



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Chirurgie plastique nomade : 1 ONG, 10 années, 30 missions



Nomadic plastic surgery: 1 NGO, 10 years, 30 missions

P. Knipper ^{a,*}, P. Antoine ^b, C. Carré ^c, J. Baudet ^d

^a 16, boulevard de la Tour-Maubourg, 75007 Paris, France

^b Clinique Pasteur, 222, route de Rochefort, 17200 Royan, France

^c 281, rue de Vaugirard, 75015 Paris, France

^d Service de chirurgie plastique, CHU hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux, France

Reçu le 20 janvier 2015 ; accepté le 4 mars 2015

MOTS CLÉS

Chirurgie humanitaire ;
Chirurgie nomade ;
Ethno-chirurgie

Résumé Cette publication présente le bilan de 10 années de missions de chirurgie plastique nomade effectuées par une petite organisation non gouvernementale française : Interplast – France/chirurgie sans frontières (www.interplast-france.net). Cette ONG est spécialisée dans la chirurgie réparatrice en situation précaire et elle intervient dans les pays en voie de développement. Nous proposons la photographie de 10 années de missions réalisées entre 2003 et 2013. Cette expérience couvre une période homogène tant sur les objectifs proposés que sur la régularité des missions observée. Ce travail montre le déroulement des missions et la méthodologie employée. Nous avons réalisé 30 missions, fait plus de 4000 consultations et réalisé 1500 interventions. Les interventions se sont réparties en un quart de fentes labio-palatines, un quart de tumeurs, un quart de séquelles de brûlure et un quart de pathologies diverses comme le noma et l'ulcère de Buruli. Nous montrons quelques adaptations comme l'autonomie en mission, l'ajustement des indications par rapport à ce nouvel environnement et l'intégration des traditions locales dans notre action thérapeutique. Nous proposons des notions pratiques sur le plan chirurgical et certaines réflexions sur le plan sociétal. Ce travail veut être avant tout un hommage à tous les acteurs invisibles qui interviennent dans cette longue chaîne d'humanité qui fait, qu'un jour et par la simple magie des hommes, un patient du bout du monde puisse être soigné de la même façon que dans un pays industrialisé.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : contact@knipper.fr (P. Knipper).

URL: <http://www.knipper.fr>

KEYWORDS

Humanitarian surgery;
Nomadic surgery;
Ethno-surgery

Summary This publication presents the results of 10 years of nomadic plastic surgery missions by a small French non-governmental organization: Interplast – France/surgery without borders (www.Interplast-France.net). This NGO is specialized in reconstructive surgery in challenging conditions and works in developing countries. We present a view of 10 years of missions carried out between 2003 and 2013. This experience covers a uniform period both by the objectives proposed and the regularity of missions observed. This work shows the way surgical missions take place and the methodology used. We carried out 30 missions. We made more than 4000 consultations and we operated 1500 patients. Interventions are divided into one quarter cleft, one quarter tumors, one quarter burn injuries and one quarter of various diseases such as noma and Buruli ulcer. We show some adaptations such as autonomy during missions, the adjustment guidance in relation to this new environment and the integration of local traditions in our therapeutic action. We offer practical notions on the surgical procedures and some reflections on the societal level. This work aims primarily to pay tribute to all the invisible actors in this long chain of humanity and thanks to the simple intervention of men, a patient can have the same medical treatment whether he is in an industrial country or in some isolated place on this earth.
© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Il existe en France, et depuis longtemps, une longue tradition d'aide envers les pays en voie de développement. L'aide humanitaire a toujours été très importante, notamment dans le domaine de la santé. L'action des nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) s'est beaucoup spécialisée ces dernières années dans ce domaine médical. La demande en chirurgie plastique s'est confirmée. Certaines grosses ONG associent aujourd'hui des chirurgiens plasticiens à leurs programmes médicaux ou organisent des missions sur une pathologie bien précise comme la fente labio-palatine.

Interplast-France/chirurgie sans frontières est une petite organisation non gouvernementale française spécialisée dans la chirurgie plastique dans les pays en voie de développement. Elle prend en charge toutes les pathologies qui nécessitent un geste de chirurgie réparatrice. Interplast-France/chirurgie sans frontières s'est très vite orientée dans la chirurgie plastique en situation précaire. Face à une demande chirurgicale qui vient de plus en plus des zones rurales, elle s'est orientée dans la chirurgie plastique nomade.

Cette publication propose le bilan de 10 années de missions de chirurgie plastique nomade, c'est-à-dire, de missions effectuées dans les zones les plus reculées de ces pays. Pour cela, nos équipes se sont mises en totale immersion et nous présentons notre expérience.

Des missions et des hommes

Interplast-France/chirurgie sans frontières

Interplast-France/chirurgie sans frontières (www.Interplast-France.net) est une association loi 1901, à but non lucratif, dont l'objectif est d'intervenir dans les pays où la chirurgie réparatrice est inexistante. Nous intervenons bénévolement, en moyenne, une quinzaine de jours, trois à quatre fois par an, dans différents pays comme l'Inde, le Sénégal, le Togo, le Bénin, le Nigéria, le Ghana, le Niger, l'Arménie, Madagascar, Gaza, le Tchad... Nous essayons

toujours d'associer mission et formation et, tout cela, en parfaite collaboration avec les confrères locaux et dans le respect des traditions locales.

Les missions de chirurgie plastique nomade

Constatant que 80 % de la demande de chirurgie réparatrice se trouve en zone rurale, nous avons décidé d'aller travailler au plus près des patients les plus nécessiteux, c'est-à-dire, dans les villages. Nos objectifs définis en 2003 ont été l'immersion totale des équipes au village, la réalisation de missions de chirurgie plastique en situation très précaire, le développement des missions nomades, l'adaptation des missions à l'environnement et le travail en collaboration avec les tradithérapeutes locaux.

Les missions chirurgicales ont été régulières avec, en moyenne, trois missions par an, trois membres par mission (panseuse, anesthésiste, chirurgien) et la présence d'un chirurgien-dentiste dans 80 % des missions. La mission s'est effectuée généralement dans une case ou dans un centre de santé. Les équipes se sont déplacées par les moyens locaux (taxi collectif, pirogue, charrette) avec 200 kg de matériel en moyenne (Fig. 1). Nous avons utilisé des valises renforcées spéciales type Pélicase® pour le matériel fragile (boîtes de chirurgie, scope, bistouri électrique, stérilisateur, consommable d'anesthésie) et des sacs étanches pour les consommables plus résistants (compresseurs, champs, boîtes de fils). Nous avons obéi au principe d'autonomie : nous avons emporté avec nous vraiment tout ce qui était nécessaire pour réaliser la mission et pour être complètement autonomes.

Nous avons cependant trois impératifs précis avant d'organiser une mission sur un lieu défini :

- présence d'eau : nous essayons d'être au plus près possible d'un puits ;
- un groupe électrogène : la production électrique est indispensable pour les interventions où le bistouri électrique est très utile, pour le scope, pour l'aspiration, etc.
- une bouteille d'oxygène médical : dans les missions les plus isolées, nous nous contentons d'extracteurs d'oxygène mais le débit reste bas.



Figure 1 Bagages d'une mission nomade : autonomie.

La mission, en pratique et très schématiquement, se déroule souvent de la même façon :

- invitation écrite émanant d'une autorité sanitaire locale ;
- organisation de la mission de nombreux mois avant : recueil d'informations sur le lieu de la mission, le nombre de patients, l'âge, le sexe, les pathologies observées, les conditions locales, etc.
- préparation de la mission : constitution de l'équipe, billets d'avion, vaccinations, formalités administratives, préparation du matériel, etc.
- arrivée au village : présentations et salutations aux autorités locales et sanitaires, rencontre indispensable avec le chef de village et le (ou les) tradithérapeute(s), réunion avec explications des objectifs de la mission, etc.
- installation au dispensaire avec l'aide de l'agent de santé local : nettoyage des locaux, création d'une unité chirurgicale nomade avec déballage du matériel de chirurgie et d'anesthésie, vérification de l'oxygène et mise en route du groupe électrogène, etc.
- consultation des patients et constitution du programme opératoire ;
- début des interventions chirurgicales dès le premier jour en commençant par des interventions simples pour tester le matériel ;
- interventions chirurgicales quotidiennes sans interruption durant tout le séjour ;
- consultations complémentaires très fréquentes entre les interventions ;
- en fin de mission : organisation d'une consultation finale où tous les patients sont revus (et photographiés) ; les pansements sont refaits avec don de matériel à chaque patient ; les conseils pour le suivi sont expliqués au personnel soignant. Le diagnostic et l'intervention sont notés sur le carnet de santé du patient ou sur un équivalent papier. Nous conservons une version informatique (dossier clinique et photographies). Généralement, une réunion est organisée entre les agents de santé du dispensaire, les organisateurs de la mission et l'équipe d'Interplast-France/chirurgie sans frontières pour faire le bilan, commenter le déroulement de la mission et définir les points à améliorer pour un futur séjour. Un compte rendu de la mission ainsi que les photographies



Figure 2 Chirurgie plastique nomade dans une case de santé.

pré- et postopératoires des patients opérés sont adressés secondairement.

Résultats

Le système de santé

Au cours de nos missions de chirurgie nomade, nous sommes intervenus principalement dans les cases de santé qui sont les derniers maillons de la chaîne sanitaire (Fig. 2). L'agent de santé local est généralement un infirmier. Le travail au village nous a permis dans l'ensemble d'être beaucoup plus efficaces en nombre de consultations et d'interventions. L'action sur place nous a surtout permis de travailler avec les tradithérapeutes [1] qui sont finalement le premier visage du corps médical dans ces zones reculées. Ces thérapeutes traditionnels ont surtout été d'excellents médiateurs pour expliquer notre action sur place.

Les missions

De 2003 à 2013, nous avons réalisé en moyenne trois missions par an, soit un total de 30 missions sur 10 ans. Deux tiers des missions ont été réalisées en cases et centres de santé ou directement en brousse, c'est-à-dire, en extérieur (sous une tente ou à l'ombre d'un arbre). Un tiers des missions a été effectué dans un hôpital général mais dans des conditions sanitaires déplorables. Paradoxalement, et selon notre expérience, la notion de précarité a évolué au cours des missions. Il est parfois plus aisé de travailler sous l'ombre d'un manguiier, à côté d'un puits bien équipé, entouré d'une population motivée et de patients coopérants, que de faire le programme dans une structure certes « en dur » mais négligée, avec une salle de soins confinée et du personnel découragé.

Les missions de chirurgie plastique nomade ont été réalisées en complète autonomie, c'est-à-dire, sans aucune aide matérielle médicale extérieure. Nous avons atteint le maximum de l'autonomie sur un projet nomade sur le fleuve Niger, entre 2008 et 2011, où nous avons fait deux missions annuelles pendant quatre années (Fig. 3). Les populations béninoise et nigérienne étaient informées auparavant de notre passage par les réseaux locaux. L'équipe s'est déplacée pendant plusieurs jours en pirogue le long du fleuve et avec tout le matériel médico-chirurgical. Les



Figure 3 Clinique nomade sur le fleuve Niger.

consultations et les interventions étaient réalisées dans certains villages en fonction de différents critères (grosse population, village accessible uniquement par le fleuve, jour de marché). Dans ces circonstances, nous avons privilégié évidemment les anesthésies locales, tronculaires et locorégionales. Nous avons utilisé du matériel chirurgical en kit stérile et fait des interventions aux suites fiables et ne nécessitant pratiquement aucun soin postopératoire (surjet intradermique enfoui avec du monocryl ou vicryl rapide et pansement unique laissé en place 10 jours). Les suites étaient supervisées par l'infirmier local et nous avons un retour d'informations par téléphone.

Les consultations

Nous avons réalisé plus de 4000 consultations. En pratique, le nombre de consultations est toujours sous-estimé car nous réalisons tout au long du séjour une quantité importante de consultations sans vraiment faire un dossier médical.

Dans ces missions, les consultations concernent surtout la chirurgie plastique dite générale. Il s'agit, soit de pathologies classiques mais à un stade très avancé, soit de pathologies moins habituelles comme le noma [2], l'ulcère de Buruli [3], l'éléphantiasis ou certaines malformations congénitales insolites. Il existe cependant de nombreux biais de sélection en fonction des missions.

Nous avons observé toutes les tranches d'âge qui restent toutefois variables en fonction de nombreux critères comme la pathologie rencontrée, la saison (période de récolte), la tradition locale, la religion...

L'anesthésie

Avant de poser les indications chirurgicales, il faudra tenir compte de l'expérience de l'anesthésiste qui est souvent le dénominateur commun d'une bonne prise en charge médicale dans ces conditions très précaires.

Le minimum requis pour assurer une sécurité anesthésique acceptable est de disposer d'une source d'oxygène (obus ou concentrateur d'oxygène), d'un système d'aspiration mécanique ou électrique et au moins d'une surveillance de la saturation en oxygène. S'il faut privilégier

les anesthésies locales et locorégionales dans ce contexte, l'anesthésie générale est souvent indispensable. Il faudra alors préférer les anesthésies en ventilation spontanée sous kétamine et midazolam. Si une curarisation s'avère indispensable en mission, nous préconisons le vécuronium qui se dégrade moins à la chaleur.

Les interventions

Nous avons effectué un peu plus de 1500 interventions chirurgicales sur 10 années. Mis à part certains gestes sous anesthésie locale pure ou des pansements sous sédation générale, la comptabilité des interventions est à peu près fiable. Les interventions ont été réparties en 25 % de fentes labio-palatines, 25 % de tumeurs, 25 % de séquelles de brûlures et 25 % d'interventions diverses :

- sur les 25 % de fentes, deux tiers étaient des fentes labiales (dont 80 % de fentes unilatérales) et un tiers étaient des fentes labio-palatines. Une particularité a été de voir un nombre important de fentes chez des adultes alors qu'en France la prise en charge se fait dans l'enfance. La majorité des fentes labiales ont été corrigées selon le principe de la chéilo-rhino-plastie fonctionnelle primaire de J. Delaire [4]. Le taux de lâchage de suture a été inférieur à 1 %. Nous avons utilisé les techniques classiques de fermeture du palais osseux par des lambeaux muco-périostés et les techniques habituelles pour fermer le palais mou. Il n'y a jamais eu, en mission, de greffes osseuses pour fermer une fente palatine ;
- sur les 25 % de tumeurs, les deux tiers correspondaient à des gros lipomes invalidants. L'anesthésie locale a été largement utilisée ainsi que « le capitonnage » pour éviter un drainage secondaire. L'autre tiers correspondait à des tumeurs maxillo-mandibulaires diverses et à des tumeurs variées des tissus mous. Les examens anatomopathologiques sont exceptionnellement réalisables dans ce genre de programme. Devant une pathologie manifestement de mauvais pronostic, nous n'intervenons pas chirurgicalement dans ce contexte défavorable ;
- sur les 25 % de séquelles de brûlure, nous avons distingué trois contingents dans notre expérience : les brides cervicales, les atteintes du thorax et les brides du membre supérieur. Les nombreuses atteintes du membre supérieur sont expliquées par le mode de vie avec l'utilisation des foyers « ouverts » traditionnels dans les cases d'habitation. Les lésions ont été observées surtout chez les enfants. Le temps opératoire est généralement long (en moyenne 2h30) dans la réparation des séquelles au niveau de la main quand plusieurs doigts sont « collés » (débriement long et délicat, greffes de peau totale minutieuses). En revanche, la correction des brides axillaires et du coude est plus rapide (plasties cutanées locales ou locorégionales) mais toujours spectaculaire. Les brides cervicales sont traitées, soit par des lambeaux locaux, soit par des greffes de peau totale. Nous faisons exceptionnellement appel au lambeau du grand dorsal dans cet environnement ;
- sur les 25 % d'interventions diverses nous avons observé toute la palette des interventions de chirurgie plastique mais le plus souvent pour des pathologies à des stades très évolués. Nous avons également élargi le champ de notre

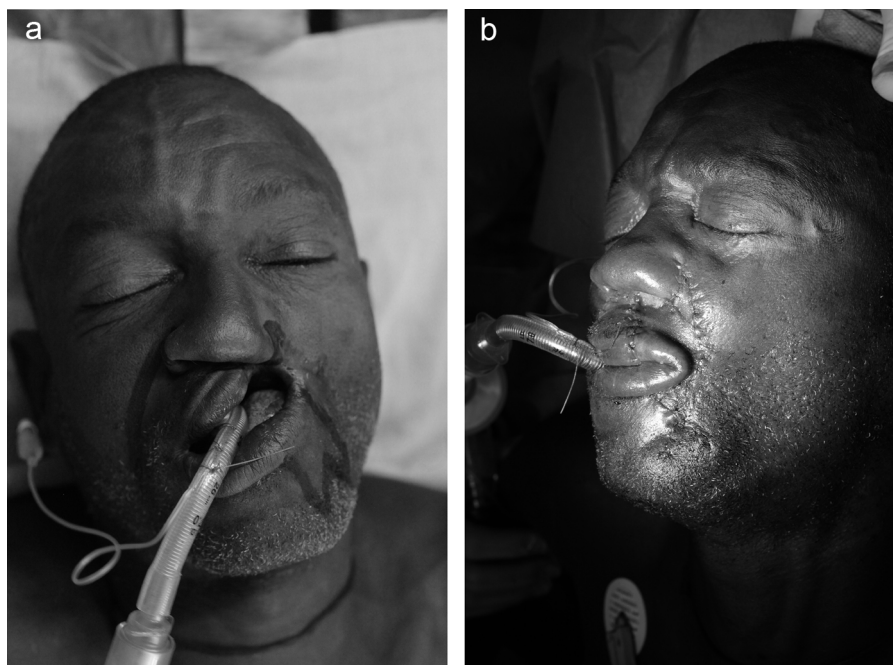


Figure 4 Séquelle d'un noma (Cancrum oris) : avant et après un lambeau d'Estlander.

spécialité devant les urgences (césarienne, péritonite, fracture ouverte, etc.) ou devant des pathologies particulières comme le noma (Fig. 4) ou l'ulcère de Buruli.

Durant cette période, le chirurgien-dentiste a pratiqué 650 interventions de chirurgie dentaire dont 20 sous anesthésie générale. Un tiers des cas correspondait à des séquelles d'infection, un tiers au traitement de gros kystes osseux avec extractions dentaires et un tiers à des gestes combinés avec un temps maxillaire type noma.

Les suites

Au village, et en dehors des pathologies septiques, nous avons limité les pansements en faisant un gros pansement, hermétique et solide que l'on ne touche pas pendant huit à dix jours. À la fin de la mission, tous les pansements sont faits en présence de l'équipe soignante locale. Le matériel pour les pansements ainsi que les consignes sont largement fournis. Nous avons noté un faible taux d'infection postopératoire inférieur à 3 %. Nous avons toujours identifié un correspondant local pour répondre à une éventuelle complication.

Le coût d'une mission

Ce coût reste évidemment variable en fonction des missions. Si l'on regarde une année standard, la moitié du budget de la mission concerne le transport et surtout le transport aérien. Le coût moyen d'une mission nomade est d'environ 12 000 euros pour opérer 50 à 70 patients. Tout cela reste aléatoire tant le coût d'une mission nomade peut être incertain. L'idée qu'il faut retenir est que le budget incompressible concerne les billets d'avion, les visas, le déplacement entre l'aéroport et le lieu de la mission et les consommables médico-chirurgicaux. Le reste appartient

aux carnets de voyage : manioc pour manger, nattes pour dormir et bissap pour s'hydrater...

La responsabilité professionnelle

En principe, l'assurance RCP couvre l'activité chirurgicale en mission humanitaire hormis certaines circonstances précises. À ce jour, nous n'avons jamais eu à la faire intervenir. Cela peut s'expliquer en partie par le fatalisme des patients devant la maladie, l'accident, voire la complication. Ils ne peuvent pas concevoir qu'une équipe, qui vient de si loin pour travailler dans de telles conditions et qui les opère gratuitement, pourrait avoir une mauvaise intention, voire une quelconque responsabilité. Mais cela évoluera sûrement dans le futur et surtout dans les villes.

Discussion

Nous plaçons cette discussion sous le voile de nos interrogations. Nous nous sommes positionnés comme des médiateurs (entre deux médecines, entre différentes cultures, entre deux modes d'exercice) et nous gardons notre regard d'investigateur. Cette discussion relate une expérience et c'est pour cela que nous optons pour une version qui associe l'inconstance de la rhétorique, l'incertitude scientifique mais la sincérité des émotions et de nos passions.

Pourquoi faire de la chirurgie plastique nomade ?

Pour comprendre comment une petite ONG française s'oriente vers la chirurgie nomade, il convient de rappeler certains objectifs premiers.

Depuis 1992, Interplast-France/chirurgie sans frontières a très vite fait le choix d'opérer les patients dans leur pays d'origine plutôt que de les faire venir en France et, cela,

pour plusieurs raisons : plus grand nombre de patients opérés, coût financier moindre, patient opéré dans son environnement, formation dispensée sur place, etc.

Depuis 2003, nous avons travaillé sur le concept de « chirurgie plastique en situation précaire » en mission [5,6]. Ensuite et après avoir travaillé sur cette notion de précarité, nous sommes passés à une évolution supplémentaire : « la chirurgie plastique nomade ». À travers notre pratique, nous avons ajusté notre activité aux réalités du terrain. Le nomadisme chirurgical s'est imposé à nous pour mieux répondre à la demande avec le plus d'efficacité et le plus d'humanité possible. Nous nous sommes donc mis volontairement en immersion totale en zone rurale pour apprendre, développer de nouveaux réflexes face aux nouvelles conditions de travail et définir de nouvelles stratégies thérapeutiques plus ajustées aux besoins particuliers de ces patients. L'idée n'était pas d'expérimenter de nouvelles techniques. La chirurgie dite humanitaire n'est pas un territoire d'expérimentation. Au contraire ! Seul le médecin chevronné sera à même de répondre à ces cas difficiles dans cet environnement hostile. Dans la chirurgie plastique nomade, nous avons adapté les indications et les techniques à l'environnement des missions.

Quelques réalités de terrain !

C'est après de longues années sur le terrain que nous avons pu découvrir certaines particularités de la chirurgie plastique nomade :

- 80 % de la population vit en zone rurale, donc 80 % de la demande en chirurgie réparatrice s'observe en brousse. La population rurale se déplace peu en zone urbaine pour consulter ou pour se faire soigner ;
- en zone rurale, le premier « soignant » est le tradithérapeute (ou guérisseur) qui pratique la médecine traditionnelle. C'est le premier interlocuteur local. Il connaît la population, les maux (et les mots) locaux et la tradition. C'est un peu l'équivalent de notre médecin de campagne. À l'opposé, le représentant « légal » en case de santé est un infirmier provenant, le plus souvent, d'une autre région et il est appelé localement « docteur » ;
- la réputation de « l'hôpital » est mauvaise dans les pays en voie de développement et le patient ne s'y rend qu'en dernier recours. Il représente, paradoxalement, l'endroit où l'on meurt. Cela s'explique, en partie, par le fait que les patients y vont au stade terminal de la maladie ;
- les soins spécialisés restent peu accessibles à la population déshéritée car malgré une gratuité affichée des soins, tout est payant dans ce système de santé ;
- le « tout gratuit » n'existe pas. De surcroît, il ne marche pas ! Il suffit de comparer les résultats (offres de soins, qualité de la prise en charge, entretien des locaux, pérennité dans l'action, etc.) entre les hôpitaux publics et les structures privées comme les fondations ou les organisations caritatives où les soins sont payants même si cela reste modéré !
- la médecine traditionnelle est incontournable. Nous avons donc investigué très tôt cet univers de la médecine traditionnelle pour essayer de le comprendre. La prise en charge des patients s'est faite très vite en parfaite collaboration avec les thérapeutes traditionnels et par des

consultations communes par exemple. Nous avons traité la partie visible de la maladie et ils ont pris en charge la partie invisible. Les tradithérapeutes ont surtout expliqué à la population ce que nous faisons. Nous avons également appris que « l'influence peut guérir » [7] ;

- la dimension esthétique s'est révélée être importante dans la demande des patients et, cela, même dans les régions les plus pauvres. Très vite, nous avons été initiés aux interprétations culturelles locales de la maladie et sur l'interprétation du corps malade dans ces sociétés. Cette demande esthétique se comprend par le fait qu'ici, et plus qu'ailleurs, l'appartenance au groupe est fondamentale. Et pour appartenir au groupe, il faut lui ressembler. Il ne s'agit pas d'une ressemblance physique stéréotypée mais, plutôt, d'une « non-différence » au sens où toute modification du corps, qu'il s'agisse d'un naevus un peu gros, d'un lipome ou d'un noma, stigmatisera la personne. Cette présentation hors norme (mais qu'est-ce que la norme ? [8]) rendra la personne distincte, voire porteur du « mal ». Le plus important n'est pas la lésion en elle-même mais ce qu'elle représente et la sanction peut être effroyable. Dans certaines régions d'Afrique, un nouveau-né doté d'une fente labiale peut être noyé à la naissance. Lors de l'accouchement, un enfant qui naît avec une dent, avec beaucoup de cheveux ou tout simplement parce qu'il bouge de façon « bizarre » peut être qualifié d'« enfant sorcier » par la matrone... La fonction esthétique prend ici toute sa dimension : sauver une vie. Ici, la vraie question n'est pas de savoir si la chirurgie esthétique est thérapeutique ou pas mais si elle peut sauver une vie ! En Asie aujourd'hui, la première demande chirurgicale dans la prise en charge de la lèpre est la correction de l'atrophie de la première commissure de la main. Une telle atrophie signale que le patient est porteur de la maladie. Sa demande est donc simple : corriger cette amyotrophie sur le plan esthétique pour que, socialement, il ne soit pas exclu. Pour cela, nous faisons actuellement un *lipofilling*. La demande est esthétique et nous utilisons une technique de chirurgie esthétique. Ici, la chirurgie esthétique a été thérapeutique dans le sens où elle a pu « traiter » une fonction et soigner le patient ! Qui peut donner la vraie définition des mots « thérapeutique », « soin » ou « guérison » ? Nous avons travaillé sur le concept de « chirurgie esthétique humanitaire » [9] pour essayer de réparer la fonction esthétique des corps lésés et nous avons appris que la chirurgie esthétique était thérapeutique dans ces lointaines contrées.

Les adaptations que nous avons tentées !

Adaptation à l'environnement

Si l'on pouvait résumer en quelques mots notre action sur le terrain, nous dirions : immersion, adaptation, négociation.

Si l'on pouvait résumer en seul mot notre adaptation, nous dirions : autonomie. Le concept d'autonomie a été le fil d'Ariane de nos missions : autonomie financière, autonomie sur le matériel, autonomie en consommables, autonomie chirurgicale, etc. L'autonomie locale devient également la finalité de ce genre de projet. En effet, la formation que nous proposons lors de chaque mission, ou à travers le diplôme universitaire que nous avons créé à Paris, devrait permettre

aux acteurs locaux de santé d'assurer la prise en charge de leurs patients, de façon autonome.

Adaptation sur le plan médical

Adaptation à la consultation. Les consultations sont généralement intenses, voire oppressantes. Il faut très vite organiser la consultation pour éviter d'être submergé par les patients qui sont très demandeurs en soins. L'aide de l'infirmier local ou d'un traducteur est indispensable. Le choix des patients et les indications sont en général rapidement posés pour les pathologies habituelles. Paradoxalement, ce sont les cas où l'on ne peut rien faire sur le plan chirurgical qui prennent le plus de temps. Il faut expliquer longuement pourquoi le patient ne sera pas opéré, pourquoi le voisin est pris en charge et pas lui, etc. Au village, nous essayons, chaque fois que cela est possible, de faire les consultations avec le tradithérapeute local. Il peut ainsi prendre en charge le patient qui ne relève pas de notre spécialité. Il peut surtout expliquer, avec ses références culturelles, ce que l'on fait quand une intervention est proposée.

Adaptations aux interventions. Les interventions que nous pratiquons dans ces conditions sont réalisées avec la même rigueur qu'en France. La chirurgie en situation précaire n'est pas synonyme de chirurgie précaire. Au contraire, les principes chirurgicaux appliqués doivent être encore plus affinés. Seul l'environnement change. Nous adaptons ainsi nos choix thérapeutiques aux patients, aux pathologies rencontrées et aux conditions d'exercice observées.

Dans notre expérience nomade, nous nous sommes également interrogés sur deux concepts, l'un relatif à l'environnement et l'autre relatif au « timing » dans nos missions :

- concept d'« éco-chirurgie ». Un écosystème est un système formé par un environnement (biotope) et par l'ensemble des espèces qui y vivent. Par analogie, nous avons trouvé intéressant le concept d'« éco-chirurgie », c'est-à-dire, le concept d'une chirurgie qui se définit par l'environnement dans lequel elle s'exerce. Par exemple, l'ostéosynthèse d'une fracture d'un os peut se faire par des broches ou par une plaque en fonction de l'étiologie. On appelle cela « poser » une indication chirurgicale. Il n'y a donc rien de nouveau. Mais qu'en est-il quand l'indication est posée par rapport à l'environnement, aux habitudes du chirurgien, à la croyance religieuse du patient, aux traditions locales, à la gestion simple des pansements, au délai de la mission ? L'éco-chirurgie, c'est faire de la chirurgie en fonction de l'environnement, c'est adapter le geste au contexte ;
- concept de « chrono-chirurgie ». La notion de chrono-chirurgie évoque le choix d'une intervention en fonction de la durée de la mission, de la périodicité des séjours chirurgicaux, voire des possibilités d'étalement dans le temps d'une reconstruction. Devant la reconstruction des séquelles de noma, par exemple, le choix de la technique sera différent si vous n'avez qu'un seul temps opératoire possible sur une mission ou si vous pouvez revenir tous les trois mois pour faire des temps successifs.

Pour conclure, nous avons accordé beaucoup d'importance à deux paramètres caractéristiques dans nos missions nomades : l'environnement et le « timing » des missions.

Adaptation à la période pré- et postopératoire. De manière globale, nous avons noté un faible taux d'infection postopératoire (inférieur à 3 %). Cela correspond, en partie, à l'enseignement reçu par l'un de nos illustres maîtres en chirurgie plastique, le docteur Raymond Vilain, qui nous avait démontré que « les microbes ne sautaient pas ». Nous avons appris que le plus important dans la prévention des infections était l'eau, le savon, le lavage des mains, la gestion du geste chirurgical et la rapidité de l'intervention ! Nous avons insisté sur la douche préopératoire des patients avec du savon et l'eau du puits.

Au village, les pansements sont soumis à de rudes épreuves. Il est donc préférable, qu'en postopératoire, il soit gros, hermétique et solide et nous conseillons de le refaire le moins possible tant l'acte de soin dans cet environnement reste toujours une source de contamination.

Adaptation à l'enseignement. Nous avons créé dès 2004 à Paris un diplôme interuniversitaire (DIU) de chirurgie réparatrice en situation précaire (www.chirurgieplastiquedumanitaire.net) pour partager notre expérience, soit avec les confrères européens qui désiraient partir opérer en mission, soit avec les confrères originaires des pays en voie de développement qui désiraient avoir une formation adaptée à leurs futures conditions de travail. Le succès de ce DIU depuis 10 années à Paris nous a conduit à l'exporter à Madagascar depuis 2008 où cette formation est intégrée au diplôme de chirurgie essentielle. Nous avons fait le choix de proposer des techniques plus simples mais adaptées à la réalité du terrain plutôt que de dispenser une formation sophistiquée en chirurgie plastique mais qui sera peu réalisable dans ce contexte.

Nous avons également orienté notre formation sur les agents de santé des dispensaires, à savoir les médecins généralistes et les infirmiers. Nous enseignons aux agents de santé, au village, des gestes simples comme le lavage des plaies avec de l'eau et du savon, l'incision d'un abcès, le parage d'une nécrose. Nous pensons que les gestes de base, comme le parage, la greffe de peau ou la plastie en Z, doivent être également enseignés aux chirurgiens de terrain. La formation d'un chirurgien local à la chirurgie plastique dans nos CHU reste fondamentale mais, selon notre expérience, elle ne résout pas l'accès aux soins en zone rurale aujourd'hui. En pratique, le chirurgien que l'on va former restera en CHU en zone urbaine et n'ira jamais s'installer en brousse.

Adaptation sur le plan ethnologique

Nous avons très vite valorisé la dimension anthropologique et culturelle de nos pratiques de santé dans nos missions [10]. Nous avons exploré comment la biomédecine contemporaine, à travers la chirurgie plastique, se confrontait à la diversité culturelle rencontrée et aux traditions médicales locales. Nous avons essayé de développer le concept d'ethno-chirurgie qui résulte donc de cette cohabitation entre notre chirurgie et la médecine traditionnelle.

L'ethno-chirurgie est différente de l'anthropologie de la chirurgie. Elle se veut être un domaine de recherche partageant objets et méthodes tant avec la chirurgie qu'avec l'anthropologie. Mais l'ethno-chirurgie veut surtout comprendre l'interprétation (ou le vécu) du geste chirurgical chez un patient par rapport à son environnement, d'une part,

aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement de la maladie d'autre part. L'ethno-chirurgie va nous conduire à imaginer des dispositifs originaux de prise en charge pluridisciplinaire de ces patients. Elle consiste à traiter le patient dans sa totalité, avec des moyens techniques sophistiqués mais dans le respect des origines du patient, de ses croyances, de son ethnie et en fonction des traditions thérapeutiques locales.

Nous voulons, surtout, donner un rôle primordial au regard du patient sur la médecine que nous importons chez lui. L'ethnologie observe l'autre ; l'ethno-chirurgie regarde comment l'autre nous observe. C'est de l'ethnologie à l'envers et cela nous a semblé essentiel parce qu'un traitement ne peut être accepté que s'il est bien compris. Nous essayons donc de savoir comment notre action chirurgicale est comprise. De cette compréhension naîtra une meilleure acceptation et donc, une meilleure efficacité thérapeutique de nos interventions.

Plutôt que d'opposer les différents procédés thérapeutiques entre eux, nous pensons qu'il vaut mieux les associer en fonction du patient à traiter. Plutôt que d'essayer d'adapter le patient à une médecine, nous préconisons de laisser le patient choisir sa médecine.

Conclusion

La demande en chirurgie plastique est énorme dans les pays en voie de développement et 80 % de cette demande s'observe en zone rurale. Nous avons donc volontairement orienté nos missions en dispensaire et la version nomade de nos missions a permis de répondre parfaitement à ce besoin. Cette aventure chirurgicale a modifié notre façon de travailler. Nous avons adapté nos techniques à l'environnement et tout cela dans le respect des traditions locales. Pour partager notre expérience, et faciliter l'enseignement, nous avons créé un diplôme universitaire de chirurgie plastique en situation précaire.

Si un chirurgien veut partir en mission de chirurgie plastique nomade, il doit être complètement autonome et connaître, au minimum, trois techniques : les plasties cutanées, les greffes de peau et le lambeau de grand dorsal. Si une seule technique doit être enseignée, en case de santé, ce sera le parage chirurgical.

Selon notre expérience, la chirurgie plastique en situation précaire devrait être enseignée dans tous les centres hospitaliers des pays en voie de développement et la chirurgie plastique nomade semble être la seule façon de répondre, aujourd'hui, à la forte demande des populations rurales.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Brelet C. *Médecines du monde*. Éditions Robert Laffont; 2002.
- [2] Montandon D, Lehmann C, Chami N. The surgical treatment of noma. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:76–86.
- [3] Knipper P, Zilliox R, Johnson C, Antoine P. Ulcère de Buruli et chirurgie plastique, au dispensaire. *Ann Chir Plast Esthet* 2004.
- [4] Delaire J. Fentes labiales congénitales. In: Lévignac J, editor. *Monographies de Chirurgie réparatrice. Chirurgie des lèvres*. Masson; 1991. p. 41–80.
- [5] Knipper P. Chirurgie en situation précaire (I) : mission. *Maîtrise d'orthopédie*, N° 118; 2002;18–31.
- [6] Knipper P. Chirurgie en situation précaire (II) : mission. *Maîtrise d'orthopédie*, N° 122; 2003;20–7.
- [7] Tobie N. *L'influence qui guérit*. Poches Odile Jacob; 2001.
- [8] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF/Quadrige; 2005.
- [9] Knipper P. Chirurgie esthétique humanitaire. *Ann Chir Plast* 2003;48:288.
- [10] Knipper P. Ethno-chirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112:385–7.