Le titre V de cette partie définit les conditions d'exercice de la profession de MK, ainsi que les obligations déontologiques et légales auxquelles ces professionnels sont soumis (Code de la santé publique, 2024).

En matière de réglementation internationale, les physiothérapeutes sont tenus de se conformer non seulement aux textes internationaux mentionnés précédemment (le DIH et la DUDH), mais également à une réglementation nationale spécifique à leur profession (le code de la santé publique pour la France).

À l'international, il n'existe pas de texte commun régissant la pratique de la physiothérapie. Néanmoins, lorsqu'un professionnel fait partie d'une organisation membre de la World Physiotherapy (WP)² comme l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes (ONMK) en France, il est encouragé à suivre les régulations de la WP (2023). Elles établissent

² World Physiotherapy (WP) : Elle est la principale organisation qui représente la physiothérapie à l'international

des normes de pratique et d'éthique essentielles pour garantir la qualité des soins en physiothérapie. La version la plus récente date de 2023, avec une révision prévue pour 2027. Ces réglementations comprennent une section qui encourage les organisations membres à mettre en œuvre des systèmes de réglementation qui :

- « Définissent les qualifications requises pour l'obtention d'une licence/réglementation/reconnaissance pour exercer la physiothérapie. » (WP, 2023)
- « Établissent et surveillent les normes de compétence pour exercer la physiothérapie. » (WP, 2023)
- « Établissent et surveillent les normes de pratique de la physiothérapie par les physiothérapeutes reconnus /enregistrés/agrérés. » (WP, 2023)
- « Mettent en place des processus pour traiter les plaintes concernant les physiothérapeutes agrérés/enregistrés/reconnus. » (WP, 2023)
- « Soutiennent des discussions coopératives avec l'organisme de réglementation, en assurant l'impartialité et l'indépendance du régulateur, tout en développant, sécurisant, mettant en œuvre et maintenant l'engagement envers des normes élevées d'éducation, de pratique et de professionnalisme. » (WP, 2023)

Ensuite, il y a le cadre réglementaire interne aux différentes ONG. En effet, chaque salarié de l'ONG a la responsabilité de respecter le cadre réglementaire propre à la structure qui l'emploie. Ainsi, les MK exerçant en mission humanitaire doivent se conformer aux règles définies par l'ONG pour laquelle ils travaillent. Ce cadre peut varier d'une organisation à une autre, et peut influencer les pratiques professionnelles sur le terrain.

En résumé, bien que des textes internationaux et nationaux encadrent la pratique des physiothérapeutes leur application reste variable selon les pays, les ONG et les contextes. Cette diversité du cadre réglementaire peut compliquer l'action sur le terrain, notamment en situation de crise. C'est pourquoi il nous paraît essentiel de s'intéresser à la notion d'urgence et à ses implications pour les professionnels de terrain.

1.4. Notion d'urgence

1.4.1. L'urgence en santé

Selon l'ONMK (2017), « Le code de la santé publique et la jurisprudence n'apportent aucune définition de l'urgence médicale. La notion d'urgence est laissée à l'appréciation souveraine des professionnels de santé et des juges qui n'en donnent toutefois pas une définition générale mais apprécie l'urgence au cas par cas. ».

Dans le dictionnaire de l'académie de médecine (s.d.), l'urgence médicale se définit comme « *situation d'un patient à soigner sans délais* ». Elle est décrite en deux grandes catégories :

- L'urgence dite « *fausse* » : ressentie comme urgente par le patient mais qui ne l'est pas en réalité
- L'urgence « *vraie* » : cliniquement identifiée par le praticien

Une fois l'examen clinique effectué et l'urgence vraie identifiée alors l'urgence peut être décrite en fonction des critères cliniques de la façon suivante :

- L'« *urgence absolue* » ou urgence vitale qui correspond à une situation de détresse vitale,
- L'« *extrême urgence* » (urgence immédiate) qui évolue rapidement vers l'urgence absolue,
- L'« *urgence relative* » qui peut attendre,
- L'« *urgence potentielle* » qui nécessite seulement une surveillance soutenue.

En tenant compte de la transportabilité, l'urgence relative peut être subdivisé en :

- « - *Première urgence, état grave mais ventilation spontanée efficace, patient à transporter couché,*
- *Deuxième urgence, conscience conservée, hémorragies arrêtées, patient à transporter couché,*
- *Troisième urgence, éclopés, blessures minimales, patient pouvant être transporté assis* »
(Académie Nationale de Médecine, s.d.).

Selon l'ONMK, (2017) « *Il convient de souligner que l'urgence absolue et l'urgence dite extrême sont des situations difficilement identifiables dans le cadre de l'exercice de la masso-kinésithérapie* ». Cependant, dans le cas où un patient se trouve en situation d'urgence sans prescription et dans l'impossibilité d'accéder à une consultation d'un médecin dans un délai raisonnable, ce patient a la possibilité depuis l'adoption de loi de janvier 2016 par l'article L4321-1, de consulter directement un MK. Il s'agit alors d'un accès direct. Le MK pourra « *prodiguer, en l'absence de prescription médicale, les soins de masso-kinésithérapie qui s'imposent compte tenu de l'état du patient, en référence aux éventuelles recommandations professionnelles, protocoles existants et à la prévention des risques* » et il « *devra estimer ceux qui sont les plus appropriés et sans négliger son devoir d'accompagnement moral, limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins* » (ONMK, 2017, *Accès direct*). Après son intervention, le MK est tenu de transmettre aux professionnels

de santé prenant en charge la personne traitée en urgence, les informations relatives à la prise en soin.

A noter que la notion de prise en charge en urgence ne concerne que le champ de la masso-kinésithérapie et s'inscrit hors des urgences extrêmes ou absolues qui nécessitent les gestes de premiers secours. En effet, si un MK est confronté à une situation d'urgence extrême ou absolue « *indépendamment du motif de consultation de son patient, par exemple dans l'hypothèse d'un patient en arrêt cardiaque, il doit à minima mettre en œuvre les procédures telles qu'enseignées lors de sa formation aux gestes et soins d'urgences* » (ONMK, 2017, *Accès direct*). En effet, le MK détient les compétences nécessaires pour dispenser les soins et gestes d'urgence du fait de l'obligation légale de détenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU) pour l'obtention du diplôme d'état (ONMK, 2017, *Urgence en kinésithérapie*).

La définition médicale de l'urgence repose essentiellement sur des critères physiologiques et autour du pronostic vital avec une approche centrée sur le corps. Or, l'accès aux soins peut aussi être limitée par des contraintes territoriales ou des facteurs sociaux. La note juridique de l'ONMK (2017) définit des urgences à caractère social ou géographique. Selon l'Ordre Régional des Masseurs-Kinésithérapeutes (ORMK) de Normandie, l'urgence sociale ou géographique se définit « *comme une situation où le patient n'a pas accès à un médecin* » (ORMK de Normandie, 2017). Ce type d'urgence entre également dans le cadre de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique et justifie alors une prise en charge kinésithérapique en accès direct.

1.4.2. L'urgence en droit humanitaire

Selon le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, l'action humanitaire d'urgence se définit comme visant « *à fournir assistance et protection aux populations vulnérables et à répondre aux besoins fondamentaux des personnes touchées par une catastrophe naturelle ou un conflit tels que l'accès à l'eau et à l'assainissement, à la nourriture, à un abri et aux soins médicaux.* » (Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, s. d.). Cette définition met l'accent sur la nécessité de répondre rapidement aux besoins essentiels des personnes, en particulier dans des contextes de crise.

En situation d'urgence humanitaire, les interventions médicales doivent répondre aux principes d'impartialité, de neutralité et d'indépendance (Comité international de la Croix-Rouge, 2015). L'urgence humanitaire englobe une diversité de situations incluant les catastrophes naturelles, les conflits armés et les épidémies, nécessitant une prise en charge rapide et coordonnée des blessés et des populations vulnérables.

2. Cadre conceptuel

Une fois le cadre contextuel posé, il paraît maintenant essentiel d'explorer certains concepts.

2.1. L'incertitude

2.1.1. Définition

L'incertitude peut être définie comme "*un sentiment de doute qui bloque ou retarde l'action*" (Lipshitz et Strauss, 1997). Dans le contexte professionnel, elle se manifeste par un manque d'information ou une ambiguïté qui affecte la prise de décision et les comportements des acteurs.

Michel Crozier, sociologue français, a développé une théorie sur le pouvoir et les zones d'incertitude au sein des organisations. Selon Crozier et Friedberg (1977), dans une organisation, il existe des règles et des structures qui contraignent les acteurs, mais il subsiste toujours des "*zones d'incertitude*" où les individus peuvent décider eux-mêmes de leur comportement, et ce sont précisément ces zones d'incertitude qui déterminent le pouvoir.

La lecture du blog de Gilles Martin (2022), un auteur en management et entrepreneuriat, nous a permis de mieux appréhender les travaux de Crozier et Friedberg (1977) sur le pouvoir organisationnel et les zones d'incertitude. En effet, il explique comment l'incertitude influence les relations de pouvoir au sein des équipes selon la théorie de Crozier. Cela nous a aidé à comprendre comment, dans un environnement organisationnel marqué par l'incertitude, les collaborateurs gagnent en autonomie et le pouvoir se distribue de manière plus horizontale. Cela permet aux acteurs occupant une position hiérarchique habituellement plus restreinte d'avoir potentiellement plus de pouvoir. Ainsi, comme le soulignent Crozier et Friedberg, le pouvoir organisationnel ne se limite plus à une structure hiérarchique rigide, mais devient un enjeu stratégique pour ceux qui savent exploiter ces incertitudes.

Cette théorie des zones d'incertitude s'applique particulièrement bien au contexte des missions humanitaires, où l'environnement est souvent imprévisible et complexe. L'article de Knox Clarke (2020), un expert en aide humanitaire, présente une revue de la littérature sur la prise de décision dans les contextes humanitaires. Cet article met en évidence que, dans des contextes humanitaires complexes et imprévisibles, les équipes doivent souvent prendre des décisions rapides et en autonomie en raison d'un cadre réglementaire non défini précisément ou d'une absence de directives claires. Cette dynamique crée des zones d'incertitude pour les différents acteurs de missions humanitaires. Dans ce contexte, le pouvoir organisationnel se

retrouve alors distribué parmi les membres de l'équipe, et ce peu importe leur position hiérarchique.

Il existe différentes sources de pouvoirs, French et Raven en ont identifiés cinq : Le pouvoir légitime : basé sur la position hiérarchique et l'autorité formelle, le pouvoir de récompense : capacité à offrir des incitations positives, le pouvoir coercitif : capacité à punir ou menacer de sanctions, le pouvoir d'expertise : fondé sur les connaissances et compétences spécialisées et le pouvoir de référence (French et Raven, 1959). Bien que nous ayons principalement évoqué le pouvoir légitime ou organisationnel, il est important de noter que dans le contexte des missions humanitaires, d'autres formes de pouvoir peuvent jouer un rôle plus important en raison des environnements singuliers et des enjeux spécifiques du terrain.

2.1.2. Application en masso-kinésithérapie

L'absence d'une définition juridique claire concernant l'urgence en kinésithérapie conduit les professionnels à adapter leurs décisions selon les circonstances. Les concepts d'« *urgence ressentie* » ou d'« *urgence vraie* » varient en fonction des situations, offrant une flexibilité bénéfique pour ajuster les soins aux besoins spécifiques du patient (Rocton, 2019). Aux vus des contextes imprévisibles des missions humanitaires, un cadre trop rigide pourrait restreindre cette liberté, rendant les réponses moins adaptées.

Toutefois, cette flexibilité comporte des risques d'épuisement professionnel, en effet Scott et al déclarent en 2023 : « *Le stress lié à l'incertitude est de plus en plus reconnu comme un facteur probable de l'épuisement professionnel dans le secteur de la santé, réduisant l'engagement et la productivité des cliniciens, posant des risques pour la sécurité des patients en raison d'un nombre accru d'erreurs, et exacerbant les pénuries de main-d'œuvre en entraînant des départs anticipés à la retraite ou des changements de profession* » (Scott et al, 2023).

2.1.3. Impact sur la prise de décision

Thierry Weil, chercheur et professeur français spécialisé dans le management de l'innovation et les politiques industrielles, s'est inspiré des travaux de Crozier sur l'analyse stratégique des organisations et des travaux de Herbert Simon sur la « *rationalité limitée* », pour développer sa propre interprétation de ces concepts. Selon Weil (2008), lors d'un processus décisionnel :

- Les décideurs ont des capacités cognitives limitées et ne peuvent pas envisager toutes les options et conséquences possibles. Ils prennent leurs décisions en se basant sur une représentation simplifiée de la réalité.
- Plutôt que de chercher la solution optimale, les décideurs adoptent une approche de "satisfaction". Ils choisissent la première option qui atteint un niveau acceptable et satisfaisant, puis passent à d'autres problèmes.
- Le décideur doit prendre plusieurs décisions dont les effets interfèrent, alors que pour prendre une décision satisfaisante, il doit considérer l'ensemble des décisions qui ne sont pas indépendantes.
- Les contraintes de temps et d'environnement influencent fortement le processus de décision. L'urgence peut limiter l'exploration des alternatives, et les décideurs doivent souvent agir avant une échéance imposée.

Tous ces facteurs lors d'une prise de décision vont influencer sur les décideurs et sur leurs choix.

Dans un contexte d'urgence, l'incertitude croissante active le « *système 1* », favorisant des décisions rapides et intuitives (Kahneman, 2011). Kahneman décrit le Système 1 comme « *opérant automatiquement et rapidement, avec peu ou pas d'effort et aucune sensation de contrôle volontaire* ». Ces décisions, prises sous pression, peuvent s'éloigner des protocoles. En effet, l'intuition constitue l'un des deux modes de recueil d'information, s'opposant à une approche plus analytique. Elle permet une prise de décision rapide, économe en attention et nourrie des analogies faites avec les expériences antérieures. Toutefois, elle présente des limites : les biais cognitifs et l'excès de confiance peuvent orienter les décisions de manière inefficace (Canet, 2011). Un deuxième système, appelé « *système 2* » lui, « *est activé lorsqu'un effort est nécessaire pour accomplir une tâche, lorsque nous rencontrons un problème complexe ou lorsque nous prenons une décision délibérée* » (Kahneman, 2011). Il mobilise une réflexion plus lente et analytique et est donc difficile à mobiliser lorsque le temps et les ressources sont limités (Kahneman, 2011). Ainsi, l'incertitude peut entraver l'analyse approfondie de la situation et favoriser des solutions immédiates parfois éloignées des recommandations idéales.

En physiothérapie, une prise de décision concernant le soin se base principalement sur l'« *Evidence Based Praticce* » (EBP) adaptée en 2013 (Hoffmann et al., 2013) de l'« *Evidence based Medicine* » (Sackett et al., 1996). C'est une approche basée sur des sources d'informations complémentaires : expertise du praticien, données issues de la recherche scientifique, les valeurs et préférences du patient et le contexte dans lequel le professionnel

pratique. Dans le cas de d'une prise de décision dans l'urgence, différentes contraintes s'additionnent comme des contraintes temporelles, émotionnelles, cognitives, environnementales ou encore informationnelles. Ces contraintes réduisent le temps disponible pour raisonner, rechercher des informations complémentaires, vérifier les hypothèses et réaliser des tests.

En contexte humanitaire, l'article de Knox Clarke (2020) cité précédemment, souligne dans sa revue que cette prise de décision est difficile, il note des manquements dans des prises de décisions des professionnels et certains processus décisionnels sont décrits comme lents alors que le contexte demande une rapidité de réponse.

2.2. Travail réel vs travail prescrit

« *L'activité de travail doit être envisagée comme un processus dynamique, qui repose sur des ajustements constants de l'opérateur aux imprévus de l'environnement* » (Leplat et Hoc, 1983). Ces ajustements sont influencés par plusieurs facteurs comme les conditions environnementales, les ressources disponibles, l'état émotionnel du travailleur, ou encore les imprévus du contexte. Le travailleur mobilise ses compétences cognitives, sociales et physiques pour résoudre les tensions entre le travail prescrit (ce qui est demandé) et le travail réel (ce qui peut effectivement être fait) (Leplat et Hoc, 1983).

L'écart entre le travail prescrit et le travail réel est une constante inhérente à toute activité professionnelle. Ce décalage fait partie intégrante de l'activité d'un travailleur, il doit essayer de faire concorder ce qui sera produit par lui (le réel) avec ce qui est attendu (le prescrit) (Drida, 2006).

Dans le cadre d'urgence au sein d'une mission humanitaire, cet écart est d'autant plus important que les facteurs contextuels sont nombreux. Les professionnels dans les missions humanitaires sont souvent confrontés à des imprévus ainsi qu'à un certain nombre de contraintes (temporelles, environnementales informationnelles, émotionnelles, cognitives, ...). Ces facteurs impacteront directement le travailleur et nécessitent des ajustements dynamiques et permanents entre la théorie et ce qui est réalisable sur le terrain.

Ainsi, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel dans un contexte d'urgence, où l'incertitude et les imprévus imposent des ajustements permanents, soulève des questions de positionnement professionnel : *Comment dans ces situations concilier les exigences théoriques et les réalités du terrain ? Où sont les limites de nos compétences sur le terrain ? Comment se positionner en tant que professionnel de santé entre le cadre réglementaire et les imprévus du terrain ?*

2.3. Positionnement professionnel

Après avoir exploré la dynamique entre le travail réel et le travail prescrit, il est pertinent de s'intéresser à la manière dont les professionnels évoluent avec les différences entre leurs attentes et la réalité du terrain, ce qui nous amène à explorer la notion d'épreuve de professionnalité.

2.3.1. Définition

Cristina De Robertis, spécialiste en travail social, et Pascal Henri, sociologue mettent en avant l'importance du positionnement professionnel dans la pratique, permettant de se situer au sein des impératifs institutionnels, des besoins des usagers et des valeurs déontologiques. Bien que cette définition s'applique au travailleur social, elle peut être transposée à d'autres domaines professionnels, comme celui de la kinésithérapie dans un contexte humanitaire, car elle souligne les tensions qui peuvent exister entre le cadre institutionnel et les réalités du terrain.

« Par positionnement professionnel, nous entendons la manière dont le travailleur social se situe en tension à l'intérieur des pôles constitutifs de son intervention :

- *Le cadre législatif des politiques d'action sociale et les conventions internationales de protection des droits de l'homme (Déclaration universelle, convention de Genève...)*
- *L'institution employeur, ses missions et son mode de fonctionnement ;*
- *L'utilisateur dans ses différentes dimensions (personne, groupe, collectif, communauté) ;*
- *Les valeurs, la déontologie professionnelle et les méthodes d'intervention »* (Pascal, 2002).

Il faut différencier le positionnement de la fonction. *« La fonction est établie par l'institution, par le contexte professionnel »* (De Robertis et al., 2014). Alors que le positionnement est *« une façon propre d'habiter sa fonction »* (De Robertis et al., 2014).

2.3.2. Application en masso-kinésithérapie

L'exercice de la masso-kinésithérapie repose principalement sur une interaction à deux : le soignant et le soigné. Le MK entre en relation avec le patient à travers une double intimité, physique et psychique, qui s'exprime tant par le toucher que par les échanges verbaux (Monfort-Portet et Boudrahem, 2021). Cette relation asymétrique, dans laquelle le professionnel accède à l'intimité du patient sans que la réciproque ne soit vraie, exige une vigilance particulière quant au positionnement professionnel adopté. Il est essentiel que les paroles, les attitudes, et les gestes du MK ne soient pas perçus, même de manière infime, comme une agression

(Boudrahem et Morel-Lab, 2020). Cela nécessite une attention soutenue et un positionnement professionnel ajusté.

Par ailleurs, la masso-kinésithérapie s'inscrit de plus en plus dans un cadre pluridisciplinaire, où le travail en équipe est central. Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, qui place l'utilisateur au cœur du système social et médico-social, les professionnels sont amenés à s'engager dans un travail partenarial. Toutefois, le travail en équipe n'est jamais une évidence et doit constamment se construire à travers un espace de négociation (Hamann et al., 2009). Cet environnement est un lieu de reconnaissances mutuelles de compétences, comme un lieu de confrontation entre différentes idées divergentes. C'est une situation particulière qui sollicite « *une implication personnelle et une démarche professionnelle de positionnement* » (Hamann et al., 2009).

2.3.3. Spécificités en contexte humanitaire

En appliquant cette notion aux missions humanitaires, les enjeux du positionnement se complexifient. Le physiothérapeute se trouve confronté à des exigences multiples de positionnement : au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans sa relation avec le patient mais aussi en fonction de ses obligations légales. Pour se positionner correctement, le physiothérapeute doit prendre en compte plusieurs facteurs : le cadre législatif (le DIH et la DUDH), l'institution employeur et son fonctionnement (protocoles, flexibilité organisationnelle...), les caractéristiques de l'utilisateur dans ses différentes dimensions (y compris sa culture et sa religion, par exemple), ses propres valeurs, la déontologie professionnelle, ainsi que les méthodes d'intervention (impartialité, neutralité, empathie...).

Ce positionnement professionnel doit donc être à la fois flexible et prendre en compte les différents facteurs cités ci-dessus, afin de répondre aux besoins de santé des patients, tout en s'intégrant harmonieusement dans le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire lors d'une mission.

2.4. Épreuve de professionnalité

Dans le cadre des missions humanitaires, les professionnels de santé dont les MK, sont fréquemment confrontés à des situations imprévues et complexes. Ces environnements, où règnent l'incertitude et l'instabilité, mettent à l'épreuve leur capacité à prendre des décisions répondant aux exigences du terrain en temps réel. Il est donc pertinent d'introduire la notion d'épreuve de professionnalité pour comprendre les défis auxquels les professionnels font face dans ces contextes.

L'« *épreuve de professionnalité* », issue des travaux de Bertrand Ravon, sociologue et Pierre Vidal-Naquet, historien, dépasse la simple notion de souffrance au travail. Elle englobe une double dimension : « *éprouver une situation difficile et faire la preuve de ses capacités à faire face* » (Ravon, 2009).

Ainsi, cette notion recouvre les situations perçues comme ingérables auxquelles les praticiens peuvent être confrontés. Dans ces moments, l'incertitude devient un facteur central. Les professionnels doivent alors faire preuve d'une grande adaptabilité, modifiant et ajustant leurs actions en fonction des circonstances imprévues qu'ils rencontrent sur le terrain.

Dans ces conditions « *La prudence s'impose alors comme compétence centrale, au sens que lui donne Aristote dans l'Éthique à Nicomaque : l'incertitude oblige à définir le sens de l'action non pas avant mais pendant l'action elle-même.* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2016). Cette citation met en lumière la notion de professionnalité dans l'incertitude, où les professionnels doivent constamment ajuster leur action au cours même de celle-ci.

Cette approche souligne que la prise de décision en situation d'incertitude, typique des contextes de missions humanitaires, ne repose pas uniquement sur des règles préétablies ou des procédures fixes. Elle nécessite des ajustements en fonction des réalités du terrain.

III. Problématique de recherche

Les éléments contextuels et conceptuels définis ci-dessus, permettent d'enrichir le questionnement de départ.

La prise de décision dans le cadre d'une mission humanitaire est soumise à de nombreuses contraintes, qu'elles soient cognitives, financières, technologiques, temporelles, émotionnelles, environnementales ou organisationnelles. Ces contraintes exigent des professionnels une grande capacité d'adaptation. Il est inévitable qu'un écart se crée entre la tâche prescrite et ce qui se réalise effectivement sur le terrain. Ces éléments contextuels accroissent l'incertitude lors de la prise de décision. Cette situation fait émerger des épreuves professionnelles complexes.

Dans des contextes d'urgence, le MK peut être amené à dépasser le cadre réglementaire et les tâches initialement prescrites, notamment pour préserver la vie du patient. L'incertitude est alors exacerbée par des contraintes supplémentaires d'ordre éthiques, déontologiques, légales et réglementaires. Le professionnel doit alors se positionner : *Sur quels éléments fonde-t-il sa prise de décision, entre raisonnement clinique et intuition ? Comment se positionne-t-il vis-à-vis de l'équipe pluridisciplinaire ? vis-à-vis du patient ? Quelles répercussions cette épreuve de professionnalité peut-elle avoir sur sa vision du métier et sur lui-même ?*

Ces questionnements convergent vers la question de recherche suivante : **Comment le masseur-kinésithérapeute appréhende l'incertitude lors d'une prise de décision en contexte de mission humanitaire d'urgence ?**

D'après les premières recherches documentaires et les expériences vécues de la personne avec nous avons échangé ainsi que ma propre expérience, des hypothèses de réponses à la question de recherche sont émises :

- Le MK pourrait appréhender l'incertitude en s'appuyant sur des approches factuelles, telles que l'utilisation de mesures objectives, de critères spécifiques et de protocoles standardisés.
- Le MK pourrait également être amené à intégrer des critères plus subjectifs, relevant de l'intuition, particulièrement lorsque les données factuelles sont limitées ou absentes.
- Face à l'incertitude le MK pourrait aussi être influencé par ses expériences antérieures. Cela faciliterait potentiellement sa capacité à reproduire ces décisions dans des situations similaires.
- Être confronté à l'incertitude et en contexte d'urgence peut provoquer chez le MK diverses émotions qui peuvent modifier leur prise de décision.
- L'urgence peut générer des contraintes supplémentaires et donc complexifier la prise de décision

Ce travail vise à dépasser une expérience individuelle pour explorer les mécanismes décisionnels des MK en contexte d'urgence.

IV. Méthodologie

1. Type de méthode

Ce mémoire adopte une démarche descriptive visant à explorer les diverses dimensions (sociologiques, organisationnelles, réglementaire, psychologique, éthiques...) du sujet étudié. Afin d'appréhender la complexité de ces phénomènes, une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs a été privilégiée. Comme le soulignent Kivits et al. (2016), « *les recherches qualitatives en santé permettent de comprendre les phénomènes sociaux tels que les représentations, les pratiques ou encore les interactions, en s'appuyant sur des discours et des actions. Elles offrent une approche rigoureuse et interdisciplinaire pour explorer des problématiques complexes* ». En impliquant directement les personnes concernées, cette approche offre un accès direct à des expériences singulières facilitant l'analyse des dynamiques à l'œuvre dans ces situations spécifiques.

Il a été choisi d'opter pour des entretiens semi-directifs car ils permettent d'aborder un ensemble de thèmes prédéfinis tout en laissant une liberté au participant de développer des réponses plus détaillées et de mettre en lumière des aspects inattendus de son expérience (DeJonckheere et al., 2019).

2. Population

2.1.Critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée est constituée de MKDE ayants participés à au moins une mission humanitaire dans un contexte d'urgence, en tant que membres actuels ou anciens membres d'une ONG. Sont inclus à la fois les professionnels en activité et ceux ayant cessé leur activité (retraités, en arrêt de travail, etc.), qu'ils aient exercé une activité clinique ou de gestion de projet. Aucune restriction géographique, socioéconomique, liée à l'âge ou de genre n'est appliquée afin de favoriser la diversité des participants, permettant ainsi d'enrichir l'analyse avec des points de vue issus de différents contextes culturels et socioéconomiques.

Sont exclus les professionnels qui ne sont pas titulaires du diplôme d'état de MK ainsi que ceux n'ayant jamais exercé dans le cadre d'une mission humanitaire en contexte d'urgence au sein d'une ONG.

2.2.Méthode d'inclusion

Afin d'inclure la population concernée, plusieurs ONG ont été contactées afin de relayer un mail présentant le projet d'entretien : sa thématique, son objectif et son cadre. Parallèlement, des annonces ont été publiées sur des groupes spécialisés (forums, réseaux sociaux, etc.). Cependant, ces démarches n'ont pas abouti. Nous avons également repris contact avec une MK avec qui nous avons échangé il y a deux ans, et qui a accepté de participer à un nouvel entretien. Toutefois, malgré son relai et l'envoi de nombreux mails, nous n'avons pas obtenu de réponses supplémentaires.

Face à cette difficulté, nous avons choisi de contacter la population concernée sans intermédiaire. Pour ce faire, nous avons réorienté notre recherche vers des témoignages de MK publiés sur les sites internet des ONG, tels que médecin sans frontière, handicap international ou la croix rouge. Nous avons cherché ensuite différents moyens de contacter les professionnels identifiés. Nous sommes passés principalement via LinkedIn ou par leur e-mail professionnel trouvé sur la page internet de leur cabinet. Une fois entré en contact avec eux, nous avons bénéficié d'un précieux relai de leur part. Ces démarches ont permis d'obtenir cinq entretiens, les personnes interrogées seront anonymisées sous les pseudonymes suivants : Arthur, Béatrice,

Carole, David et Éric ([Cf. Tableau 1](#)). Ce nombre, bien que limité, vise à apporter une diversité de données permettant d'enrichir l'analyse.

3. Recueil de données

3.1. Grille d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré afin d'appréhender au mieux les entretiens en permettant de les orienter pour répondre à la question de recherche tout en gardant une flexibilité permettant aux participants d'aborder d'autres thèmes qui leur semblaient pertinents ([Cf. Annexe 1](#)).

3.2. Transcription des données

Afin de recueillir les données, une prise de notes sur les différentes thématiques a été effectuée lors de l'entretien. Cette prise de notes fut non exhaustive permettant de ne pas être centrée que sur les notes mais de pouvoir avoir un réel échange avec le MK. Les entretiens ont également été enregistrés via un dictaphone, avec consentement de la personne, puis retranscrits pour permettre une analyse de données se voulant plus rigoureuse. Tous les enregistrements ont été supprimés une fois la retranscription effectuée. Un exemple d'extrait de retranscription anonymisé est présent en annexe ([Cf. Annexe 2](#)). Afin de faciliter les parallèles entre les transcriptions et l'analyse, chaque retranscription a été annotée par un système de numérotation des lignes. Ainsi, les verbatims sont référencés à l'aide de cette annotation, indiquée de la manière suivante : (L.X).

3.3. Anonymisation des données

Afin de garantir l'anonymat des participants, des pseudonymes par ordre alphabétique ont été attribués. Certains participants ont demandé à accéder au mémoire une fois finalisé. Seulement, le nombre de MK intervenant en contexte d'urgence humanitaire au sein d'ONG étant limité, le risque de reconnaissance mutuelle est important ce qui renforce la nécessité d'une anonymisation rigoureuse.

Comme le souligne la sociologue Emmanuelle Zolesio (2011), « *Si le compte rendu d'enquête s'adresse aux enquêtés eux-mêmes et, en particulier, à des communautés restreintes d'enquêtés ou caractérisées par une forte interconnaissance, l'anonymisation devra être particulièrement attentive à respecter la confidentialité des propos* ».

Nous avons donc également pris soin de ne pas mentionner d'éléments susceptibles de permettre leur identification, tels que les lieux d'exercice ou les ONG dans lesquelles ils interviennent.

3.4. Tableau synthétique des entretiens

Le tableau suivant résume les différents entretiens effectués répertoriant les dates, la durée, le type et le moyen de contact pour chaque entretien. Ils ont duré entre cinquante-cinq minutes et une heure onze. Ils ont tous été réalisés à distance en visioconférence. Les entretiens ont pu connaître quelques perturbations mineures : problème de connexion ou proche qui intervient. Elles n'ont duré que quelques secondes et n'ont pas interrompu le déroulement de l'action.

Tableau I : Caractérisation des entretiens

Pseudonyme	Date de l'entretien	Durée	Type	Moyen
Carole	Mai 2023	Environ 1h	Exploratoire	Téléphone
Arthur	Février 2025	1h11	Complémentaire	Google Meet
Béatrice	Mars 2025	1h09	Complémentaire	Google Meet
Carole	Mars 2025	58min	Complémentaire	Zoom
David	Mars 2025	1h05	Complémentaire	Teams
Éric	Mars 2025	55min	Complémentaire	Google Meet

Un premier échange, que nous pouvons qualifier d'entretien exploratoire, a été réalisé il y a deux ans avec Carole avec pour objectif de nous familiariser avec la thématique de l'exercice de la masso-kinésithérapie en contexte d'urgence. Cet échange a enrichi notre réflexion permettant d'orienter la construction de notre cadre théorique ainsi que d'élaborer de notre grille d'entretien. Toutefois, en raison de l'absence d'enregistrement et d'une retranscription non littérale, il ne peut être analysé selon la même méthodologie que les entretiens complémentaires et n'a donc pas été inclus dans l'analyse. En revanche, le deuxième entretien avec Carole au cours duquel nous sommes revenues sur certains points abordés lors du premier est bien inclus dans l'analyse.

4. Stratégie d'analyse

Au début de ce travail, des hypothèses ont été formulées en réponse à la problématique. Afin d'évaluer la pertinence de ces hypothèses initiales par rapport aux données obtenues, une analyse thématique a été menée. Cette approche rejoint les travaux de Van Campenhoudt (2017), qui souligne le double objectif de l'analyse des résultats :

1. « *Le premier objectif de cette phase d'analyse des informations est donc la vérification empirique.* » (page 265)
2. Le second consiste à « *interpréter ces faits inattendus, revoir ou affiner les hypothèses afin que, dans les conclusions, le chercheur soit en mesure de suggérer des améliorations de son modèle d'analyse ou de proposer des pistes de réflexion et de recherche pour l'avenir* » (page 265)

Cette démarche analytique nous permettra non seulement de confronter nos hypothèses initiales aux données obtenues, mais aussi d'enrichir notre compréhension du sujet et d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche.

Dans un premier temps, chaque entretien a été codé afin d'identifier les différents thèmes et sous-thèmes. Ensuite un tableau de chaque entretien a été réalisé afin d'en ressortir les différents thèmes, un extrait illustratif d'un de ces tableaux est présenté en annexe ([Cf. Annexe 3](#)). Les thèmes identifiés dans les entretiens correspondent majoritairement à ceux introduits par le guide d'entretien, ce qui témoigne d'une approche principalement déductive.

Dans un deuxième temps, une analyse thématique horizontale a été réalisée. Un tableau résumant l'analyse par thème est présenté en annexe ([Cf. Annexe 4](#)). Cette approche a été choisie afin de comprendre comment les différents MK interviewés appréhendent l'urgence et identifient les différences ainsi que les points communs dans leurs réponses.

5. Enjeux éthiques, et déontologiques

La réalisation d'entretiens dans cette recherche soulève plusieurs enjeux éthiques et déontologiques importants, qui doivent être pris en compte pour assurer une démarche rigoureuse et respectueuse des participants.

5.1. Consentement éclairé

L'entretien doit se dérouler dans un climat de confiance. Pour cela, Il est essentiel que chaque participant donne son consentement de manière libre et éclairée. Pour cela, un document

de consentement a été donné à chaque participant. Également, pour chaque début d'entretien est expliqué au sujet interviewé : le déroulement de l'entretien, la nature des questions, l'usage des données recueillies, ainsi que le droit de ne pas répondre à certaines questions ainsi que de se retirer à tout moment s'il le souhaite.

5.2. Recherche en sciences humaine et sociale dans le domaine de la santé

Dans le cadre de ce mémoire, il est essentiel de situer la recherche au regard du cadre législatif. En France, la loi Jardé (République Française, 2012, *Loi n° 2012-300*) encadre les recherches impliquant la personne humaine et distingue trois catégories de recherche :

- **Les recherches interventionnelles (catégorie 1)**, impliquant une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ;
- **Les recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales (catégorie 2) ;**
- **Les recherches non interventionnelles (catégorie 3)**, qui reposent uniquement sur la collecte et l'analyse de données sans modification de la prise en charge habituelle (Code de la santé publique, art. L1121-1).

Dans le cadre de ce travail, la méthodologie repose sur des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé et n'implique aucune intervention sur des patients. Ainsi, cette recherche ne relève pas du champ d'application de la loi Jardé, car elle ne concerne ni des actes de soins ni des modifications des pratiques médicales.

Cependant, elle s'inscrit dans les recommandations éthiques générales concernant la recherche en sciences humaines et sociales, surtout en matière de protection des données personnelles et du respect du consentement des participants (Commission nationale de l'informatique et des libertés, 2021). Comme expliqué ci-dessus les informations relatives aux consentements ont été recueillies et les informations relatives à leurs données et leurs droits délivrées.

De plus, aucune donnée permettant d'identifier les personnes interrogées ne sera présente, garantissant ainsi l'anonymisation des résultats et le respect du règlement général sur la protection des données. Ce procédé permet que la recherche respecte les exigences éthiques et légales applicables, tout en préservant la rigueur méthodologique nécessaire à une analyse qualitative.

5.3. Respect des principes déontologiques

Enfin, il est capital de respecter les principes déontologiques de la profession. En tant que future professionnelle de la santé, il est essentiel d'adopter une attitude respectueuse et

bienveillante envers les participants. Aucun jugement ne sera porté sur les pratiques, les choix ou les ressentis des participants.

V. Résultats des entretiens

L'analyse des entretiens vise à confronter nos hypothèses initiales aux données recueillies, tout en approfondissant notre compréhension du sujet et en ouvrant de nouvelles perspectives de recherche.

Dans un premier temps, une présentation des personnes interviewées sera effectuée. Ensuite, une analyse thématique horizontale sera menée, en organisant les résultats par thèmes principaux et sous-thèmes.

1. Présentation des interviewés

Dans un premier temps, le tableau suivant ([Cf. Tableau II](#)) présente les caractéristiques de chaque participant : sexe, âge, expérience professionnelles et localisation géographique des exercices. Les résumés de chaque entretien sont présents en Annexe ([Cf. Annexe 5](#)). Il y a deux tranches d'âges différentes : 30-45 ans et 50-65 ans, elles sont toutes les deux mixtes. Pour ce qui est des expériences, deux des interviewés sur cinq ont des expériences en France en milieu carcéral. Or selon la section française de l'observatoire des prisons il existe très peu de MK exerçant dans ce domaine ce qui engendre une inégalité d'accès aux soins « *les trois quarts ont connu l'impossibilité totale d'accéder à un rendez-vous avec un spécialiste, dentiste en tête, mais aussi kinésithérapeute, psychiatre* ». (Observatoire international des prisons, 2022). Cette orientation professionnelle peut s'expliquer par des similitudes avec le contexte d'urgence humanitaire, comme le souligne Arthur « *les mêmes questions qu'on peut avoir en milieu carcéral* » (L479-480) se posent également sur en contexte de mission humanitaire.

Concernant les régions d'interventions des participants, elles se concentrent majoritairement : en Asie du Sud et dans les Caraïbes, souvent en réponse à des catastrophes naturelles, ainsi qu'au Moyen-Orient, en Afrique de l'Ouest et en Europe de l'Est pour des conflits politiques.

Pour ce qui est du type d'exercice en France, les participants ont majoritairement travaillé en libéral et en salariat. La plupart ont également adapté leur activité en France afin de pouvoir partir en mission humanitaire, notamment en optant pour un statut de remplaçant, que ce soit en libéral ou en salariat. Carole, David et Éric, en plus de leurs pratiques cliniques, ont également exercé des rôles de gestionnaire de projets au sein des ONG.

Tableau II : Caractéristiques des participants

Pseudonyme	Genre	Tranche d'âge	Types d'expériences professionnelles	Localisations géographiques
Arthur	Homme	30-45 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet libéral en tant que : remplaçant, assistant, titulaire - Missions d'urgence - Missions de développement - Milieu carcéral - Dans un service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Région sahélo-saharienne - Caraïbes - Afrique de l'Ouest - Moyen Orient - Europe de l'Ouest
Béatrice	Femme	50-65 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet libéral principalement en tant que remplaçante - Salariat : différents services hospitaliers - Missions d'urgence - Bénévole dans une association 	<ul style="list-style-type: none"> - Asie du Sud - Afrique de l'Ouest - Europe de l'Ouest
Carole	Femme	30-45 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet libéral en tant que : remplaçante et assistante - Salariat : hôpitaux, centre de rééducation - Milieu carcéral - Missions de développement - Missions d'urgence - Bénévole dans une association 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrique de l'Ouest - Europe de l'Est - Afrique de l'Est - Asie du Sud-Est - Europe de l'Ouest
David	Homme	30-45 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Majoritairement en salariat : centre de rééducation - Missions d'urgence - Missions de développement - Bénévole dans une association 	<ul style="list-style-type: none"> - Caraïbes - Europe de l'Est - Moyen Orient - Asie du Sud et du Sud-Est - Europe de l'Ouest
Éric	Homme	50-65 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet libéral - Salariat : Centre spécialisé pour les victimes de torture - Missions d'urgence - Missions de développements - Bénévole dans des associations : une de secourisme et une de maraude. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asie du Sud - Océanie - Caraïbes - Afrique centrale - Europe de l'Ouest

Les formations des participants sont diverses et spécifiques, reflétant leur parcours professionnel riche en expériences de terrain, avec une spécialisation dans des méthodes variées : la méthode McKenzie, le raisonnement clinique, l'entretien motivationnel, l'hypnose,

la méthode Niromathé, les thérapies manuelles, l'énergétique traditionnelle chinoise, ainsi que des parcours en Master en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), en ingénierie de la rééducation, en animation, et un Diplôme Universitaire (DU) en santé humanitaire.

2. Analyse thématique

L'analyse des entretiens a permis de structurer des thèmes et sous-thèmes illustrant la manière dont les MK appréhendent l'incertitude en contexte de mission humanitaire d'urgence. Initialement issus du guide d'entretien, ces catégories ont été enrichies par de nouvelles notions émergentes durant des entretiens. Voici le tableau les répertoriant :

Tableau III : Plan de l'analyse thématique

Thèmes	Sous thèmes
L'urgence	Perception de l'urgence
	De l'urgence au développement
Identification des sources d'incertitudes	Barrière de la langue
	Financement de la mission humanitaire et du projet de soin
	Continuité des soins
Stratégies de prise de décision	
Interprofessionnalité	La prise de décision collective face à l'incertitude
	Dynamique entre les différents professionnels de santé
Développement professionnel et contexte humanitaire	L'apprentissage sur le terrain
	Quelles formations pour préparer les MK à l'humanitaire ?
	Reconnaissance de ses limites et évolution de la posture professionnelle
Gestion des émotions en situation d'urgence et stratégies de régulation	
Cadre réglementaire : entre contraintes et adaptation	Différences entre cadre français et contexte humanitaire
	Sortir du cadre réglementaire en situation d'urgence : où placer la limite ?
Enjeux éthiques	Répartition des ressources
	Continuité des soins
	Respect du patient de son intégrité

2.1.L'urgence

2.1.1 Perceptions de l'urgence

Dans les discours recueillis, l'urgence ne possède pas de définition précise, comme le cadre contextuel l'exprimait, de plus les professionnels expriment qu'elle diffère selon le contexte et la personne qui la qualifie. David, par exemple, l'envisage à travers le prisme de l'humanitaire : « *nous, en humanitaire, on va voir l'urgence souvent via la catastrophe naturelle ou le conflit, c'est-à-dire un déploiement rapide* » (L111-112). Pour Carole : « *L'idée de l'urgence, ça va être de pouvoir répondre à ce changement de situation et aux conséquences* » (L362-364). Elle distingue l'urgence du développement en fonction de la nature des problématiques abordées : « *on essaye de traiter plutôt les conséquences, mais on sait que si on veut traiter la cause, en fait, on n'est plus sur ce qu'on appelle de l'urgence, mais on va être sur ce qu'on appelle, nous, du développement* » (L365-367). Éric, quant à lui, définit l'urgence comme « *pouvoir répondre immédiatement à un besoin* » (L197-198). Toutes ces définitions de l'urgence se complètent et se rejoignent sur le caractère temporel nécessitant une intervention immédiate.

Par ailleurs, selon les MK interrogés la perception de l'urgence semble pouvoir évoluer avec le temps et l'expérience. Béatrice illustre ce phénomène en expliquant que sa définition de l'urgence a changé « *en tous points de vue* » (L745) depuis qu'elle exerce dans l'humanitaire. Son approche est passée d'une logique de rapidité à une posture plus réfléchie, où prendre le temps peut parfois s'avérer plus pertinent.

L'urgence engendre diverses contraintes, mais celles-ci ne sont pas systématiquement perçues comme un obstacle. En effet, Carole explique apprécier l'urgence et l'incertitude car cela la stimule intellectuellement. De même, Arthur explique ne pas toujours subir les contraintes de l'urgence et qu'au contraire il a « *plutôt l'impression qu'on la subit dans le bon sens* » (L554). Il explique que comme il n'a pas de pouvoir d'agir sur les contraintes extérieures alors il ne peut que les accepter et cela simplifie ainsi sa prise de décision.

Ainsi, les entretiens menés illustrent concrètement la diversité des définitions de l'urgence mentionnées précédemment.

2.1.2 De l'urgence au développement

Les MK interviewés s'accordent sur le fait que l'urgence doit être temporaire : « *On n'est pas sûr de l'urgence pendant cinq ans, pendant dix ans, (...) si c'est le cas, en fait, on doit se poser des questions sur le fait de pourquoi on est toujours en urgence et on devrait passer à*

un autre système de gestion » (Carole, L369-371). David et Arthur appuient l'importance d'avoir une collaboration locale dès que possible afin de passer de l'urgence au développement en pérennisant le projet « *il faut s'appuyer sur les structures locales. (...) on pérennise l'action au-delà de l'urgence* » (David, L672-673).

En situation d'urgence, le contexte étant instable, la continuité des actions mises en place n'est pas garantie. Les ressources humaines et matérielles sont limitées, et les financements dépendent de nombreux facteurs, ce qui rend difficile la projection sur le long terme. Face à cette incertitude, l'une des stratégies évoquées permettant d'assurer une continuité et d'éviter une dépendance prolongée à l'aide extérieure est de s'appuyer sur les structures locales comme évoqué par David ci-dessus. En les intégrant dès le début du projet, cela permet un passage progressif de l'urgence au développement.

2.2. Identification des principales sources d'incertitudes

L'incertitude est comme évoqué par tous les MK inhérente à l'exercice de la masso-kinésithérapie. Cette section explore les éléments qui, selon les participants, constituent les principales sources d'incertitude dans le cadre des missions humanitaires.

2.2.1. Barrière de la langue

La barrière de la langue est une source d'incertitude qui complique la compréhension mutuelle et donc le recueil du consentement : « *la barrière de la langue, pour moi, c'est une incertitude* » (Arthur, L106-107) « *Est-ce que les consentements sont recueillis ? Est-ce que le patient a bien compris ce qui se passe ?* » (David, L365-366). L'absence de compréhension d'une information clinique essentielle notamment en cas de contre-indication peut avoir de graves conséquences : « *on peut passer à côté de quelque chose de sérieux* » (Béatrice, L238-239).

Arthur évoque qu'une tierce personne peut être présente dans la pièce afin d'aider à la communication or cela soulève de nouvelles questions : le consentement sera plus éclairé, mais sera-t-il toujours libre ? : « *si on prend juste la barrière de la langue, quand on dit qu'un consentement est libre, c'est compliqué quand il y a un traducteur* » (L445-447). Ce constat souligne qu'il n'existe pas une solution idéale, mais qu'une adaptation au cas par cas est nécessaire pour garantir à la fois la sécurité du patient et le respect de son consentement.

2.2.2. Financement de la mission humanitaire et du projet de soin

Le financement est une autre source d'incertitude, à la fois en raison de la provenance des fonds que de leur répartition. Comme l'évoque Carole « *Peut-être qu'après, on aura de l'argent, mais on n'en sait rien* » (L628-629) ; elle l'illustre ensuite par un exemple : « *l'aide internationale qui moi sur le projet m'a pas impactée de manière directe parce que j'avais un financement qui arrivait par eux, mais à l'échéance donc voilà c'était pas un arrêt direct* » (L191-193). Ici le projet ne s'est pas arrêté directement car ils possèdent différents moyens de le subventionner, or ceci pose tout de même des incertitudes plus larges : « *Par contre pour l'ONG c'est une réflexion globale sur... si on n'a plus l'argent des États-Unis pour (Pays d'Europe de l'Est) c'est pas juste des projets qui s'arrêtent c'est qu'en fait on a une structure autour qui fait que les projets peuvent se mettre en place* » (L193-196). Tout comme l'exemple donné par David : « *Alors, les coûts financiers, effectivement, ça, c'est une problématique qu'on a, qu'on a partout, qu'on va avoir de plus en plus avec l'actualité qu'on a. La chance qu'on a, nous, (Nom de l'ONG), c'est que c'est de la donation privée. Donc, on n'est pas directement impacté. C'est-à-dire qu'on n'a pas de sous d'État. On n'a pas d'État qui nous donne des sous pour faire ce qu'on fait. Mais par contre, on va forcément être impacté indirectement* » (L613-619).

Ces témoignages montrent que l'incertitude budgétaire ne se limite pas à l'existence ou non d'un financement : elle résulte aussi des répercussions des choix politiques et économiques des pays ou des organisations impliqués dans ces financements. Il semble donc judicieux de s'appuyer sur diverses sources de financement afin d'appréhender au mieux ces incertitudes budgétaires.

Pour ce qui est de la répartition du budget c'est également source d'incertitude surtout quand il est question de priorisation : « *Les dilemmes éthiques, c'est ça. C'est quand tu priorises des patients. C'est ce qu'il y a de plus difficile* » (David, L431-432). Cela rejoint des questions éthiques qui seront abordées dans la partie correspondante.

2.2.3. Continuité des soins

Une des sources d'incertitudes les plus récurrentes dans les entretiens concerne la continuité des soins « *je suis toujours dans l'incertitude sur ce qui va se tramer pour la suite* » (Carole, L205-206), « *Mais du coup, l'autre aspect qui est compliqué, je dirais, sur l'urgence, c'est le suivi* » (David, L214-215). Le manque de suivi peut représenter une réelle difficulté « *ce n'est pas facile de penser à l'après* » (Éric, L128).

Ce contexte impose une adaptation de la pratique en masso-kinésithérapie, que ce soit sur les choix de thérapeutiques : « *Est-ce que la prise en charge de la douleur est bonne ?* »

demande David (L382), ou la continuité des soins. Éric s'interroge aussi sur la continuité des soins : « *ça me pose vraiment un problème moral de pouvoir proposer une opération à ces gens-là, en sachant toi-même qu'après, peut-être que ça va être pire* » (L304-306). Ces questionnements seront développés dans la section « *Enjeux éthiques* ».

Parallèlement, la fatigue constitue également une source d'incertitude dans les prises en soins. En effet, « *On a des incertitudes sur ce qui a pu être fait. Parce qu'eux aussi sont confrontés à ça parce qu'ils voient énormément de patients, parce qu'il y a la fatigue, parce qu'il y a plein de choses* » (David, L319-321). David aborde dans ce passage l'incertitude liée aux erreurs de diagnostic dans des situations stressantes.

Identifier les différentes sources d'incertitude apparaît comme une première étape nécessaire afin de pouvoir les appréhender par la suite. Comme l'exprime David : « *Tu as plein de choses comme ça culturelles, sociétales, environnementales, financières, à prendre en compte* » (L648-649).

2.3.Stratégies de prise de décision

Une fois les sources d'incertitudes identifiés, des stratégies de prises de décision peuvent être adoptées. L'incertitude, n'est pas nécessairement un frein à l'action, comme le souligne Carole : « *Ce n'est pas pour autant, voilà, que l'incertitude empêche d'avancer. C'est juste que c'est à prendre en compte et c'est à peser* » (L312-314). Cette section explore les stratégies mises en place pour concilier incertitude et action.

Le contexte d'une mission humanitaire induit une prise de décision différente de celle prise en cabinet libéral. Comme l'évoque Arthur : « *En raisonnement clinique, au cabinet, c'est assez simple de se dire : hypothèse une, deux, trois, laquelle je valide, laquelle j'enlève. Et bien là, toujours de se dire : bon, voilà, est-ce que mon soin, il est pertinent ? Est-ce que ça coûte ? Est-ce que je crée plus de problèmes que d'amener des choses, l'ingérence, le fait d'être blanc, et tout ça. Voilà, c'est beaucoup, beaucoup de questionnements. Au global, c'est beaucoup de situations complexes, très multifactorielles, et c'est dur d'agir* » (L99-104).

Lorsque la prise de décision comporte plus facteurs à prendre comptes quelles sont les stratégies à adopter ? L'analyse des discours des participants a permis d'identifier trois grandes approches décisionnelles. Toutefois, il convient de noter que ces stratégies ne sont pas figées et que les praticiens expriment changer leurs approches selon le contexte.

La première stratégie identifiée est la **prise de décision à l'aide d'un cadre prédéfini**. En effet, certains professionnels s'appuient sur des protocoles et des référentiels pour réduire

l'incertitude. Comme le décrit Arthur : « *Je me suis dit qu'il y avait moins d'incertitude sur ça, parce qu'il y a un espèce d'algorithme, d'arbre décisionnel, sauf une situation d'urgence* » (L74-76). S'appuyer sur des modèles proposant des directives claires réduit le champ des possibles et par conséquent l'incertitude. De plus, si ces références proviennent de la littérature scientifique ou de l'ONG pour laquelle le MK travaille, elles peuvent constituer une forme d'argument d'autorité, offrant un cadre rassurant et structuré. Cependant, il convient de différencier la théorie de la réalité du terrain. Comme le témoigne Arthur dans la citation précédente, les protocoles ne correspondent pas toujours à la réalité du terrain notamment en cas d'urgence immédiate. Selon les contextes, ces stratégies peuvent être trop restrictives pour être employées, nécessitant, ainsi, d'autres approches.

La deuxième stratégie identifiée est la **prise de décision « instinctive »**. Alors que la stratégie précédente vise à s'appuyer sur des ressources externes, cette méthode vise plutôt à mobiliser des ressources internes. Certains praticiens préfèrent s'appuyer sur leur ressenti et l'observation du patient pour guider leurs choix. Béatrice apprécie cette stratégie : « *Moi, j'avoue que c'est plus à l'instinct. J'y allais doucement, j'attendais de voir le ressenti de la personne* » (L291-292). Cette approche permet d'intégrer les expertises acquises par l'expérience du terrain et d'intégrer des dimensions subjectives. Comme évoqué dans le cadre théorique, une décision instinctive, mobilisant le « *système I* » permet de prendre une prise de décision rapide, économe en attention et nourrie d'analogies avec des expériences antérieures. Toutefois, elle présente des limites : les biais cognitifs et l'excès de confiance peuvent orienter les décisions de manière inefficace (Canet, 2011).

La troisième stratégie identifiée est la **prise de décision fondée sur des données cliniques et factuelles**. Cette approche utilise le modèle de l'EBP qui repose sur l'intégration de données issues de la littérature scientifique, de l'expérience du praticien et des spécificités du patient. Arthur illustre cette approche en expliquant : « *c'est comme dans le raisonnement clinique, on essaye de prendre des marqueurs et comment y répondre* » (L131-133). Cette démarche permet d'objectiver la prise de décision et d'éviter de s'appuyer uniquement sur l'instinct ou des cadres qui ne correspondent pas toujours aux réalités du terrain. Cependant, cette stratégie doit être ajustée pour répondre aux enjeux de l'urgence. Plutôt que d'explorer toutes les pistes possibles, il faut prioriser les éléments essentiels pour agir rapidement. David insiste sur cette nécessité : « *on va clairement à l'essentiel. Donc, en fait, tu réduis le raisonnement clinique au plus simple, si tu veux, mais on essaie quand même de garder un standard de qualité minimale, quand même, avec tous nos patients. C'est-à-dire qu'on essaie d'avoir un bilan pour chaque patient, on essaie quand même d'avoir une fréquence de soins qui*

soit en adéquation avec le besoin du patient. Mais après, oui, on va forcément à l'essentiel » (L251-256). Cependant, cette approche présente aussi des risques, notamment celui d'une fermeture prématurée des hypothèses, comme l'explique Carole : *« Je ne pense pas que tu retrouves l'effet entonnoir parce que du coup, si tu retrouves l'effet entonnoir, ça me fait penser sur le raisonnement clinique à la fermeture prématurée d'hypothèse. Et du coup, le risque, si tu fais l'effet entonnoir, c'est que tu pars peut-être tête bêche dans une direction, mais tu en as peut être oublié d'autres. Et je pense que sur l'urgence, notamment, c'est primordial d'en avoir en tête plusieurs, enfin d'avoir toutes les hypothèses » (L440-445).* Cette méthode a l'avantage d'intégrer plusieurs dimensions, ce qui en fait une approche structurée et adaptable. Toutefois, elle a un coût cognitif important. Comme évoqué dans le cadre théorique, le « système 2 », qui mobilise une réflexion plus lente et analytique, est difficile à activer en situation d'urgence, où les ressources sont limitées (Kahneman, 2011). Bien que cette stratégie apparaisse comme la plus intéressante de par son analyse plus précise de la situation, son coût cognitif élevé limite son application dans les situations d'urgence immédiate.

Jusqu'ici, nous avons exploré les stratégies décisionnelles individuelles mobilisées en situation d'incertitude. Toutefois, tous les MK interrogés soulignent que lorsque cela est possible la prise de décision collective est à privilégier : *« Tu ne peux pas prendre une décision seul. C'est un moyen d'être ouvert. A moins vraiment d'être seul et qu'il n'y ait personne » (Éric, L419-421).* Cette dimension collaborative s'inscrit notamment dans le cadre du travail interprofessionnel, qui sera abordé dans la partie suivante.

2.4. Interprofessionnalité

2.4.1. La prise de décision collective face à l'incertitude

« L'incertitude, elle se partage » (Éric, L419). Tous s'accordent sur l'idée que, lorsque c'est possible, s'appuyer sur une équipe pour une prise de décision collective est la solution la plus adaptée.

Arthur souligne que solliciter d'autres ressources ne traduit pas un manque de connaissances. Il évoque l'importance d'échanger avec les professionnels qui nous entourent : *« il faut accepter que ce soit complexe, ça ne veut pas dire qu'on ne sait rien, mais d'être aussi à l'aise avec ça, pour ne pas être en surinvestissement mais finalement pour un patient au cabinet de groupe ou en centre de rééducation qui est compliqué, il y a des réunions de concertation pluridisciplinaire, on en parle à plusieurs, tout le monde se met autour de la table, entre le direct, l'assistante sociale, le psy, le médecin, donc je pense que c'est plutôt ça, un peu*

dans les extrêmes, dans l'intensité, parce qu'il y a de la souffrance, parce qu'il y a une incertitude, parce qu'il y a des budgets, parce qu'il y a tout ça, et je pense qu'il faut être bien accompagné, bien préparé, mais je ne sais pas si ce sera ça une bonne prise de décision, mais tendre vers ça, et peut-être que c'est plus dur s'il n'y a pas ça » (L513-522). David, lui, met en avant l'importance de s'appuyer sur les compétences locales : « On a des équipes locales qui sont magnifiques, qui sont très très bonnes, qui sont compétentes, qu'il faut accompagner et qui ont à cœur le patient et qui font de l'excellent travail. Il faut vraiment s'appuyer sur les compétences locales et vraiment être très très humble par rapport à ça » (L480-484).

Toutefois, comme le rappelle Éric : « Des personnes préfèrent travailler seules qu'en équipe » (L315-316) ce qui peut les priver des bénéfices d'un travail collaboratif.

Ainsi, une décision prise collectivement permet de croiser différentes expertises réduisant ainsi l'incertitude et facilitant la prise de décision. Bien que cette approche ne soit pas toujours réalisable, elle paraît être une façon efficace d'appréhender l'incertitude. Certaines ONG la mettent au cœur de leur organisation comme l'ONG pour laquelle travail Béatrice et Éric : « Oui, vraiment, on prend des décisions à plusieurs » (Béatrice, L723-724). Ils expliquent que les patients sont vus en équipe pluridisciplinaire et que les décisions sont prises collégialement.

2.4.2. Dynamique entre les différents professionnels de santé

Les dynamiques entre les professionnels de santé oscillent entre collaboration horizontale et rapports hiérarchiques. Les témoignages recueillis illustrent la coexistence de ces dynamiques.

Béatrice, notamment, exprime une perception d'asymétrie professionnelle face aux médecins en centre de rééducation en France. Cependant, elle décrit une expérience différente en mission humanitaire : « Il n'y a absolument pas de relation de hiérarchie, ce qui est très agréable par rapport au centre, où parfois, tu sens clairement que le médecin est le médecin et toi, t'es que petite kiné. Là, pas du tout » (L717-719). Cependant, on remarque chez Béatrice une posture qui laisse entrevoir une certaine hiérarchisation intériorisée des rôles au sein de l'équipe soignante, dans laquelle le médecin semble encore occuper une place centrale en tant que figure d'expertise : « Bon, ça m'est arrivé pleins de fois, mais j'avoue que comme j'étais avec des médecins, je me disais, bon, je ne suis que petite kiné, donc... Bon, ce n'est pas péjoratif, mais... Je demande des médecins conseils » (L176-178).

Cette oscillation peut s'expliquer par l'environnement de travail. En effet, en mission humanitaire, l'incertitude peut induire une redistribution des responsabilités, mais aussi le

besoin de s'appuyer sur des cadres préexistants. Cette dynamique rejoint la théorie des zones de pouvoir de Crozier (1977) : l'incertitude répartit les responsabilités et favorise un partage du pouvoir au sein des équipes.

2.5. Développement professionnel et contexte humanitaire

Si les interactions professionnelles influencent la manière dont l'incertitude est appréhendée, elles contribuent également à la construction des compétences. Nous observons dans les entretiens que le développement professionnel s'acquiert de différentes manières : la formation initiale et continue ou encore les expériences professionnelles de terrain.

2.5.1. L'apprentissage sur le terrain

Lors des entretiens, les participants ont souligné l'importance du terrain dans leur développement professionnel : « *il ne faut pas négliger l'expérience* » (David, L575). Il explique que son expérience, ses actions de bénévoles en contexte d'humanitaire et de SI lui ont permis de développer des compétences lui permettant de rentrer dans l'humanitaire par sa « *propre expérience* » (L602).

Carole illustre l'importance de l'expérience du terrain en partageant une situation où elle a dû prendre une décision en urgence afin d'assurer la sécurité d'une équipe en déplacement. Grâce à sa connaissance du terrain, elle a su réagir spontanément : « *cet automatisme de décision ou cette connaissance des éléments a été aidée par le fait que j'étais là depuis un certain temps je sais très bien que j'aurais pas... j'aurais peut-être pris la même décision mais pas avec la même rapidité et pas avec la même élaboration* » (L156-159).

Éric transmet également une expérience marquante en mission humanitaire où son expérience en centre spécialisé en psychotraumatismes lui a permis d'appréhender une situation particulière : « *Alors j'ai expliqué à son père, (...) qu'il n'était pas fou, que c'était à cause du traumatisme qu'il a subi par rapport au tsunami* » (L74-76). Grâce à son expertise, il a su repérer les signes laissant penser à un syndrome post-traumatique et a adapté la prise en soin du patient. Cette approche a permis d'apporter au patient et à sa famille des éléments d'explication permettant ainsi de réduire l'incertitude sur l'origine de sa symptomatologie.

La connaissance d'un environnement et ses contraintes favorise des prises de décisions plus rapides et adaptées. Ainsi, l'expérience du terrain aide à mieux appréhender l'incertitude en permettant le développement d'automatismes et d'une meilleure réactivité face aux situations complexes.

2.5.2. Quelles formations pour préparer les MK à l'humanitaire ?

Les participants s'accordent sur le fait que leur formation initiale de MK ne les prépare pas à l'exercice en contexte de mission humanitaire d'urgence. Cette observation est partagée indépendamment de l'établissement ou de l'année de formation. Toutefois, ils ne jugent pas nécessaire d'intégrer des cours spécifiques dédiés à l'humanitaire dans le cursus initial. En revanche, ils estiment qu'une sensibilisation à ces thématiques serait pertinente : « *Ce n'est peut-être pas forcément la vocation de la formation initiale de former des kinés à de la gestion de projet en situation de crise, en situation humanitaire, je pense pas que c'est la vocation. Par contre, ce qui serait bien, je pense que c'est amener plus de sensibilisation* » (David, L557-560).

Concernant la formation continue, Arthur insiste sur l'importance de la connaissance de soi et recommande, pour ce faire, les formations en entretien motivationnel qu'il a trouvées particulièrement pertinentes. Il souligne également l'intérêt des formations en raisonnement clinique et l'importance d'un entraînement régulier pour développer des automatismes et donc gagner en efficacité lors des prises de décisions : « *bien s'entraîner à entraîner son système théorique et de se préparer pour aider à développer l'intuitif sur le moment* » (L907-908).

Béatrice met en avant l'ouverture à d'autres pratiques, notamment l'hypnose, qu'elle considère comme ayant profondément transformé sa pratique professionnelle : « *L'hypnose m'a énormément aidée. Énormément. Franchement, en tout point de vue* » (L621-622).

David, quant à lui, insiste sur l'importance de l'expertise de terrain et encourage la spécialisation dans un domaine précis, car les besoins en mission humanitaire requièrent des compétences spécifiques : « *ce qui manque sur les terrains, c'est l'expertise* » (L577-578).

Enfin, Éric a réalisé DU en santé humanitaire. Cependant, il souligne que l'expérience de terrain a aussi été formatrice : « *c'est super mais en ayant de l'expérience, un peu, c'est pas mal aussi* » (L370-371). Il évoque également l'intérêt d'une formation en psycho traumatologie, particulièrement adaptée aux contextes humanitaires impliquant des victimes de torture ou de catastrophes naturelles.

2.5.3. Reconnaissance de ses limites et évolution de la posture professionnelle

« *En humanitaire, il faut toujours connaître ses limites* » (Béatrice, L279-280). Cette idée est partagée par l'ensemble des MK interrogés. Arthur illustre ce principe à travers son expérience lors d'un attentat durant une mission au Moyen Orient : « *Moi, personnellement, je me suis dit que j'avais pas envie d'être là, et que même si on le sait sur le papier, que on nous a dit qu'il n'y avait pas de risques, mais qu'il y en a un peu, et on le sait au fond de nous, mais*

tant que c'est pas incarné, tant que c'est pas vécu, je me suis dit que j'avais pas envie d'être là, ou plus jamais vivre ça » (L195-199). Cette prise de conscience lui a permis de mieux se construire professionnellement et d'affirmer ses choix : *« le fait de se confronter à quelque chose, on ne le sait pas à l'avance. On peut se réorienter en disant, ça, je veux, ça, je ne veux pas » (L333-335).*

Pour David : *« l'aveu de défaut de compétence n'est pas un problème. Il faut vraiment, au contraire, en avoir conscience et essayer de voir comment on peut s'améliorer par rapport à ça » (L484-486).* Il met également en garde contre l'excès de confiance : *« Quand tu commences à avoir des gens qui disent "Ah, moi je sais faire, je sais tout faire", je pense que c'est le moment où il faut faire attention à ces personnes-là » (L504-506).*

Enfin, reconnaître ses limites peut également être une opportunité d'apprentissage. Béatrice évoque que reconnaître ses limites offre l'opportunité d'être formés par ses collègues bénéficiant ainsi de leur expertise : *« on apprend plein de choses. On est avec des gens toujours plus compétents que soi » (L189-190).* En somme, la connaissance de ses limites est essentielle, tant pour la sécurité des patients que pour son développement professionnel.

Pour conclure, il ressort des entretiens que le développement de compétences et de connaissances dans leurs globalités ont permis aux MK interviewés d'accroître leur capacité d'analyse et d'adaptation qui se révèle être un véritable avantage en situation d'incertitude. En effet, face à des contextes instables, disposer de compétences variées leur permet de prendre des décisions plus éclairées et ainsi d'appréhender au mieux l'incertitude lors d'une prise de décision.

2.6. Gestion des émotions en situation d'urgence et stratégies de régulation

L'incertitude, inhérente à l'exercice de la masso-kinésithérapie, génère en contexte d'urgence une multitude d'émotions pouvant être difficiles à appréhender : *« Il y a plein d'émotions, ça, c'est certain, qui ne sont pas toujours faciles à gérer » (Carole, L261-262).* Face à des situations marquées par diverses émotions comme la tristesse, la frustration ou la colère, la capacité à les réguler apparaît essentielle pour éviter qu'elles ne deviennent un frein à la prise de décision. Une gestion adaptée des émotions peut ainsi constituer un levier permettant aux MK d'agir avec leur sensibilité, comme l'évoque Béatrice : *« on est dans l'humain » (L70).*

Les stratégies de gestion émotionnelle varient selon les individus et les situations. Arthur, par exemple, évoque l'importance du soutien collectif. Après une situation de crise particulièrement éprouvante lors d'un attentat, il a participé à une session de régulation

émotionnelle en groupe organisée par l'ONG appelé « *diffusing* » (L216), ce qui lui a permis d'exprimer son ressenti et de mieux comprendre les réactions de ses collègues : « *tu comprends mieux les réactions des uns et des autres, parce qu'on est tous différents. On a tous vécu les choses différemment. Les blessés, les non-blessés, ceux qui ont eu peur, ceux qui n'ont pas eu peur, ceux qui ont pris le lead* » (L236-239). Il explique que lui durant cette situation de crise il n'avait plus « *envie d'être là, ou plus jamais vivre ça* » (L198-199).

À l'inverse, Carole privilégie dans un premier temps, une approche plus individuelle, différant la gestion de ses émotions à un moment où elle se retrouvera seule : « *Ma stratégie, c'est quand je suis au taf, je suis un peu dans la bulle. Je suis au taf. Et du coup, c'est pas que je ne prends pas en compte mes émotions, mais en tout cas, je ne vais pas les laisser interférer ou me paralyser* » (L262-265) ; « *La gestion de mes émotions, elles vont plutôt être quand je vais sortir du taf ou là, je vais avoir un relâchement et je vais plutôt les gérer de manière individuelle en étant sortie du taf.* » (L267-269). Toutefois, elle reconnaît les limites de cette stratégie et l'importance d'une prise de recul : « *Je sais aussi reconnaître que s'il y a des choses où je suis trop impactée ou je suis trop impliquée et que je dois prendre une décision, je ne suis pas certaine que je vais prendre la meilleure de mes décisions à ce moment-là. Et du coup, je préfère en discuter ou en référer à quelqu'un d'autre* » (L280-283).

Ainsi, la gestion des émotions ne semble pas viser pas à les neutraliser, mais à trouver un équilibre permettant de préserver une prise de décision rationnelle tout en conservant une posture humaine et adaptée aux réalités du terrain. Comme le souligne Carole : « *On ne peut pas dire qu'on n'est pas humain et que du coup, nos décisions sont prises sans émotions (...) c'est de savoir dans quelle mesure, enfin, comment est-ce qu'on trouve l'équilibre entre la gestion de nos émotions et la prise de décision pour que ça reste rationnel et qu'on ne soit pas dans l'irrationalité* » (L271-275).

2.7.Cadre réglementaire : entre contraintes et adaptation

2.7.1. Différences entre cadre français et contexte humanitaire

L'exercice de la masso-kinésithérapie en mission humanitaire d'urgence diffère de la pratique en France, déjà par la différence des cadres réglementaires qui s'appliquent.

Il existe une base commune que tout MK conventionné se doit de suivre : les règles en lien avec le conseil de l'ONMK, les lois du pays d'exercice ainsi que le droit international. Les interventions humanitaires s'inscrivent dans des environnements où tous ces référentiels ne sont pas toujours transposables. David illustre bien cette adaptation nécessaire : « *Non, tu ne peux pas tout à fait appliquer le cadre réglementaire français, par exemple sur le terrain*

humanitaire, on est confronté à d'autres choses. On se retrouve à faire des actes qui sont complètement en dehors de ce que nous, on a l'habitude de faire » (L395-398). Le cadre réglementaire n'étant pas toujours adapté au contexte et à la rééducation dans certains pays d'intervention conduit les ONG à structurer leur propre cadre pour encadrer la pratique des soignants. Comme l'explique David : *« Comme souvent, le cadre réglementaire n'est pas souvent existant en termes de rééducation dans les pays dans lesquels on intervient. Du coup, on se réfère un peu à notre bon sens et au cadre réglementaire médical pour pallier ça. Après, la chance qu'on a avec (Nom de l'ONG), c'est quand même une grosse structure. On a quand même un gros déploiement de moyens et on arrive quand même à avoir du staff et à pouvoir respecter tout ça et ne pas sortir du cadre éthique. C'est définitivement une ligne rouge. (L418-424).*

En complément de ce règlement intérieur lié à la rééducation, un cadre pour leur sécurité est également appliqué. Carole et Arthur ont aussi abordé les directives de leurs ONG qui encadrent aussi bien l'exercice professionnel que la vie quotidienne sur le terrain :

- *« On a des consignes sécuritaires qu'on doit suivre au quotidien, les internationaux, on a des contrats spécifiques donc on doit suivre ces consignes 24h/24 7j/7 » (Carole, L72-73).*
- *« Il y a un cadre par le contrat, par la fiche de poste. Les fiches de poste sont très précises » (Arthur, L782-783).*

Ces cadres définis permettent de réduire l'incertitude en mission, tant en ce qui concerne les consignes sécuritaires que sur la réglementation générale de la pratique clinique.

2.7.2. Sortir du cadre réglementaire en situation d'urgence : où placer la limite ?

Les MK en mission humanitaire sont encadrés par des consignes sécuritaires émises par les ONG, destinées à garantir leur protection et celle des populations locales. Toutefois, dans certaines situations de terrain ces consignes peuvent ne plus répondre à leur objectif premier. C'est ce que raconte Arthur dans une mission où ils ont subi un attentat, il a choisi de ne pas suivre les directives afin d'assurer sa sécurité ainsi celle du groupe qui l'accompagnait. Cette décision de sortir du cadre s'est imposée dans un contexte où les consignes de sécurité n'était plus adaptée à la situation. Éric témoigne également d'une situation similaire. Sollicité pour effectuer des visites auprès de patients amputés dans un village, il prend la décision de ne pas s'y rendre après avoir perçu des signaux menaçants. L'environnement lui paraissant instable, il interroge son chauffeur qui lui révèle que le village était occupé par des rebelles. Préférant garantir la sécurité de l'équipe, il choisit de reporter la consultation dans un autre lieu. Ici encore, l'écart par rapport aux consignes établies s'explique par une évaluation contextuelle du danger immédiat.

Ces témoignages illustrent comment, face à l'incertitude et à la complexité des situations humanitaires, les MK peuvent être amenés à réévaluer les priorités, la sécurité immédiate prévalant sur le respect strict des procédures.

L'incertitude ne concerne pas uniquement la sécurité, mais aussi la pertinence des soins prodigués. Ils ont été plusieurs à nous partager des situations où ils se sont questionnés sur la pertinence du soin en contexte humanitaire mais ils nous ont aussi expliqué que ce sont des questionnements qu'ils retrouvent aussi en France. Par exemple, Carole partage une situation en hôpital en France où elle a refusé de réaliser une séance de kinésithérapie respiratoire sur un patient en fin de vie. Bien que la prescription médicale ait été faite, elle estime que le soin, douloureux, représentait une forme d'acharnement thérapeutique. Cette décision repose sur son évaluation de la situation, où le respect de la dignité du patient primait sur le protocole.

Dans d'autres cas, cette prise de distance avec le cadre se manifeste plus discrètement, comme le montre l'exemple de Béatrice utilisant l'hypnose sans toujours l'expliquer aux patients âgés. Elle explique éviter le terme pour ne pas induire de peur, estimant que son intention est bienveillante. Elle admet : *« je sais que je suis hors-la-loi »* (L651-652), mais le fait d'agir dans l'intérêt du patient justifie selon elle cet écart.

Face à ces zones d'incertitude, la question de la légitimité à sortir du cadre se pose. David rapporte avoir déjà dépassé les limites de son champ de compétences, notamment en l'absence d'autres professionnels qualifiés : *« ça m'est arrivé d'empiéter un peu sur le champ d'action des infirmiers parce qu'il n'y avait pas le staff »* (L411-413). Il précise néanmoins : *« Par contre, toute décision médicale, on se refuse à les prendre. On appelle, on donne des avis, mais on n'empiète pas là-dessus. (...) La ligne est souvent fine. On se retrouve souvent dans des situations où tu es tout seul et tu te dis qu'il y a autre chose, et comment on fait. Donc oui, on sort un peu du cadre réglementaire, mais après, ça tombe dans la boîte du bon sens et de l'éthique »* (L413-418). Pour lui, les limites du cadre réglementaire sont fines et pas tout le temps très bien définies. Toutefois, il insiste sur l'importance de ne pas franchir les limites imposées par l'éthique, et ce peu importe la situation.

Ces exemples montrent que les MK, dans des contextes parfois flous et complexes, s'autorisent à sortir du cadre réglementaire pour des raisons sécuritaires ou quand ils considèrent que cela sert au mieux le patient. Toutefois, sortir du cadre ne semble jamais anodin, cette décision nécessite d'interroger les limites et les risques qu'elle implique.

2.8. Enjeux éthiques

2.8.1. Répartition des ressources

La question de la répartition des ressources est apparue comme un enjeu central dans l'ensemble des entretiens. Confrontés à des moyens limités, les professionnels doivent en permanence ajuster leurs choix pour répondre à un maximum de besoins, au risque de faire face à des dilemmes éthiques. David illustre bien cette tension : « *Les dilemmes éthiques, c'est ça. C'est quand tu priorises des patients. C'est ce qu'il y a de plus difficile. (...) On dépiste l'ensemble des patients. On essaie de voir lesquels ont le plus besoin. (...) On aimerait avoir plus de temps. (...) Une des grosses difficultés, c'est que tu vas les revoir avec des complications après* » (L431-437). Cette logique de priorisation contraint les soignants à se focaliser sur ce qui est jugé comme essentiel, souvent au détriment d'un accompagnement plus global ou préventif. Arthur donne un exemple concret à travers la distribution de matériel : « *Est-ce qu'ils vont me donner un fauteuil à un prix égal que 10 000 paires de béquilles ?* » (L613-614). Il rejoint la logique de priorisation avec une logique d'optimisation : « *Des fois, je me suis dit un peu comme si on se disait en France avec un euro d'argent public, comment aider le maximum de gens* » (L614-616).

Au-delà de la gestion des stocks ou de l'équipement, la question de l'équité dans l'accès aux soins se confronte parfois à des logiques sociales complexes. Arthur relate un cas où un chef armé bénéficie d'un traitement privilégié, soulignant que : « *C'était un VIP. Il fallait le voir dans le but, c'était un peu un ticket d'entrée pour continuer à avoir d'autres gens dans le service* » (L638-640). Ce témoignage met en lumière une notion qui a émergé à travers ses expériences, celle des « *bénéficiaires secondaires* » (L648). Cette notion reflète les impacts indirects des choix décisionnels. Arthur l'illustre ainsi : « *Je ne dis pas qu'il y a eu des choix éthiques de dire qu'on souhaite plutôt celui qui va nourrir sa famille que quelqu'un de seul, mais d'avoir conscience qu'en plus-value de soins, dans la prise de décision, à haut coût de budget quand tu aides une personne, est-ce que tu aides plus de personnes ?* » (L651-655). Ici, nous comprenons que, dans le cadre de la prise de décision, les bénéficiaires primaires restent essentiels, mais les bénéficiaires secondaires doivent également être pris en compte, notamment lorsqu'il s'agit de prioriser les soins.

Ainsi, cette approche introduit une manière d'appréhender l'incertitude en cas de dilemme. Dans ces situations, la décision de soin pourrait ne pas seulement se baser sur le bénéficiaire immédiat, mais aussi sur l'impact de l'aide sur un ensemble plus large, affectant des personnes indirectement liées à la situation.

2.8.2. La continuité des soins

Un autre enjeu éthique soulevé concerne l'impossibilité d'assurer la continuité des soins suffisante, et ce, dans différentes missions. Carole exprime la difficulté pour les équipes d'accepter cette limitation : « *on sait qu'éthiquement certaines personnes qui ont besoin de plus et qui auraient besoin de plus fin c'est indéniable mais du coup c'est quand est-ce qu'on dit stop et ça ce n'est pas simple, ce n'est pas simple pour les équipes parce que du coup ils ont envie de continuer, voilà. Et en même temps, ce n'est pas dans notre cadre et on n'a pas cette capacité-là* » (L538-543). Pour David, les conséquences de ce manque de suivi peuvent être lourdes, notamment dans des prises en charge complexes comme les brûlures : « *Tu fais ce que tu peux pour qu'il n'y ait pas de mise en place de rétraction. (...) Tu sais que tu ne vas pas les revoir pendant trois mois (...) Si je commence à faire de l'appareillage et que les patients ne vont pas le mettre, (...) ils vont juste s'empirer* » (L441-448). Éric, quant à lui, exprime une gêne face à cette incertitude de la continuité de certains traitements, estimant qu'il vaudrait mieux dans certain cas ne pas les initier : « *Ça me perturbe toujours de savoir qu'on va lâcher ces gens dans la nature et dans le temps. (...) Moi, ça me pose un problème, j'en suis même à penser qu'il faudrait plus les faire (...) Ça me pose vraiment un problème moral de pouvoir proposer une opération à ces gens-là, en sachant toi-même qu'après, peut-être que ça va être pire* » (L295-301).

Cependant, des stratégies peuvent être mises en place pour appréhender l'incertitude liée à la continuité des soins, permettant ainsi de prendre en charge les patients lorsque cela est indiqué. Comme l'explique Carole, elle se concentre davantage sur les besoins primaires privilégiant ainsi une approche fonctionnelle : « *cette adaptation, pour moi, a été, je pense, la plus grande révélation* » (L611-612).

2.8.3. Respect du patient de son intégrité

Le respect de la dignité du patient constitue un prérequis fondamental dans toute prise en soin. Cette exigence, bien qu'elle puisse sembler évidente, a été source de dilemme pour les participants à mon enquête, notamment à travers les difficultés concrètes rencontrées sur le terrain. Par exemple, la question du recueil du consentement s'est révélée plus compliquée sur le terrain et notamment à travers la barrière de la langue et la présence de traducteur « *si on prend juste la barrière de la langue, quand on dit qu'un consentement est libre, c'est compliqué* »

quand il y a un traducteur » (Arthur, L445-447) ou encore la difficulté de faire avec les croyances. Béatrice fait le choix de ne pas toujours recueillir explicitement le consentement de la personne âgée avant les séances d’hypnose, estimant que cette approche peut être bénéfique pour le patient afin qu’il ne soit pas effrayé par le terme « d’hypnose ».

Le respect de l’intimité corporelle et psychique du patient est également souligné par Éric qui du fait de son expérience en centre pour personne ayant subi des actes de tortures, insiste sur l’importance de : *« respecter la pudeur de la personne. (...) Penser au rapport au geste qu’on a, sur la personne, sur le genre de traumatisme qu’elle a subi » (L256-259).*

D’autres témoignages soulèvent des dérives, lorsque le cadre humanitaire est perçu comme un espace d’expérimentation ou de contournement du droit, où certains professionnels réaliseraient des actes qu’ils ne se permettraient pas en France : *« il y a des gens qui pensent que le milieu humanitaire, c’est un lieu d’expérience, ou pour essayer les choses qu’ils ne peuvent pas essayer en France. Mais ça, ça arrive. On a même eu des médecins qui étaient... Qui étaient radié de l’ordre des médecins et qui exerçait quand même. Maintenant ils vérifient avant si les médecins ne sont pas radiés de l’ordre » (Éric, L308-312).* Béatrice, souligne également *« qu’il ne faut pas prendre les gens pour des champs d’expérimentation » (Béatrice, L260-261).* Face aux dérives, Arthur questionne le positionnement à adopter : *« comme si c’était mon collègue au cabinet qui faisait n’importe quoi, de quelle manière je dis que ça dépasse des limites ? Donc là, il pourrait y avoir un peu d’éthique aussi de pourquoi faire le soin, comment, et est-ce que la personne en face est respectée ? » (L696-699).*

Ces témoignages rappellent que, même en contexte d’urgence ou d’incertitude, l’éthique³ ne peut être reléguée au second plan. Le soin ne peut être un prétexte à l’expérimentation. Il est essentiel de maintenir une démarche centrée sur la personne, guidée par le respect de ses souhaits et de sa dignité. Cette gestion de l’incertitude, en prenant en compte à la fois les contraintes pratiques et les considérations éthiques, représente un des principaux défis de leur pratique dans ces missions.

VI. Discussion

Dans cette section, nous examinerons les principaux résultats de notre étude, en confrontant les hypothèses et en approfondissant plusieurs éléments théoriques. Nous

³ **L’éthique** : *« se réfère à des normes bien fondées de ce qui est juste ou injuste, prescrivant ce que les humains doivent faire, généralement en termes de droits, d’obligations, de bénéfices pour la société, d’équité ou de vertus spécifiques » (Velasquez et al., 2010).*

commencerons par une confrontation des hypothèses initiales avant d'aborder des notions clés telles que l'éthique, la morale et la déontologie, ainsi que l'épreuve de professionnalité. Ensuite, nous explorerons le contexte géopolitique et son impact sur l'aide humanitaire, ainsi que les mécanismes de régulation émotionnelle au sein de ce contexte. Enfin, nous discuterons des limites méthodologiques rencontrées durant cette étude, ainsi que des limites liées à l'analyse et au cadre théorique choisi.

1. Confrontation des hypothèses

À partir de l'analyse thématique des entretiens, plusieurs éléments de réponses permettent de confronter les hypothèses initiales aux réalités du terrain.

Deux hypothèses ont été formulées concernant les stratégies de prise de décision. Leur confrontation avec les données issues des entretiens menés auprès des MK révèle que ces stratégies sont en réalité plus diversifiées et nuancées que ce qui avait été initialement envisagé :

- **Hypothèse 1 : Le MK pourrait appréhender l'incertitude en s'appuyant sur des approches factuelles, telles que l'utilisation de mesures objectives et de critères spécifiques.**

Les données recueillies lors des entretiens rejoignent cette première hypothèse. En effet, plusieurs MK mettent en avant l'importance d'utiliser des marqueurs cliniques précis et de mobiliser un raisonnement clinique intégrant l'ensemble des dimensions du patient pour orienter leurs choix. Cette approche permet de structurer la prise de décision et de limiter l'incertitude en s'appuyant sur des éléments objectifs et mesurables. Cette stratégie basée sur l'EBP est celle recommandée hors contexte d'urgence et celle enseignée en formation initiale. Toutefois, cette méthode peut se confronter aux contraintes du terrain, notamment en situation d'urgence, où le recours à des critères précis peut se révéler inadapté.

- **Hypothèse 2 : Le MK pourrait également être amené à intégrer des critères plus subjectifs, relevant de l'intuition, particulièrement lorsque les données factuelles sont limitées ou absentes.**

Cette hypothèse se retrouve également dans les données recueillies. En effet, Béatrice explique s'appuyer sur son ressenti et son expérience pour prendre des décisions, surtout lorsque les informations objectives sont limitées ou inaccessibles. La prise de décision intuitive permet de réagir rapidement et d'intégrer les dimensions subjectives du patient, ce qui peut être

crucial dans des contextes d'incertitude. Toutefois, cette stratégie présente des limites, notamment en raison des biais cognitifs qui peuvent influencer les choix de manière inefficace.

Deux stratégies supplémentaires ont émergé des données collectées et n'étaient pas anticipées dans les hypothèses initiales :

- **Prise de décision par les protocoles** : Plusieurs MK ont mentionné leur recours à des protocoles et des référentiels pour structurer la prise de décision. Ces protocoles, souvent issus de la littérature scientifique ou des directives d'ONG, permettent de réduire l'incertitude et d'offrir un cadre rassurant pour les professionnels. Toutefois, cette approche peut être trop rigide pour gérer des situations urgentes ou imprévues, ce qui nécessite parfois d'autres formes d'adaptation.
- **Prise de décision collective** : Enfin, un aspect crucial souvent souligné par les MK interrogés est la nécessité de prendre des décisions collectives, en particulier dans un contexte interprofessionnel. Lorsque cela est possible, les professionnels préfèrent discuter et partager leurs idées avec leurs collègues afin de bénéficier d'une perspective plus large et d'éviter de prendre des décisions isolées. Cette approche collaborative enrichit la réflexion et permet de mieux appréhender l'incertitude, car elle permet de croiser les expertises et de limiter les risques d'erreurs.
- **Hypothèse 3 : L'urgence peut générer des contraintes supplémentaires et donc complexifier la prise de décision**

L'hypothèse selon laquelle l'urgence viendrait complexifier la prise de décision en ajoutant des contraintes supplémentaires n'a pas été confirmée par les résultats. Au contraire, les participants indiquent que la clarté du cadre et l'acceptation des limites que l'urgence impose peut simplifier la prise de décision. Ainsi, bien que l'urgence restreigne parfois les possibilités d'action, elle semble, dans certains cas, alléger la charge décisionnelle en recentrant le raisonnement sur les possibilités concrètes.

- **Hypothèse 4 : Face à l'incertitude le MKDE pourrait aussi être influencé par ses expériences antérieures. Cela faciliterait potentiellement sa capacité à reproduire ces décisions dans des situations similaires.**

L'expérience du terrain est apparue comme un élément central dans le développement professionnel, en particulier dans le contexte humanitaire d'urgence. En effet, les MK interrogés ont partagé plusieurs situations où leur expertise acquise ne leur a pas seulement

permis de prendre des décisions plus rapides ou plus claires, mais surtout de s'ajuster à des contextes instables ou inhabituels, caractéristiques de l'humanitaire.

Par exemple, Carole évoque une situation dans laquelle sa réaction rapide a été facilitée par sa connaissance du terrain. Elle précise que sans cette expérience préalable, elle aurait peut-être pris la même décision, mais avec moins de clarté sur les priorités à établir dans un contexte de crise.

Ce qui ressort ici n'est pas uniquement une meilleure exécution des soins, mais une capacité à définir les priorités face à un changement de cadre, comme mettre la sécurité ou la survie au premier plan. Ces ajustements, dictés par le contexte humanitaire, ne se posent que rarement dans une pratique professionnelle classique.

Ainsi, ces résultats précisent l'hypothèse initiale en montrant que l'expérience ne se limite pas à faciliter la prise de décision, mais joue un rôle clé dans la capacité d'adaptation face aux spécificités de l'urgence humanitaire.

- **Hypothèse 5 : Être confronté à l'incertitude et en contexte d'urgence peut provoquer chez les MKDE diverses émotions qui peuvent modifier leur prise de décision.**

Les données du terrain rejoignent l'idée que l'incertitude, particulièrement en contexte d'urgence, suscite chez les MK interrogés diverses émotions telles que la colère, la tristesse ou la frustration. Par exemple, Carole évoque qu'il y a plein d'émotions et qu'elles ne sont pas toujours évidentes à gérer. Elles peuvent représenter un risque d'altération du discernement si elles ne sont pas correctement régulées. La capacité à gérer ces ressentis apparaît ainsi comme un levier essentiel pour maintenir un équilibre entre les éléments factuels de la situation et les réactions émotionnelles qu'elle suscite.

Les stratégies de régulation émotionnelle varient selon les individus. Arthur met en avant l'intérêt du soutien collectif. À l'inverse, Carole adopte une approche individuelle et différée, tentant de cloisonner ses émotions durant le travail. Elle précise toutefois que cette stratégie a ses limites, et reconnaît que certaines situations peuvent altérer sa capacité décisionnelle, la poussant à demander un avis extérieur lorsque l'impact émotionnel devient trop fort. Cette dimension émotionnelle peut être le signe que les MK sont confrontés à « *une épreuve de professionnalité* », dans laquelle « *la validité des ajustements qui se produisent dans le cours de l'action ne bénéficie d'aucune garantie* » et « *il s'agit dans le même temps de supporter les conséquences de ses choix* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014 : p268).

Ainsi, les émotions ne sont pas absentes du processus décisionnel en situation d'incertitude, mais leur gestion permet de moduler leur influence. L'objectif n'est pas de les neutraliser, mais de maintenir un équilibre entre réaction émotionnelle et raisonnement clinique.

2. Approfondissements : éléments théoriques

A ce stade, il semble intéressant d'explorer de nouvelles notions théoriques en lien avec l'éthique, les épreuves de professionnalités, l'influence des contextes géopolitiques et les régulations émotionnelles.

2.1. L'éthique, la morale et la déontologie : définitions et distinctions

La notion d'éthique a été fréquemment abordée au cours des entretiens réalisés. Il paraît donc pertinent d'en proposer une définition, tout en la distinguant de notions proches comme la morale et la déontologie.

La **morale** peut être définie comme : « *L'ensemble des valeurs supérieures qui conduisent chacun à différencier le bien du mal et qui devraient fonder les conduites humaines, tout au moins pour les individus conscients de leurs devoirs et responsables de leurs actes* » (Bonfils, 1996). Le philosophe Alasdair MacIntyre (1981), spécialiste de l'éthique et de la théorie politique, rappelle dans son ouvrage *Après la vertu* que la morale « *ne peut être comprise indépendamment de la tradition culturelle et de l'histoire d'une société* ».

La **déontologie** peut être définie comme : « *L'ensemble des règles et des devoirs régissant la conduite à tenir pour les membres d'une profession ou pour les individus chargés d'une fonction dans la société. Elle constitue la morale d'une profession, qu'elle soit imposée ou non par la loi* » (La Toupie, 2019).

L'éthique, elle comme cité précédemment « *se réfère à des normes bien fondées de ce qui est juste ou injuste, prescrivant ce que les humains doivent faire, généralement en termes de droits, d'obligations, de bénéfices pour la société, d'équité ou de vertus spécifiques* » (Velasquez et al., 2010).

Ainsi, on peut distinguer ces trois notions de la manière suivante : La **morale** repose sur des principes généraux du bien et du mal et varie selon les cultures, les traditions et les contextes socio-historiques. Elle concerne l'individu en tant que membre d'une société. **L'éthique** est une démarche de réflexion critique sur ces normes morales. Elle mobilise le jugement afin de chercher à questionner ces normes, les comprendre et à les adapter aux contextes particuliers. La **déontologie**, quant à elle, est propre à chaque profession. Elle fixe des règles de conduite

précises, souvent codifiées, que doivent respecter les professionnels dans l'exercice de leurs fonctions.

Dans le contexte des missions humanitaires d'urgence, cette distinction s'avère particulièrement intéressante : La **morale** peut varier considérablement d'un pays à l'autre. Il est donc essentiel, pour les soignants, de s'informer en amont des normes et des valeurs de la population locale, afin d'assurer des soins respectueux et culturellement adaptés. L'**éthique** apparaît comme une nécessité pour les professionnels de santé, confrontés à des décisions complexes dans des environnements instables. Comme illustré par les témoignages, elle permet de guider les choix avec un regard critique quand les repères habituels sont absents ou flous. La **déontologie**, enfin, dépend du cadre professionnel du soignant. Pour les MK, elle renvoie notamment aux règles de l'ONMK, même si celles-ci peuvent parfois entrer en tension avec les réalités du terrain humanitaire. Si ce mémoire s'est principalement centré sur la question du cadre réglementaire, l'exploration du cadre déontologique aurait également été pertinente.

2.2.Épreuve de professionnalité

Selon Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (2018), il existe trois types d'épreuves de professionnalité : les « *épreuves émotionnelles* », les « *épreuves organisationnelles* » et les « *épreuves politico-éthiques* ». Bien que leurs travaux portent principalement sur les travailleurs sociaux, ces formes d'épreuves traversent de nombreux champs professionnels, y compris celui du médico-social et du soin. C'est dans cette perspective que nous mobilisons leur analyse dans le contexte singulier de l'action humanitaire.

Le premier type d'épreuves évoquées sont les **épreuves émotionnelles**, qui concernent les débordements d'affects. Dans leur article, Ravon et Vidal-Naquet identifient deux formes principales : le professionnel ne parvient pas à surmonter des émotions, ce qui entraîne une mise à distance de l'utilisateur ; ou à l'inverse, une trop grande proximité compassionnelle pouvant générer une forme d'emprise du professionnel sur l'utilisateur. Ces deux extrêmes soulignent la difficulté de trouver une posture relationnelle juste. Il ne s'agit pas de définir une « *bonne distance* » fixe, mais bien de reconnaître qu'il s'agit d'un processus dynamique : « *La "bonne distance" ou la "bonne proximité" n'est pas une position à trouver, mais le produit d'un travail relationnel à réaliser, lequel ne peut être prédéfini, et doit au contraire s'inventer et se négocier dans le cours même de l'action. Dans ce cadre, la résolution de l'épreuve ne peut qu'être incertaine* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). Appliquée à la relation de soin, cette approche prend tout son sens y compris dans les missions humanitaires, où les soignants sont souvent projetés dans des environnements émotionnellement instables. Les MK interrogés illustrent

bien ces deux aspects : certaines stratégies de mise à distance ont permis à certains de se protéger psychiquement, tandis que d'autres ont choisi une posture de grande implication. Aucune réponse n'était « meilleure » : chacune semblait adaptée à la personne et au contexte dans lequel l'épreuve était vécue.

Le deuxième type d'épreuves, les **épreuves organisationnelles**, renvoie à l'usure professionnelle. Les auteurs notent que : « *Le risque d'usure et de burn out est élevé lorsque l'engagement personnel et émotionnel des salariés est fortement sollicité alors que ceux-ci n'ont qu'une faible latitude décisionnelle et que, en raison de leur isolement, de la concurrence entre pairs et de l'absence de reconnaissance institutionnelle, ils ne bénéficient pas de soutien social* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). Cela fait écho aux expériences de terrain évoquées par plusieurs MK en mission. Par exemple, David décrit une charge de travail quotidienne plus élevée qu'en France, avec des patients présentant des pathologies plus lourdes et un rythme soutenu. Cela renforce le lien entre surcharge, fatigue et perte de repères organisationnels. Les auteurs expliquent également que : « *Quelles que soient leurs appartenances institutionnelles, les professionnels doivent se conformer aux protocoles et aux procédures, mais aussi les dépasser pour s'adapter au mieux aux situations singulières. Leur mandat institutionnel ne leur suffit plus. Dans chaque situation, c'est alors sans garantie qu'ils sont conduits à affronter l'épreuve de l'auto-mandat* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). Cela résonne avec certaines situations vécues par les MK, comme celle d'Arthur, confronté à un attentat. En l'absence de directives applicables, lui et ses collègues ont fait le choix délibéré de ne pas suivre le protocole initial, agissant selon un mandat qu'ils se sont eux-mêmes attribués avec la nécessité d'assurer la sécurité du groupe pour répondre à la réalité du terrain.

Enfin, les **épreuves politico-éthiques** apparaissent lorsque les cadres habituels politiques et moraux ne suffisent plus à orienter l'action. Le professionnel est alors contraint de naviguer dans des zones d'incertitude où la décision repose davantage sur des arbitrages personnels.

D'un point de vue **politique**, dans des contextes instables et imprévisibles, l'objectif n'est plus de transformer durablement la situation d'un individu, mais plutôt de soutenir sa capacité à s'adapter et à rester acteur de son parcours, malgré l'instabilité : « *Il s'agit de construire l'autonomie au présent, en soutenant la capacité des individus à autogérer leurs parcours et à en assurer la fluidité* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). Dans le cadre humanitaire, cela peut se traduire par une incertitude quant à la continuité des soins. L'autonomie du patient

ne peut donc plus être envisagée comme un but à atteindre à une date définie, mais comme un objectif dynamique et intégré dès les premières séances.

Sur le plan **éthique**, les professionnels ne peuvent plus se référer à des principes stables de bien ou de mal. Le jugement devient subjectif, ancré dans l'instant, et nécessite une lecture fine de chaque situation : « *Ce qu'il convient de faire ne peut plus s'apprécier au regard des critères du bien et du mal, dont les fondements sont aujourd'hui discutés et surtout éminemment subjectifs* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). C'est dans cette tension que se situent les choix de certains MK, comme Carole, qui a décidé de ne pas réaliser un soin prescrit car elle estimait qu'il relevait de l'acharnement thérapeutique. Elle a ainsi choisi de s'écarter de l'injonction médicale pour agir selon ses convictions éthiques en lien avec son analyse de la situation.

Ces trois types d'épreuves ne sont pas nécessairement perçus comme des expériences négatives. Ravon et Vidal-Naquet précisent que : « *Si l'incertitude de leur issue est ce qu'elles ont de commun, ces épreuves ne sont pas forcément négatives et ne sont pas à voir nécessairement comme des expériences douloureuses ou pénibles. Les professionnels ne les subissent pas forcément. Selon différentes modalités, individuelles ou collectives, ils les régulent et en transforment le sens* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018). C'est également ce qui ressort des entretiens avec les MK. Tous ont vécu différemment leurs expériences singulières, pour autant ils ont tous témoigné que, malgré la difficulté, ces épreuves les ont renforcés professionnellement et ont amélioré leur capacité d'adaptation.

2.3.Contexte géopolitique et aide humanitaire

Les financements des missions humanitaires sont profondément liés aux dynamiques géopolitiques. Comme le souligne Boniface (2024), un auteur expert en géopolitique, les priorités des bailleurs de fonds ne sont pas uniquement dictées par des considérations humanitaires, mais reflètent aussi des logiques politiques, des stratégies d'influence et les rapports de force internationaux.

Depuis le retour de Donald Trump à la présidence des États-Unis en 2025, une politique isolationniste s'est réaffirmée, marquée par des coupes importantes dans les budgets alloués à l'aide humanitaire internationale par la signature du décret exécutif n°14169 (Trump, 2025). Ce décret ordonna une suspension de 90 jours de tous les programmes d'aide à l'étranger. Cette réduction drastique des contributions témoigne bien de l'impact des dynamiques géopolitiques sur les missions humanitaires, fragilisant ainsi de nombreux dispositifs d'aide qui dépendent de ces financements pour assurer leur continuité.

Pour les professionnels sur le terrain, cette incertitude pèse directement sur la prise de décision : faut-il engager des ressources dans un projet sans garantie de suivi ? Ce contexte rend particulièrement pertinente l'étude des stratégies d'adaptation émotionnelle, qui pourraient aider les intervenants à réguler l'anxiété liée à l'imprévisibilité des financements et à maintenir une capacité décisionnelle raisonnée.

2.4. Régulation émotionnelle

La gestion des émotions joue un rôle central dans la prise de décision en contexte d'urgence et en situation d'incertitude. Lors des entretiens, diverses approches ont été observées allant de la prise de décision basée majoritairement sur le ressenti à une tentative de suppression sur l'instant de celui-ci pour ne pas se laisser paralyser.

Dans la littérature, deux stratégies majeures de régulation émotionnelle sont souvent mises en avant : la **réévaluation cognitive** et la **suppression émotionnelle**. La réévaluation consiste à « *changer la façon dont on pense à une situation potentiellement génératrice d'émotion, afin d'en modifier l'impact émotionnel* » (Gross, 2002), tandis que la suppression est définie comme le fait de « *tenter d'inhiber les signes extérieurs du ressenti émotionnel* » (Gross, 2002).

Ce processus de gestion s'inscrit dans le cadre de « *l'intelligence émotionnelle* », définie par Goleman (1995) comme « *la capacité à reconnaître ses propres émotions et celles des autres, à se motiver soi-même, et à bien gérer les émotions en soi et dans ses relations* ». L'intégration des émotions via des stratégies telles que la réévaluation favorise une « *régulation adaptative* » (Goldin et al., 2008), c'est-à-dire à « *l'utilisation de stratégies efficaces pour gérer les émotions, permettant une flexibilité, une conscience émotionnelle, et un ajustement au contexte* » (Aldao, Nolen-Hoeksema et al., 2010).

Cela semble être une approche intéressante dans des contextes d'incertitude partagés par les participants.

3. Limites méthodologiques

Ce mémoire présente plusieurs limites, que ça soit sur le plan de la méthodologie, dans l'analyse ou dans la recherche dans la littérature.

Pour ce qui est des limites méthodologiques, le recueil de données a été en partie conditionné par le format des entretiens. Réalisés en visioconférence, ces échanges ont pu être influencés par l'environnement personnel ou professionnel des participants. Par exemple, l'un d'eux était sur son lieu de travail, au sein d'une ONG, ce qui a pu potentiellement influencer sur la liberté de son discours, notamment par crainte d'être entendu. Également, un entretien en

présentiel aurait peut-être permis d'instaurer un climat de confiance plus propice à des partages plus approfondis, notamment sur des expériences sensibles. Par ailleurs, le temps imparti pour chaque entretien n'a pas toujours permis d'aborder l'ensemble des questions prévues, ce qui a pu limiter la profondeur de certaines thématiques entraînant une répartition parfois arbitraire des sujets abordés avec les participants. La retranscription de l'entretien d'Éric s'est révélée difficile parce que la qualité audio était altérée, ce qui a pu entraîner une perte d'informations. De plus, nous aurions souhaité recueillir le point de vue d'un médecin afin d'apporter un éclairage complémentaire sur la manière dont les rapports hiérarchiques, l'incertitude et la prise de décision sont vécus par d'autres professions de santé dans un contexte de mission humanitaire. Nous étions en lien avec un médecin qui avait initialement donné un accord favorable pour un entretien, mais qui n'a finalement plus donné de nouvelles. Enfin, l'échantillon de participant étant limité, il n'est pas possible de généraliser les résultats à la population générale. Cependant, malgré ses limites, ce travail offre des perspectives intéressantes pour approfondir la thématique dans des recherches futures.

L'analyse comporte également certaines limites. Nous n'avons pas analysé distinctement les rôles de clinicien et de gestionnaire en contexte humanitaire d'urgence, alors que ces deux dimensions du métier de kinésithérapeute auraient pu être différenciées pour mieux comprendre ce que chaque posture produit en termes de prise de décision. Nous sommes également conscientes que notre manque d'expérience en recherche et notre absence d'expertise en sciences sociales ont pu nous faire passer à côté de certaines pistes d'analyse intéressantes.

Enfin, le cadre théorique présente lui aussi certaines limites. Une grande partie des références mobilisées relève de la sociologie, ce qui offre une ouverture réflexive mais peut parfois s'éloigner du cœur de la pratique kinésithérapique ou du contexte spécifique des missions humanitaires. Certains auteurs ont été mobilisés de manière indirecte, à travers des lectures secondaires, soit par difficulté à accéder aux sources originales, soit pour des raisons de clarté. Une autre limite de notre mémoire concerne le recours au blog de Gilles Martin, qui n'est pas une source méthodologique fiable. Cependant, malgré sa faible fiabilité que nous avons pris en compte, il nous a permis d'approfondir notre compréhension des travaux de Crozier.

Par ailleurs, l'utilisation de l'intelligence artificielle Perplexity pour la traduction d'articles anglophones est également une limite. Bien que les traductions aient été retravaillées et vérifiées par nos soins, il est possible que certaines subtilités linguistiques ou terminologiques aient été altérées.

VII. Conclusion et ouvertures

1. Réponse à la problématique

À travers les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire ainsi qu'à l'approfondissement de certaines notions, des éléments de réponse à la problématique émergent : Comment le masseur-kinésithérapeute appréhende l'incertitude lors d'une prise de décision en contexte de mission humanitaire d'urgence ? Il convient toutefois de souligner que les résultats présentés ne peuvent être généralisés à l'ensemble des MK en mission humanitaire, puisqu'ils s'appuient sur un échantillon restreint, dont les expériences et les représentations sont nécessairement singulières.

Les MK interviewés soulignent qu'en mission humanitaire d'urgence, ils se trouvent fréquemment confrontés à des incertitudes multiples. Dans ce contexte, ils adoptent différentes stratégies : prise de décision intuitive, utilisation de modèles prédéfinis, prise de décision via un raisonnement clinique factuel ou encore une prise de décision collective. S'ajoutent à ça d'autres éléments comme l'expérience de terrain qui joue un rôle crucial, permettant une adaptation plus rapide et efficace aux contraintes spécifiques de l'environnement humanitaire. La gestion des émotions est également essentielle, car l'incertitude peut engendrer une charge émotionnelle. Une approche de réévaluation cognitive comme lu dans la littérature nous semble pertinente pour faciliter la régulation émotionnelle. Les enjeux éthiques sont omniprésents, notamment en ce qui concerne la priorisation des soins et le respect de la dignité du patient dans des conditions de ressources limitées. Le MK peut être amené à dépasser le cadre réglementaire pour assurer la sécurité et le bien-être du patient, tout en veillant à respecter les limites éthiques. Il paraît également essentiel d'intégrer des notions de morales contextualisées au pays d'intervention.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle et avec les locaux apparaissent comme des atouts majeurs pour faire face à l'incertitude et prendre des décisions adaptées dans le temps en contexte humanitaire d'urgence.

2. Apports à la profession

Ce travail explore plusieurs dimensions qui apportent directement ou indirectement à la profession de MK. Il permet tout d'abord de mieux comprendre les principales sources d'incertitude auxquelles des MK peuvent être confrontés lors de missions humanitaires d'urgence. Il illustre aussi la diversité des stratégies de prise de décision mises en œuvre face à ces situations complexes, parfois en dehors du cadre réglementaire. Ces résultats ouvrent la

voie à une réflexion sur la flexibilité nécessaire dans la pratique professionnelle et sur l'adaptation possible des protocoles existants aux réalités du terrain.

Les témoignages recueillis rappellent également que l'éthique demeure un repère central, permettant de guider l'action professionnelle même en l'absence de règles claires ou de ressources suffisantes. Seulement prendre une décision éthique peut se révéler complexe. En effet : « *Une démarche éthique suppose de la part du MK un ajustement constant à la singularité de la personne en présence. Le cadre éthique et le cadre juridique partagent ainsi une frontière en perpétuel mouvement influencé par des considérations politiques, sociétales, environnementales, etc.* » (Boudrahem, 2020). Cela renvoie aux notions d'épreuves de professionnalités évoquées précédemment, notamment les « *épreuves politico-éthiques* » (Ravon et Vidal-Naquet, 2018).

Par ailleurs, ce travail met en évidence l'importance de mieux sensibiliser les MK à ces contextes dans le cadre de la formation initiale ou continue. Enfin, il valorise la spécificité de l'intervention kinésithérapique en contexte humanitaire, contribuant ainsi à une meilleure reconnaissance du rôle des MK dans ce domaine.

3. Apports personnels

Ce travail a enrichi notre développement professionnel et personnel. Il nous a permis de mieux comprendre ce qu'est l'incertitude et les enjeux qu'elle soulève dans la pratique de terrain. Nous avons aussi découvert le fonctionnement des missions humanitaires d'urgence, leur contexte particulier, et les défis qu'elles impliquent.

Les échanges autour de l'éthique nous ont amenés à élargir notre réflexion. Ils nous ont poussés à nous interroger sur nos valeurs et sur la manière dont elles influencent nos décisions, surtout en situation complexe.

Ce travail de recherche nous a aussi permis de prendre du recul sur notre posture de chercheuse. Nous avons réalisé à quel point les entretiens peuvent être influencés par notre subjectivité. Cette prise de conscience nous a aidé à gagner en rigueur méthodologique et à améliorer notre façon de mener une recherche.

Enfin, notre vision de l'incertitude a évolué. Elle ne représente plus seulement une contrainte, mais reflète une remise en question constructive et une réflexion approfondie de la situation. Ce travail nous a permis d'entrer dans une posture réflexive, comme le souligne Sandrine Rui (2012): « *la réflexivité est le mécanisme par lequel le sujet se prend pour objet d'analyse et de connaissance* », et « *cette posture consiste à soumettre à une analyse critique non seulement sa propre pratique scientifique (opérations, outils et postulats), mais également les conditions sociales de toute production intellectuelle* ».

Ces réflexions sur le travailleur semblent pertinentes à appliquer aux professionnels de santé, afin d'enrichir les pratiques et améliorer la prise en charge.

4. Ouverture

Précédemment, dans ce mémoire, nous avons abordé la question des limites éthiques. Toutefois, en raison des données du terrain qui ne nous ont pas permis d'explorer cette thématique en profondeur, il nous paraît donc pertinent de l'ouvrir ici. Cynthia Fleury (2015), sociologue, traite des limites de l'éthique en ces termes : « *Les limites de l'éthique résident dans la confrontation entre le bien et le juste, entre ce qui doit être fait et ce qui est possible dans un contexte de souffrance extrême* ». Cette réflexion soulève des questions particulièrement intéressantes dans le contexte des missions humanitaires, où les praticiens sont constamment confrontés à des situations où l'éthique est mise à l'épreuve par la réalité du terrain.

Pour conclure ce travail d'initiation à la recherche il nous paraît pertinent d'ouvrir notre problématique aux pratiques avancées en physiothérapie. Lors de notre participation aux Journées Francophones de Kinésithérapie (JFK) cette année, nous avons assisté à une conférence de François Desmeules, un docteur en physiothérapie, intitulée « *Mise en place de pratiques avancées en physio en service d'urgence au Québec* ». Cette présentation a mis en lumière des notions intéressantes pouvant rejoindre le contexte de mission humanitaire d'urgence, justifiant l'ouverture de ce mémoire à cette notion. Selon la revue systématique de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (Desmeules, 2011), le modèle de pratique avancée permet au physiothérapeute d'intervenir en autonomie. Cela inclut le diagnostic, le triage, la prescription de tests diagnostiques et la prise en charge directe de patients, sans nécessairement passer par une référence médicale préalable. Cette pratique vise à améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins, particulièrement dans des contextes où le système de santé est sous pression (Desmeules, 2011). L'évolution vers les pratiques avancées en physiothérapie au Québec offre un cadre pertinent pour réfléchir à l'autonomisation des MK face à l'incertitude, tant en contexte humanitaire qu'en milieu clinique. Elle met en lumière la nécessité de développer des compétences spécifiques en gestion de l'incertitude et en collaboration interprofessionnelle, compétences qui sont au cœur de la pratique du MK en mission d'urgence et qui pourraient inspirer de nouvelles pistes de formation et d'organisation des soins (Desmeules, 2011). Ainsi, en croisant le contexte humanitaire et les pratiques avancées en kinésithérapie, ce mémoire propose une réflexion sur les évolutions possibles de la profession de MK. Cela souligne l'intérêt de développer des compétences adaptées aux contextes complexes, aussi bien lors des missions humanitaires qu'au sein des systèmes de santé traditionnels.

VIII. Bibliographie

Académie Nationale de Médecine. (s.d.). *Urgence*. Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. Récupéré le 12/03/2023, de <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence>.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Assemblée générale des Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/dudh_cle8bfd42-1.pdf

Blanchet, K. et Martin B. (2006). Logique d'urgence et pérennité humanitaire. *Humanitaire*, 4-20.

Bonfils, P. (1996). Dictionnaire de l'éthique et de la philosophie morale. Paris, PUF. <https://www.puf.com/dictionnaire-dethique-et-de-philosophie-morale>

Boniface, P. (2024). *La géopolitique - 50 enjeux clefs du monde contemporain - Édition 2024*. Lizzie

Boudrahem, S., & Morel-Lab, V. (2020). Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie la Revue*, 21(230), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.013>

Canet, É., Roux, L. et Szpirglas, M. (2011). De la place de l'intuition dans la décision : le cas des équipes médico-sociales des conseils généraux. *Management & Avenir*, N° 49(9), 150-171. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0150>.

Code de la santé publique. (2021). *Article L1121-1* (Version consolidée au 01 janvier 2022). Legifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460

Code de la santé publique. (2024). *Partie IV, Titre V : Exercice des professions de santé*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGI_SCTA000006125348/2222-02-22

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). (2021). *Recherche, étude ou évaluation dans le domaine de la santé : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ?* <https://www.cnil.fr/fr/recherche-etude-ou-evaluation-dans-le-domaine-de-la-sante-comment-proceder-pour-une-these-ou-un>

Comité international de la Croix-Rouge. (2015). *Les Principes fondamentaux de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*. <https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/fr/assets/files/publications/icrc-001-4046.pdf>

Comité international de la croix rouge. (2020). *Sur le chemin de l'inclusion—Programme de réadaptation physique*. <https://shop.icrc.org/towards-social-inclusion-physical-rehabilitation-programme-pdf-fr.html>

Convention (IV) de Genève *relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*.(1949). 75 RTNU 287. <https://ihl-databases.icrc.org/fr/ihl-treaties/gciv-1949>

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Seuil.

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>

De Robertis, C., Orsoni, M., Pascal, H., & Romagnan, M. (2014). Positionnement professionnel et stratégies d'action. Dans *l'intervention sociale d'intérêt collectif : De la personne au territoire* (pp. 89-106). Presses de l'EHESP; Cairn.info. https://stm.cairn.info/article/EHESP_DERO_2014_01_0089?lang=fr

Desmeules, F., Desrochers, C., & Lussier, M. (2011). *Les pratiques avancées en physiothérapie : une revue systématique de la littérature*. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

Desmeules, F. (2025, mars). *Mise en place de pratiques avancées en physio en service d'urgence au Québec*, Communication orale. Journées Francophones de Kinésithérapie (JFK), Montpellier, France.

Drida, M. (2006). Entre prescrit et réel, comment comprendre les ressorts actuels de la souffrance au travail? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 67(1), 65-66. [https://doi.org/10.1016/S1775-8785\(06\)70288-0](https://doi.org/10.1016/S1775-8785(06)70288-0)

Fleury, C. (2015). *Les irremplaçables*. Paris, Gallimard.

French, J. R. P., & Raven, B. H. (1959). The bases of social power. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power* 150–167. Institute for Social Research, University of Michigan. https://cdn.isr.umich.edu/pubFiles/historicPublications/THEBASESOFSOCIALPOWER_156_5_.PDF

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books.

Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

Hamann, E., Nguyen, M.t.t., Rohmann labat, I., Et al., (2009, Novembre). Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe. *Cahiers de l'actif*, (402-403), 209-219.

Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). *Evidence-based practice across the health professions* (2e éd.). Elsevier.

Kahneman D. Farrar, Straus and Giroux; US, New York, NY: 2011. Thinking, Fast and Slow. <https://ia800603.us.archive.org/10/items/DanielKahnemanThinkingFastAndSlow/Daniel%20Kahneman-Thinking%2C%20Fast%20and%20Slow%20%20.pdf>

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (dir.) (2016). Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01>.

Knox Clarke, P. (2020). *Decision-making at the sharp end: A survey of literature related to decision-making in humanitarian contexts*. *Journal of International Humanitarian Action*, 5(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s41018-020-00068-2>

La Toupie. (2019). *Définition de la déontologie*. La Toupie – Dictionnaire politique et sociologique. <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Deontologie.htm>

Leplat, J., & Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse ergonomique des situations de travail. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3(2), 49-63.

Lipshitz, R., & Strauss, O. (1997). Coping with uncertainty: A naturalistic decision-making analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69(2), 149–163. <https://doi.org/10.1006/obhd.1997.2679>

MacIntyre, A. (1993). *Après la vertu : Étude de théorie morale* (trad. J. Ladrière). Paris : PUF. <https://www.puf.com/apres-la-vertu>

Velasquez, M., Andre, C., Shanks, T., S.J., and Michael J. Meyer. (2010). *What is ethics?* Santa Clara University. <https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources/ethical-decision-making/what-is-ethics/>

Martin, G. (2022, 11 novembre). Le pouvoir : le jeu des zones d'incertitude. Zone Franche. https://gillesmartin.blogs.com/zone_franche/2022/11/le-pouvoir-le-jeu-des-zones-dincertitude.html

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. *Emergency humanitarian action*. (s. d.). Consulté le 8 octobre 2024, à l'adresse <https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/emergency-humanitarian-action/>

Monfort-Portet, S., & Boudrahem, S. (2021). Corps et sexualité : une expérience innovante dans l'enseignement en IFMK. *Kinesithérapie la Revue*, 21, 230.

Observatoire international des prisons. (2022). *La santé incarcérée : Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*. <https://oip.org/publication/la-sante-incarceree/>

ONMK. (2017, 10 Février). *Circulaire relative à l'urgence en kinésithérapie* (CIRCULAIRE/CNO/JURIDIQUE/2017-02-10/DEONTOLOGIE/URGENCE /N°01620170210). https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/35189063/852b3bb4-0c8d-4e6c-b5c6-94151cb5ae11/Circulaire-ndeg01620170210-_-urgence-en-kinesitherapie-1.pdf

Ordre Régional des Masseurs-Kinésithérapeutes de Normandie. (2017, 10 mai). Urgence et accès direct en kinésithérapie. Récupéré sur <https://normandie.ordremk.fr/2017/05/10/urgence-et-acces-direct-en-kinesitherapie/>

Pascal, H. (2002). Positionnement professionnel et éthique de l'intervention. In C. de Robertis (Ed.), *L'intervention sociale d'intérêt collectif : De la personne au territoire*. Éditions de l'École nationale de la santé publique, 93-118.

Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), (8 juin 1977). <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/protocol-additional-geneva-conventions-12-august-1949-and-0>

Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle. *Informations sociales*, n° 152, Travail social : les nouveaux enjeux, 60-68.

Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. Dans P. Zawieja & F. Guarnieri (Dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, 268, Seuil.

Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2016). L'épreuve de professionnalité : De la dynamique d'usure à la dynamique réflexive. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.5363>

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre auto-mandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, 67(1), 74-81. <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0074>.

République française. (2012). *Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (loi Jardé)*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000025789132>

Rocton, R. (2019). L'urgence en kinésithérapie, point de vue de l'expert. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.008>

Rui, S. (2012). Réflexivité. *Sociologie, Les 100 mots de la sociologie*. Consulté le 20 avril 2025, à l'adresse <https://journals.openedition.org/sociologie/1584>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Scott, I. A., Doust, J. A., Keijzers, G. B., & Wallis, K. A. (2023). Coping with uncertainty in clinical practice: A narrative review. *Medical Journal of Australia*, 218(9), 418-425. <https://doi.org/10.5694/mja2.51925>

Trump, D. J. (2025, janvier 20). *Executive Order 14169: Reevaluating and realigning United States foreign aid* [Décret exécutif]. La Maison Blanche. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/executive-order-14169-reevaluating-realigning-united-states-foreign-aid/>

Van Campenhout, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). Sixième étape – L'analyse des informations. Manuel de recherche en sciences sociales (p. 265-313). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01.0263>.

Velasquez, M., Andre, C., Shanks, T., & Meyer, M. (2010). *What is Ethics?* Markkula Center for Applied Ethics, Santa Clara University. <https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources/ethical-decision-making/what-is-ethics/>

Weil, T. (2008). Chapitre V. La rationalité limitée et ses conséquences. Dans *Stratégie d'entreprise*. Presses des Mines, 97-111. <https://doi.org/10.4000/books.pressesmines.1333>

World Physiotherapy. *Glossary* (s. d.). Consulté le 8 octobre 2024, à l'adresse <https://world.physio/resources/glossary>

World Physiotherapy (2023). *Regulation of the physiotherapy profession*. https://world.physio/sites/default/files/2024-01/PS-2023-Regulation_0.pdf

Zolesio Emmanuelle. (2011). « Anonymiser les enquêtés » dans *revue ¿ Interrogations ?*, N°12 - Quoi de neuf dans le salariat ?, <https://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

INTRODUCTION

« Bonjour, je suis Myrtille Grélard, étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFM3R à Nantes. J'ai choisi de traiter pour mon mémoire de fin d'étude la thématique de l'exercice de la masso-kinésithérapie en contexte d'urgence au sein d'une ONG, avec pour problématique de recherche : « Comment le masseur-kinésithérapeute appréhende-t-il l'incertitude lors d'une prise de décision en contexte de mission humanitaire d'urgence ? ».

Pour explorer cette question, j'ai opté pour la réalisation d'entretiens. Afin d'extraire les données et de les traiter, je souhaiterais enregistrer cet entretien pour le retranscrire par la suite. Je vous assure que l'anonymat sera préservé et que les données seront supprimées une fois leur traitement terminé. Êtes-vous d'accord avec cette démarche ?

Je tiens à préciser que vous pouvez vous sentir tout à fait à l'aise de ne pas répondre à certaines questions si vous le souhaitez, ou de me signaler à tout moment si vous voulez interrompre l'entretien.

Partie A : Pour commencer, pourriez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ? »

Partie B : Questions par thématique

1) Pourriez-vous me raconter une situation d'urgence en mission humanitaire dans laquelle vous avez été amené à prendre une décision ?

2) Comment avez-vous pris la décision ? Sur quels critères/éléments vous êtes-vous basé ?

- Sur quels éléments vous basez-vous principalement pour prendre vos décisions, et quel modèle (hypothético-déductif, inductif, intuitif) utilisez-vous le plus souvent ?
- Quels sont les principaux facteurs qui compliquent vos prises de décision ? Vous arrive-t-il de vous sentir limité par des contraintes environnementales, hiérarchiques, légales ou un manque de ressources (temps, matériel, personnel) ? Pouvez-vous expliquer comment cela affecte vos choix ? Pouvez-vous donner un exemple d'une situation vécu ?
- Avec le recul, changeriez-vous certaines de vos décisions prises en situation d'urgence ? Quels éléments influencent votre réflexion après coup ?

3) Qu'a produit le sentiment l'incertitude sur vous ?

- En quoi l'incertitude influence-t-elle votre mode de raisonnement ? Pouvez-vous donner un exemple ?

- Quelles conséquences sur les choix/décisions ? Pouvez-vous donner un exemple ?
- Comment vos émotions ou votre stress influencent-ils vos prises de décision en situation d'incertitude ? Pouvez-vous donner un exemple ?

4) Qu'est-ce que ça vous a fait d'être confronté à l'urgence ?

- Comment définissiez-vous l'urgence avant votre départ ?
- Cette définition a-t-elle évolué à la suite de votre expérience ? Qu'est-ce qui l'a fait évoluer ? Comment définiriez-vous la notion d'urgence aujourd'hui ?
- Sur quels critères vous basez-vous pour caractériser une situation comme « urgente » ? Pouvez-vous donner un ou deux exemples ?
- En quoi cette urgence modifie-t-elle vos actions ou votre perception d'une situation ? Pouvez-vous donner un exemple d'expérience vécu ?
- L'urgence influence-t-elle votre raisonnement clinique ou vos prises de décision ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?

5) Avez-vous été confronté à des situations où il était difficile, voire impossible, de respecter le cadre réglementaire ? Pouvez-vous donner un exemple d'expérience vécue ?

- Comment conciliez-vous l'urgence de la situation avec vos obligations professionnelles ou légales ? Pouvez-vous donner un exemple ? Et qu'est-ce que ça vous a fait/qu'avez-vous ressenti si vous ne pouviez pas concilier urgence et certaines obligations légales ?

6) Cela a-t-il changé votre vision du métier de MK ?

- Comment votre perception ou votre image du métier a-t-elle évolué avec votre expérience de terrain ? Et après votre retour ?

7) Comment se déroule le travail pluridisciplinaire au sein d'une ONG dans un contexte de mission humanitaire d'urgence ?

- Quels sont, selon vous, les avantages et limites du travail collectif dans une situation d'urgence ?

8) Pourriez-vous partager une situation où vous avez ressenti une mise à l'épreuve de vos compétences professionnelles ? Qu'est-ce que ça vous a fait ?

- Qu'avez-vous retiré de cette expérience ? Cela a-t-il modifié votre pratique ? Votre représentation de la profession ?

9) Avez-vous rencontré des dilemmes éthiques lors de vos missions ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples ? Et avez-vous pu les résoudre ? Si oui, comment ?

- Dans quelle mesure l'urgence influence-t-elle votre prise de décision éthique ? Qu'est-ce qu'une décision éthique pour vous ?
- *Ces situations ont-elles eu des impacts sur vos choix cliniques et éthiques ? Lesquels ? Comment ?*

10) Quelle(s) différence(s) avez-vous observée(s) entre vos attentes concernant le travail en mission et la réalité sur le terrain ?

- Comment avez-vous vécu les écarts entre les attentes et les réalités dans votre pratique sur le terrain ?
- Estimez-vous que votre formation initiale vous avait préparé à travailler dans un contexte d'urgence ? En quoi ? Pourquoi ?
- D'après vous, quels types de formation ou d'accompagnement pourraient améliorer la prise de décision en situation d'incertitude ou d'urgence ?

Clôture et synthèse

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose que je n'aurais pas abordé ?
- Avez-vous des questions ou des remarques ?
- Et une dernière question : qu'est-ce qui vous a amené à accepter de répondre à mes questions ?

« Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé. Je reste bien sûr à votre disposition si vous avez des questions ou si vous souhaitez apporter des compléments ultérieurement. Au revoir »

Annexe 2 : Extrait à titre illustratif de la retranscription de l'entretien avec Carole

TRANSCRIPTION ENTRETIEN N°3

Myrtille : Pour me représenter, je suis Myrtille. Je suis maintenant en dernière année d'études de kiné à Nantes. Et pour mon mémoire de fin d'année d'études, en lien aussi
5 avec l'échange qu'on avait pu avoir, j'ai choisi de traiter comme problématique comment le kiné appréhende l'incertitude lors d'une prise de décision en contexte de mission humanitaire d'urgence. À savoir que par urgence, je peux entendre que ce soit l'urgence temporelle médicale, pronostique vitale par définition, mais aussi l'urgence sociale et géographique. Donc ça peut être un manque d'accès aux soins, en fait,
10 également. Et pour explorer cette question, j'ai choisi de réaliser des entretiens. Et déjà, est-ce que vous seriez d'accord que j'enregistre l'entretien via un dictaphone ?

Carole : Ouais, y a pas de souci.

15 Myrtille : Bon, je vous remercie. Puis si à tout moment, vous êtes... Enfin, vous vous sentez pas à l'aise de répondre à telle ou telle question ou vous voulez interrompre l'entretien, y a aucun problème. Voilà. Et du coup, pour commencer, est-ce que vous pouvez vous représenter, vous, ainsi que votre parcours ?

20 Carole : Oui, Je m'appelle (*Carole*). Je suis kiné depuis... 2009, j'ai eu une activité en France qui a été assez large. J'ai fait du libéral en remplacement, j'ai fait de l'assistantat en salariat, j'ai travaillé dans différents hôpitaux, que ce soit en service de rééducation ou en cours séjour. J'ai travaillé dans différents centres de rééducation également. Et je travaillais en prison. Et du coup, j'ai eu... Ma dernière activité libérale était une
25 activité uniquement à domicile sur un quartier en zone prioritaire, donc sur une patientèle qui était plutôt issue de l'immigration avec des contextes sociaux et contextuels, qui était assez complexe. Donc ça, c'est pour ma pratique clinique. Après, en France, j'ai également travaillé dans deux écoles de kiné de 2015 à 2022, donc (*Nom de la ville*) et (*Nom de la ville*), où j'avais une part de chargé d'enseignement et
30 j'avais une part de coordination, donc qui était plutôt sur les stages, le parcours clinique des étudiants à (*Nom de la ville*) et à (*Nom de la ville*), qui était plutôt sur la coordination de la licence donc des trois premières années d'études avec la première année qu'on incluait dans la première année d'université qui pouvait être STAPS, médecine, bio etc. Donc ça ~~ça~~ a été mon activité en France et après depuis 2009 en fait j'ai eu

Annexe 3 : Extrait d'une analyse par entretien

Thèmes	Entretien N°2 : Béatrice
Thème 1 : L'urgence	<p>« Oui, je dirais que je suis, en tous points de vue, » « Parce que je me dis, quand on est vraiment en France, souvent, oui, dans l'urgence, il faut faire vite, vite, vite. Et on ne réfléchit pas toujours bien quand on fait vite. Des fois, j'ai tendance à dire vite et mal. Donc, je pense qu'il faut... Ça, ça m'a beaucoup appris, ce côté... Oui, effectivement, dans ces cultures différentes où le rapport au temps est complètement différent du notre, il y a des choses, je trouve, qui sont bien. Ou se dire, attends, mais là, si tu te précipites, tu ne vas pas réfléchir, tu vas faire des bêtises. Alors, prends un peu de temps de réflexion. Tu dois bien faire ton boulot. Et oui, à ce niveau-là, ça a changé. Effectivement »</p>
Thème 2 : Stratégies de prises de décisions	<p>« je me suis posé la question, en disant, est-ce que là, tu n'es pas en train de faire un truc que tu penses bien et qui, en fait, n'est peut forcément correctement ce que la personne a dit. Et on peut passer à côté de quelque chose de sérieux. » « Moi, j'avoue que c'est plus à l'instinct. J'y allais doucement, j'attendais de voir le ressenti de la personne. »</p>
Thème 3 : Cadre réglementaire	<p>« Et c'est à la suite de ça, d'ailleurs, que j'ai arrêté de parler d'hypnose au papy-mamie. Parce que je me suis dit « Ils ne savent pas trop ce que c'est. Fais-le et puis tu verras. » « Mais oui, je suis hors-la-loi. Je le sais. Ça, oui. Mais bon. J'assume. J'assume. » « Je ne pense pas que ce soit bien méchant parce que je n'ai jamais soutiré les cartes de crédit ni quoi que ce soit en patient. Ça n'a jamais été malveillant. Donc à partir de là, j'estime que c'est plutôt bienveillant et que, bon, je serais me défendre s'il faut aller au tribunal. Voilà. »</p>
Thème 4 : Dilemme éthique et moraux	<p>« j'ai rencontré une personne, sur toutes mes missions, qui prenait les gens pour un champ d'expérimentation, et j'étais profondément choqué, là. Chirurgienne, et j'étais hyper choqué, mais hyper choqué. Qui te fait une opération à vif de sein, sans endormir, le sein, c'est hyper douloureux, et t'imagines, il y a plein de nerfs qui arrivent dans ton sein, et je te tripatouille, la dame, elle hurlait de douleur, et elle continue à faire ce qu'elle voulait faire, alors qu'elle n'était même pas sûre que c'était une tumeur cancéreuse. Là, j'ai halluciné, quoi. Et là, tu te dis, nous, en tant que kiné, c'est pareil, il ne faut pas faire ce qu'on... Il ne faut pas prendre les gens pour de champs d'expérimentation, je veux dire, tiens, je vais tester quelque chose. Surtout pas. »</p>
Thème 5 : Développement professionnel	<p>« Enfin, mes formations remontaient à tellement loin que je ne me souvenais plus trop. Donc là, je me suis dit, non, c'est ce que tu n'es pas en train de mal faire. J'avais peur de mal faire. Je me souviens, c'était un collier cervical pour une jeune adulte de 26 ans qui était complètement brûlée, enfin, toute la gorge, etc. Et j'avoue que quand je l'ai mis à la jeune, ça n'allait pas, ça la blessait, etc. Donc, j'ai demandé au médecin, en fait, et qui, lui, m'a appris. Il était plus compétent que moi. C'était un plasticien, donc il connaissait les athètes, etc. Et il est venu m'aider. Il m'a fait des patrons, comme on fait des patrons en couture. Il m'a dit, tu vois, tu fais comme ça, comme ça. Et du coup, il m'a appris. Donc, j'ai été très contente parce que même en humanitaire, on apprend plein de choses. On est avec des gens toujours plus compétents que soi. »</p>

Annexe 4 : Tableau de synthèse de l'analyse thématique horizontale

Thèmes	Sous-thèmes	RÉSUMÉS DES ENTRETIENS
L'urgence	Perception de l'urgence	Si on met en commun : l'urgence est définie dans le temps et provoquée par un élément déclencheur qui peut être de différentes natures (politique, conflits, catastrophes naturelles, ...). L'urgence nécessite de répondre immédiatement à un besoin. Lors d'une urgence on s'occupe des conséquences et non de la cause car sinon c'est du développement. Plusieurs participants ont évoqué voir l'urgence sous un spectre humanitaire en lien avec leurs expériences.
	De l'urgence au développement	Il ressort que : l'urgence doit être temporaire et qu'il faut basculer dans le développement dès que possible afin de pérenniser les actions. On ne doit pas être dans l'urgence de façon permanente sinon c'est que la stratégie de gestion n'est pas adaptée. Pour ce faire il est important de s'appuyer sur des acteurs locaux.
Identification des sources d'incertitudes	Barrière de la langue	La langue ressort comme une source majeure d'incertitude en mission humanitaire, compliquant la compréhension mutuelle et la qualité du recueil du consentement. Une mauvaise interprétation peut entraîner des risques cliniques importants, notamment en cas de contre-indications. Si la présence d'un traducteur peut améliorer la compréhension, elle soulève également la question du caractère libre du consentement. Ce contexte souligne la nécessité d'une adaptation au cas par cas pour garantir la sécurité et l'autonomie du patient.
	Financement de la mission humanitaire et du projet de soin	Les incertitudes liées au financement touchent à la fois la disponibilité des fonds et leur répartition. Le caractère imprévisible des aides, souvent dépendantes de décisions politiques internationales, crée une instabilité pour les missions humanitaires. Même en cas de financement privé, les conséquences indirectes des choix économiques globaux se font sentir. Par ailleurs, la répartition du budget soulève des enjeux éthiques importants, notamment lorsqu'il s'agit de prioriser les soins. Face à ces incertitudes, diversifier les sources de financement apparaît comme une stratégie pertinente pour assurer la continuité des projets.
	Continuité des soins	La continuité des soins dans les contextes d'urgence est une incertitude majeure, souvent ressentie par les professionnels comme une difficulté morale et organisationnelle. Le manque de suivi rend complexe la projection thérapeutique, notamment en kinésithérapie où certaines interventions nécessitent un accompagnement dans le temps.
Stratégies de prise de décision		<ul style="list-style-type: none"> • Raisonnement clinique selon EBP avec plusieurs hypothèses pour éviter la fermeture prématurée, avec une utilisation de critères objectifs : marqueurs, RF. Ils évoquent aussi la nécessité d'adapter au patient et à la culture • Instinct et adaptation en fonction de la réponse clinique ou du retour du patient

		<ul style="list-style-type: none"> • Le cadre très précis donne des conduites à suivre (arbre décisionnels) • Prise de décision collective
Cadre réglementaire	Différences entre cadre français et contexte humanitaire.	<p>Certaines ONG ont un cadre très défini et précis en contexte de mission humanitaire urgence. Avec des conduites à tenir précises en termes de sécurité.</p> <p>Le cadre n'est pas le même qu'en France car ils ne sont pas confrontés aux mêmes choses mais cela reste rare d'empiéter sur le champs de compétences des d'autres professions</p> <p>Selon David, le cadre réglementaire en termes de rééducation n'est pas souvent défini dans les pays où les MK interviennent donc ils se réfèrent au cadre réglementaire médicale pour pallier cela. Il rajoute en rejoignant Arthur et carole que les grosses structures et ONG donne des moyens et un cadre supplémentaire qui permet de ne pas sortir du cadre éthique</p>
	Sécurité en mission	<p>Les consignes de sécurité sont souvent très claires et définies, surtout pour les internationaux selon Carole.</p> <p>Dans le cas où les MK se sont retrouvés dans des situations qu'ils estimaient comme risqué alors ils ont pu dépasser le cadre réglementaire pour leurs sécurités ou celles de ceux qui les accompagnaient</p>
	Sortir du cadre réglementaire en situation d'urgence : où placer la limite ?	<p>Béatrice évoque sortir du cadre réglementaire en termes d'information du patient et de recueil de son consentement dans le cadre de séance d'hypnose et dit que c'est par bienveillance qu'elle s'affranchit de cela.</p> <p>Ils se rejoignent tous sur le fait de ne pas prendre de décision médicale et que c'est une ligne à ne pas franchir</p> <p>La ligne est très fine entre sortir du cadre et encore être dedans.</p> <p>Béatrice et Éric évoquent des médecins qui sont sortis du cadre réglementaire et déontologique en employant des termes de champs d'expérimentation, cela pose des questions déontologique mais aussi éthique.</p>
Interprofessionnalité : travailler en équipe dans un contexte incertain	Dynamique entre professionnels de santé	<p>Il y a une diversité dans les rapports hiérarchiques. Certain demande l'avis du médecin du médecins et évoque que les décisions les plus graves ne leurs reviennent pas.</p> <p>Certains évoquent aussi un rapport horizontal de collaboration lié au contexte.</p>
	La prise de décision collective face à l'incertitude	<p>« <i>L'incertitude elle se partage</i> » la stratégie la plus utilisés par les MK c'est d'avoir recours à d'autres professionnels afin d'échanger sur la problématique/ décision à prendre.</p>
Développement professionnel et contexte humanitaire	L'apprentissage sur le terrain	<p>L'apprentissage sur le terrain est ce qui est ressorti majoritairement comme ce qui les aide le plus à appréhender l'incertitude en contexte de missions humanitaire d'urgence. Ils évoquent aussi l'importance de l'apprentissage par les pairs sur le terrain.</p>
	Quelles formations pour préparer les MK à l'humanitaire	<p>Ils évoquent tous diverses formations mais Arthur appuie fortement sur les formations qui aident à se connaître soi-même (entretien motivationnel) et que c'est que ses limites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils évoquent tous que la formation initiale n'est pas suffisante et très scolaire mais les avis sont partagés entre le fait qu'ils devraient avoir des enseignements là-dessus ou uniquement une sensibilisation.

	Reconnaissance de ses limites et évolution de la posture professionnelle.	L'aveu de faiblesses n'est pas un problème, au contraire ne pas les reconnaître peut-être dangereux. En reconnaissant leur manque de faiblesse ils ont pu déléguer à des personnes avec plus d'expertise. Beatrice souligne l'importance de connaître ses limites et Arthur de savoir ce que l'on veut et ce qu'on ne veut pas (ça il l'a appris par le terrain en se connaissant mieux lui-même)
Gestion des émotions en situation d'urgence et stratégies régulations		L'incertitude en contexte d'urgence peut provoquer pleins émotions (tristesse, frustration, panique, ...) mais ce sont des expériences très enrichissantes. Les stratégies de gestions peuvent différer par exemple carole gère ses émotions à distance des événements. Il existe aussi des modes de gestions à plusieurs après une crise (cf attaque que Arthur a vécu). Carole évoque le fait de connaître ses limites et reconnaître quand elle est trop impliquée et préfère réguler ses émotions de façon individuelle à distance du travail.
Enjeux éthiques		Répartition des ressources
		Arthur et David évoque les difficultés lors de la répartition des différentes ressources. Vaut-il mieux une prothèse que 10 000 béquilles. Ils appréhendent l'incertitude avec une notion d'éthique mais aussi de rentabilité avec la notion des bénéficiaires secondaires
		Respect du patient de son intégrité contexte humanitaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Consentement : pas toujours simple à recueillir • Atteinte à la pudeur • Ne pas prendre les missions pour un champs d'expérimentation : respecter la dignité du patient 		
La continuité des soins	La question de ce qu'il y a après est revenu dans tous les entretiens. Éric se demande si des fois il ne vaut pas mieux ne rien faire que de faire une opération et ne pas faire de suivi derrière. Ils évoquent pour la plupart la notion d'éthique derrière.	

Annexe 5 : Résumé des entretiens

Annexe 5.1 : Résumé de l'entretien avec Arthur

Arthur est MKDE depuis 2007 et est actuellement dans un cabinet libéral en tant que titulaire. Il a différentes expériences dans des missions humanitaires d'urgence, notamment, en Afrique de l'Ouest, au Moyen-Orient et dans les caraïbes. Il a également réalisé des missions de développement dans la région sahélo-saharienne. Concernant son activité en France il a exercé en libéral en tant que remplaçant et assistant avant d'être titulaire mais a également eu des expériences en milieu carcéral et au sein d'un service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). L'incertitude est omniprésente dans sa pratique y compris dans les soins en France, seulement en contexte de missions humanitaire d'urgence les situations sont plus complexes et multifactorielles donc cela engendre davantage d'incertitude *« est-ce que je rentre, est-ce que je reviens, est-ce que je reste plus longtemps ? Est-ce que les soins que je fais là sont pérennes ? Donc beaucoup de questionnements, on va dire, au quotidien, impactés par est-ce qu'on a des budgets, comment ça va être l'avenir ? »*.

Il nous explique que l'incertitude était appréhendée par un cadre organisationnel défini avec une hiérarchie des post bien établi. Toutefois, la prise de décision varie en fonction du niveau de responsabilité : les chefs de projet, par exemple, sont davantage exposés à l'incertitude en raison de leurs responsabilités accrues.

Arthur durant ses missions en a appris plus sur lui-même et ce qu'il voulait ou non. Pour illustrer cela il nous a donné l'exemple d'un attentat au Moyen orient ils n'ont pas appliqué les consignes de sécurité habituelles car ils ne les estimaient pas adaptées à la situation et que leur sécurité était compromise. Ils ont pris cette décision à plusieurs afin de gérer l'incertitude avec les contraintes liées à l'urgence de la situation. C'est à la suite de cela que Arthur su qu'il ne voulait plus être confronter à des situations d'insécurité.

Tout au long de l'entretien, il identifie les chefs de projet et les collègues comme des personnes ressources et d'aide pour appréhender l'incertitude.

Des questions éthiques ont également été abordées notamment autour du consentement, de la barrière de la langue, de la relation de soin de la répartition des ressources et de la priorisation de soin. Il met en évidence l'impact des émotions comme facteurs influençant la prise de décision et donc la prise en soin *« imaginons qu'on ne vive pas bien une situation qu'on trouve trop dure, (...), un truc un peu chaud, est-ce qu'on fait exactement le même soin ? est-ce qu'on a la même écoute ? est-ce qu'on fait la même technique dans la suite ? la réponse c'est non »*. Enfin, il insiste sur l'importance de s'entraîner sur différents cas cliniques afin d'automatiser certains processus décisionnels. Il illustre ses propos par les concepts de système 1 et système 2 dans la prise de décision, illustrant ainsi comment l'expérience et la formation permettent d'optimiser la réactivité en situation critique.

Annexe 5.2 : Résumé de l'entretien avec Béatrice

Béatrice est MKDE depuis 1986. Elle a mis sa carrière entre parenthèse pendant 14ans quand elle est partie aux états unis où elle n'était pas autorisée à exercer. Elle s'est tout de même occupé d'enfant en situation d'handicap mental dans une école, ce qui fut une expérience très enrichissante. De retour en France, elle a exercé en centre de rééducation et en libéral.

Pour ce qui est de l'humanitaire, elle a eu sa première expérience durant ses études de kiné elle a été dans un mouvoir avec mère Teresa en Asie du Sud. Par la suite, elle a réalisé neuf missions en Asie du Sud et trois missions en Afrique de l'Ouest. Aujourd'hui, elle exerce en tant que remplaçante afin de pouvoir se rendre disponible pour de nouvelles missions. Elle est également actuellement impliquée comme Éric, dans une ONG qui réalise des missions sur des bateaux-hôpitaux en Asie du Sud.

Parallèlement, elle s'est formée à l'hypnose, qu'elle considère comme sa seconde passion après l'humanitaire, ainsi qu'à la méthode Niromathé.

Face à l'incertitude, elle explique qu'il faut connaître ses limites, quand une situation la dépasse elle demande conseils à un médecin ou un expert dans le domaine. Lors de ses missions en Asie du Sud, elle apprécie la dynamique d'équipe horizontale qui favorise la coopération. En situation d'incertitude, elle se fie davantage à son instinct et au ressenti du patient, veillant à ce que les soins prodigués ne produisent pas d'effets contraires à ceux attendus.

Beatrice a également évoqué l'aspect culturel comme un élément essentiel à prendre en compte dans la prise de décision. Elle l'illustre par un exemple d'une mission en Asie du Sud où la prise en charge gynécologique par un soignant masculin pouvait poser problème dans un pays majoritairement musulman.

L'humanitaire a fait changer sa vision du métier de MK mais aussi de sa vie quotidienne. Elle se dit désormais beaucoup plus sensible au gaspillage, notamment dans le système de soins et l'attribution des aides techniques. De même, son approche des maladies graves et des situations d'urgence a évolué.

Enfin, Béatrice souligne que, pour être un bon kinésithérapeute, les qualités humaines priment sur les compétences techniques.

Annexe 5.3 : Résumé de l'entretien avec Carole

MKDE depuis 2009, Carole a exercé dans divers contextes. Elle a travaillé en libéral en tant que remplaçante et assistante, ainsi qu'en salariat dans plusieurs hôpitaux, centres de rééducation et en milieu carcéral. Elle a également enseigné dans deux écoles de masso-kinésithérapie en France.

Elle a été bénévole pour plusieurs associations de solidarité internationale. Elle a d'abord effectué une mission de volontariat en Afrique de l'Ouest, avant d'intégrer une ONG avec laquelle elle est partie en Asie du Sud-Est. Par la suite, elle a rejoint une autre ONG pour une mission d'urgence en Afrique de l'Est. Actuellement, elle est en Europe de l'Est, où elle occupe le poste de cheffe de projet pour une mission de développement.

Elle partage une situation où, en tant que cheffe de projet, elle a dû prendre une décision pour assurer la sécurité de son équipe en déplacement. Son expérience du terrain lui a permis d'intégrer des automatismes qui l'ont aidée dans cette prise de décision, tout en s'appuyant sur les ressources internes de l'ONG.

Elle insiste sur l'importance de la flexibilité en tant que chef de projet car les contextes évoluent rapidement ce qui revient à une gestion de crise permanente. Lorsqu'une décision est prise, elle peut être la bonne à l'instant T mais devenir obsolète le lendemain.

Pour elle, l'incertitude n'est pas un frein, mais un élément à prendre en compte et à analyser. Elle l'apprécie même plus qu'elle ne la subit, la considérant comme essentielle à son épanouissement professionnel.

Lors d'une prise de décision en contexte clinique, le contexte socio-culturel de la famille a été un élément majeur dans sa prise de décision, elle s'est également appuyée sur d'autres professionnels de santé intervenant auprès du patient.

Concernant la gestion de ses émotions, elle reconnaît qu'elles ne sont pas toujours faciles à maîtriser. Sa stratégie consiste à adopter une certaine distance au travail pour éviter d'être paralysée par celle-ci, tout en trouvant des moyens de régulation en dehors de son activité professionnelle.

Elle souligne que l'urgence doit être définie dans le temps : il est essentiel de passer d'une gestion de crise à une approche de développement. Si l'on reste en permanence dans l'urgence, cela signifie que la stratégie mise en place n'est pas adaptée.

Enfin, elle nous avertit sur un mode raisonnement clinique en entonnoir qui engendrer une fermeture prématurée d'hypothèse. En contexte d'urgence, il est d'autant plus intéressant d'avoir différentes hypothèses car si la première s'avère fautive alors on peut rebondir facilement sur la deuxième. Dans le cas où nous n'aurions pas formulé qu'elle seule alors cela nous demande de recommencer le raisonnement clinique avec les contraintes que l'urgence implique.

Annexe 5.4 : Résumé de l'entretien avec David

David est MKDE depuis 2011, il a ensuite passé un master en ingénierie de la rééducation. Il a surtout travaillé en centre de rééducation auprès des patients neurotraumataux, brûlés et amputés afin de préparer son activité dans l'humanitaire.

Il a voyagé en Asie où il a pu se former et travailler bénévolement dans 2 associations en Asie du Sud et du Sud Est. Il a postulé en 2015 dans de plus grosses associations et ONG. Il a commencé à travailler dans une des ONG sur un versant plus clinique. Il a débuté dans une région d'Europe de l'Est avant de poursuivre dans les Caraïbes. Ensuite, il a travaillé dans un pôle de l'ONG réservé à l'innovation et à la recherche médicale, plus spécifiquement sur l'impression 3D. Il a ainsi intégré un projet d'utilisation des technologies digitales pour la fabrication d'appareillages, notamment pour les amputés du membre supérieur et les patients brûlés, en réalisant des orthèses de compression. Parallèlement, il a mené plusieurs missions, à la fois de développement et d'urgence, principalement dans des régions du Moyen-Orient et des Caraïbes, alliant formation, montée en compétences des équipes locales et prise en charge avancée des patients brûlés. Aujourd'hui, ce projet continue de se développer dans ces mêmes régions.

David perçoit l'urgence sous le prisme de l'humanitaire, souvent liée aux catastrophes naturelles ou aux conflits, impliquant un déploiement rapide. Il souligne les enjeux de temporalité des prises en charge, la priorité étant donnée aux soins médicaux, la rééducation débute souvent tardivement avec des conséquences d'aliments déjà installées. La continuité des soins est également un défi, rendant le suivi des patients complexe.

L'incertitude se manifeste à plusieurs niveaux : dans les choix d'actions, le diagnostic médical, la fatigue, la continuité des soins, le nombre élevé de patients à voir... D'où l'importance des échanges au sein des équipes de soins. Il prend ses décisions en s'appuyant sur des marqueurs cliniques tout en tenant compte du contexte socio-culturel du patient. Cette incertitude concerne aussi des aspects plus éthiques, comme le recueil du consentement.

Concernant le cadre réglementaire, il souligne que la limite est rarement franchie, bien qu'elle puisse être fine. En revanche, la frontière éthique, elle, ne devrait jamais être dépassée. L'une des principales difficultés en lien avec l'éthique qu'il évoque est la priorisation des actions et des patients.

Enfin, Il insiste sur l'importance d'avoir des experts sur le terrain, les missions ne laissant pas toujours le temps de se former sur place. Il considère que le terrain est un excellent moyen de se former, mais que la spécialisation reste essentielle pour être efficace en mission.

Pour ce qui est de la formation il pense que le terrain permet de se former mais aussi qu'il est important de se spécialiser

Annexe 5.5 : Résumé de l’entretien avec Éric

Éric est MKDE depuis 1984. Il exerce principalement en libéral, mais a également travaillé dans un centre spécialisé pour les victimes de torture. Engagé dans l’humanitaire, il a été bénévole pour plusieurs associations, participant à des maraudes et à des missions de secourisme. Il est titulaire d’un diplôme universitaire en santé humanitaire et est formé en kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons.

Sa première mission d’urgence a eu lieu après un tsunami en Asie du Sud-Est, puis il a poursuivi ses engagements dans les Caraïbes. Depuis 2011, il est impliqué, aux côtés de Béatrice, dans une ONG réalisant des missions sur des bateaux-hôpitaux en Asie du Sud.

Il évoque la question du psycho-traumatisme à travers des cas rencontrés lors de ses missions, qu’il a su identifier grâce à son expérience en centre spécialisé pour les victimes de torture. L’un des principaux défis qu’il souligne est la continuité des soins. Il s’interroge sur l’impact éthique des interventions humanitaires, se demandant parfois s’il ne vaudrait pas mieux ne pas intervenir du tout plutôt que d’initier des soins sans pouvoir les poursuivre.

Pour lui, l’urgence se définit comme un besoin nécessitant une réponse immédiate. Qu’elle est la même qu’en France mais plus difficile à gérer car plus multifactorielle.

Il met en garde sur l’importance de respecter la pudeur des patients, malgré des conditions parfois difficiles, comme la promiscuité dans des espaces de soins ouverts.

Enfin, il insiste sur l’adaptation aux patients, à leurs connaissances et à leur culture, ainsi que sur l’importance du travail en équipe, particulièrement en contexte d’incertitude : « *L’incertitude, elle se partage.* »