

Faculté de médecine - Université Paris Sud
Assistance publique - Hôpitaux de Paris
Espace éthique / AP-HP

Diplôme universitaire
Éthique, science, santé & société

Directeur de l'enseignement : Pr Emmanuel HIRSCH

Directeur de recherche : Patrice DUBOSC

OFFRE DE SOINS EN SITUATION PRECAIRE
QUELS CHOIX ?
EXPERIENCE PERSONNELLE

Mémoire pour l'obtention du
Diplôme universitaire Éthique, science, santé & société

Présenté par Catherine Pineau

Année universitaire 2012-2013



Note aux lecteurs

Travail réalisé dans le cadre du Diplôme universitaire Éthique, science & société ; Assistance publique – Hôpitaux de Paris ; Faculté de médecine – Université de Paris Sud.

Pour reproduire ou utiliser ce document, veuillez consulter l'auteur ou le directeur de l'enseignement.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX	7
INTRODUCTION	7
I - DE LA MOTIVATION AU CHOIX.....	8
1. <i>Un engagement.....</i>	8
2. <i>L'offre et le besoin : la problématique du choix.....</i>	9
II - UN CONTEXTE TCHADIEN DELICAT.....	10
1. <i>Paradoxe : richesse du sol et pauvreté du pays.....</i>	10
2. <i>Une évolution constante.....</i>	12
3. <i>Histoire récente du Tchad.....</i>	12
4. <i>Question religieuse.....</i>	15
III - STRUCTURES : UN TRIPTYQUE DE QUALITE POUR UNE BONNE PRATIQUE DES SOINS.....	16
1. <i>L'hôpital de Moundou et son fonctionnement.....</i>	17
2. <i>Centre des handicapés : MNDP (Maison Notre Dame de Paix).....</i>	19
3. <i>Association Handicap Santé.....</i>	20
IV – COMPLEXITE DU TRAVAIL DES MISSIONS.....	21
1. <i>La polio et la difficulté de prévention.....</i>	21
2. <i>L'importance de la chirurgie plastique.....</i>	25
3. <i>L'augmentation de la chirurgie traumatologique.....</i>	27
DEUXIEME PARTIE : LA QUESTION DU CHOIX.....	28
I – DE MULTIPLES QUESTIONNEMENTS	28
1. <i>La question des consultations et de la communication.....</i>	28
2. <i>La question du nombre.....</i>	29
3. <i>La priorité de l'objectif du père Michel.....</i>	29
4. <i>Choix en Europe et en Afrique : une différence.....</i>	30
5. <i>La question des interventions simples et faciles.....</i>	30
6. <i>Le problème de la chirurgie « lourde ».....</i>	31

7. <i>La question du suivi post opératoire</i>	32
8. <i>L'individuel et le global</i>	33
9. <i>Quel travail en amont : un consentement par procuration ?</i>	33
10. <i>Le désir d'exigence dans la formation et le recrutement des ressources humaines</i>	36
11. <i>L'absence de critère affectif</i>	37
12. <i>La nécessité du respect de la culture africaine</i>	38
13. <i>Le critère social</i>	40
II - ELEMENTS DE REFLEXION POUR GUIDER NOTRE CHOIX....	41
1. <i>Choix douloureux</i>	41
2. <i>Justice et équité</i>	41
3. <i>Solidarité et humanisme</i>	43
III - QUE FAIRE POUR BIEN FAIRE ?	45
1. <i>Une démarche de qualité</i>	45
2. <i>Uniformiser les pratiques de soins</i>	46
3. <i>Un travail en amont pour une conduite éthique</i>	47
4. <i>La pérennité des personnes ressources</i>	48
5. <i>Formation et communication</i>	48
6. <i>Le compagnonnage</i>	49
7. <i>Éthique de la « discussion »</i>	50
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	54
ABREVIATIONS	55
ANNEXES	56
ANNEXE 1	58
ANNEXE 2	64
ANNEXE 3	68

PREMIERE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX

INTRODUCTION

« M'Ndigi Nja Tar », ces quelques mots en Ngambaye¹, esquissés sur le portail métallique de la Maison Notre Dame de Paix, accompagnent une illustration naïve aux couleurs vives : « Je veux marcher debout » en est la traduction française. Derrière cette porte, je fais la connaissance de ce centre pour handicapés. Ainsi commence pour moi cette belle aventure qui perdure depuis douze ans.

Toute une organisation se cache derrière cette enceinte, un centre de rééducation fonctionnelle, d'appareillage et de réinsertion pour handicapés. Ce centre est situé à Moundou² au Tchad, dirigé par le père Michel Guimbaud. Ce père capucin arrive au Tchad en 1957, il s'émeut du sort des handicapés physiques, particulièrement des personnes amputées et des enfants touchés par des séquelles de poliomyélite. Agissant initialement avec les moyens locaux, il développe son activité avec l'aide de médecins rééducateurs, puis de chirurgiens par la suite. Ce centre emploie une vingtaine de personnes, toutes tchadiennes (kinésithérapeutes, infirmiers, ergothérapeutes, appareilleurs et assistants sociaux). Un accueil est présent pour des consultations de kinésithérapie et de rééducation. Le centre dispose de son propre atelier d'appareillage où cinq appareilleurs formés à ce métier y travaillent.

Le père Michel ne s'arrête pas là, trois centres satellites ont vu le jour dans la région pour faciliter les soins de proximité. Ces centres drainent une population d'une distance de 300 km dans la région du Logone³. Le financement est privé, provenant essentiellement de fondations européennes spécialisées dans l'aide aux handicapés, aux premiers rangs : la fondation Raoul Follereau (France), la fondation Liliane (Pays-Bas), et la Christofell Blindenmission (Allemagne).

L'initiative du père Michel se révèle être une belle réussite humaine dans la prise

¹ Une des langues tchadiennes

² Moundou, deuxième ville du Tchad

³ Le Logone Occidental : une des 23 régions du Tchad (chef-lieu Moundou) nommée d'après la rivière Logone, principal affluent du Chari.

en charge globale de ces patients atteints de la poliomyélite et de pathologies congénitales. Cette participation annuelle à une mission chirurgicale s'est imposée à moi : « Il n'y a pas de monde blanc, il n'y a pas d'éthique blanche, pas davantage d'intelligence blanche. Il y a de part et d'autre du monde des hommes qui cherchent »¹

I - DE LA MOTIVATION AU CHOIX

1. Un engagement

Avant de commencer ce travail de réflexion, je me suis interrogée sur les raisons d'un tel engagement. A vrai dire, mes questions étaient au départ sans pensées et sans réponses constructives. Depuis, les années ont passé. Après avoir acquis une certaine expérience auprès de la population tchadienne, je constate qu'il n'y a pas de réponses singulières et rationnelles, peut-être que la question des soins en Afrique m'importe, tout simplement parce qu'elle me touche. En effet, nous vivons dans un même espace où chacun a droit à la vie, certes, mais a aussi le droit à un toit, à la santé, à l'école. Il y a peu de raisons de penser que les besoins primordiaux d'un pays comme la France peuvent être dissemblables dans un autre pays quel qu'il soit.

Cet engagement revient à un simple partage de savoir, une solidarité humaine. J'ai la chance d'exercer ma profession d'infirmière anesthésiste dans un hôpital public qui permet, par l'application du décret de Bernard Kouchner², à tout agent médical ou paramédical de participer à une mission humanitaire pour une période de 15 jours par an. Décret intéressant, qui permet d'aider les pays en voie de développement. Avec en poche un ordre de mission accordé par notre administration, mon travail est transposé dans un hôpital en Afrique. Quand on pense à la facilité des transports aériens, la perception géographique de notre monde est devenu un petit espace. Nous nous retrouvons simultanément et en peu de temps dans « le monde d'ici » et « le monde de là bas », ce qui nous rapproche encore plus aisément de nos compatriotes tchadiens. Chaque année, quand je pars

¹ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, Paris, éd. Points, collection Points Essais, p. 186.

² Article L 713-12 du Code de la Santé Publique

* Décret n° 84-131 du 24 Février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers

* Décret n° 88-976 du 13 Octobre 1988

en mission, il est troublant de penser, *a posteriori*, travailler le vendredi au bloc opératoire de l'hôpital de Moundou et le lundi au bloc opératoire d'un hôpital parisien. Transition rapide, mais qui me fait penser que ma fonction « ici » et « là bas » est normale et indifférenciée. Pour moi, ce sont les mêmes tâches : j'ai le même ressenti quand je me trouve à endormir des patients dans une salle surchauffée à Moundou avec un matériel réduit au strict minimum et quand je réitère les mêmes gestes dans mon hôpital parisien.

2. L'offre et le besoin : la problématique du choix

C'est là que les propos de la déclaration des Droits de l'Homme (article premier) prennent sens pour moi : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* » Notamment, je reste sensible à cet esprit de « fraternité ». Mais suffit-il de lire ces quelques mots chargés de sollicitude envers l'autre pour se dire que tout peut être simple ? En tant qu'individus voulant concrétiser une expérience « humanitaire », peut-être sommes-nous naïfs ou voulons-nous tirer profit d'une position privilégiée de « sauveurs du monde » ? Comme beaucoup d'étrangers arrivant dans un pays d'Afrique, nous avons tendance à recourir à des clichés pour décrire cette société. S'arrêter là serait bien succinct. Si légitime que soit l'aide humanitaire, nous constatons dans l'association quelques erreurs dont je vous ferai part plus loin.

Au regard de ces erreurs, quelles sont nos limites dans le soin et les interventions ? Lors de nos missions chirurgicales qui ont lieu trois fois quinze jours chaque année, il y a un choix thérapeutique et chirurgical à faire dans ce panel de pathologies visant des adultes et des enfants. Comment ce choix peut-il se faire devant ces patients en grande vulnérabilité ? Si choix il y a, sur quels critères « choisir » ? C'est un dilemme de chaque instant pour notre association alors que les demandes émanant de la population deviennent de plus en plus importantes (chirurgie de la poliomyélite, malformations congénitales, chirurgie plastique et chirurgie du polytraumatisé).

Quelles stratégies et quelles réponses pouvons-nous apporter à ces demandes et comment avoir constamment une pratique éthique ?

II - UN CONTEXTE TCHADIEN DÉLICAT

Avant d'aller plus avant, il est important de situer géographiquement le pays et de dire quelques mots du contexte médical. Pour nous, missionnaires en partance pour le Tchad, cette connaissance va nous aider à appréhender l'état environnemental et aussi son retentissement sur la question de la santé.

1. Paradoxe : richesse du sol et pauvreté du pays

Le Tchad est l'un des pays le plus pauvre de la planète. Son histoire est intéressante puisqu'il est considéré comme « le berceau de l'humanité » avec la découverte récente, le 19 juillet 2001 de Toumaï dans le désert du Djourad au nord du pays, hominidé vieux de 7 millions d'années, une preuve que le Tchad est l'un des plus anciens peuplements humains.

État de l'Afrique subsaharienne, peuplé de 10,9 millions d'habitants sur plus de deux fois la France, le Tchad s'étend sur 1 700 km, avec un massif saharien au nord pratiquement inaccessible et un paysage de savane au sud, plus riche. Le pays est entrecoupé par le fleuve Chari et son affluent le Logone qui se rejoignent à N'Djaména pour se jeter dans le lac Tchad¹.

Malgré la présence de ces fleuves, l'eau potable demeure une denrée rare au Tchad, ce qui explique les maladies d'origine hydrique, principales causes de décès chez les enfants.

Depuis 2002, date de mon premier voyage au Tchad, je suis étonnée de voir l'arrivée de Français, Américains et autres nationalités, venant exploiter des gisements de pétrole, découverts au sud du pays. Ils ont commencé par installer des camps afin d'accueillir les ouvriers des différentes entreprises, de véritables villes transformées en « bunker ». L'eau et l'électricité s'y trouvent à profusion alors que la population locale qui habite dans des cases sous des lignes à haute tension n'a pas accès à l'eau potable ni à l'électricité. Nous pouvions penser que cette découverte de « l'or noir » améliorerait la situation économique mais le Tchad n'a visiblement su ou pas pu profiter de cette ressource. En quelques années, l'exploitation pétrolière a vu le jour, mais il n'y a toujours pas d'eau

¹ Guide du Tchad, Les éditions du Jaguar

potable à l'hôpital et des coupures incessantes d'électricité sévissent dans la ville de Moundou.

Comment comprendre un tel paradoxe ? En 2003, le Tchad devient exportateur de pétrole — distribué par l'oléoduc Tchad-Cameroun — alors que son économie est basée sur la culture du coton et de l'arachide. « Selon les études de la banque mondiale, la filière cotonnière est l'un des principaux piliers de l'économie tchadienne et finance actuellement 1 094 emplois permanents. Cette industrie du coton fait aussi vivre près de 3 millions de personnes. [...] Ce pays est principalement producteur de maïs, de riz, d'arachide. Le Tchad enregistre en ce moment une baisse de la production liée, pour l'essentiel, à l'exode rural des jeunes ajouté au manque de financement de l'agriculture »¹. Dans ce même article nous lisons : « L'éducation familiale continue à orienter les jeunes Tchadiens vers des métiers qui apparaissent plus anoblissants aux yeux des parents. [...] Il y a lieu de réorienter l'éducation familiale de manière à ce que les gens puissent savoir que la richesse, c'est au village et en cultivant la terre ». Nous retrouvons la même problématique dans nos sociétés occidentales, les jeunes désertent aussi le milieu rural pour aller vers les villes et c'est ainsi que des régions se désertifient, il n'y a plus de médecins, et les structures hospitalières se raréfient.

Dans un premier temps, le père Michel s'est implanté dans la région de Bénoye, petit village de brousse, mais les demandes de soins devenant plus importantes, très vite il a décidé de s'agrandir et pour cela il a choisi la ville de Moundou proche d'un hôpital.

Moundou affichait 97 952 habitants au dernier recensement datant de 1993, mais depuis cette date, la population a triplé du fait de cette attirance de la population vers les grandes villes. C'est la capitale économique du pays, elle possède son hôpital régional qui draine pour ainsi dire toute la région du sud.

Quant à l'élevage, c'est un secteur d'activité vital qui contribue à l'économie nationale du Tchad et joue un rôle important dans la sécurité alimentaire. Le mode d'élevage nomade est dominant et il n'est pas rare de voir le passage de grands troupeaux conduits par des éleveurs nomades qui dressent leur campement le long

¹ Info Tchad Online, 7 août 2013

du fleuve Logone. Nous avons eu l'occasion de soigner des enfants durant leur passage dans la région. Pour cette population itinérante, se pose le problème de la vaccination dans le cadre de la prévention de la poliomyélite, car s'ils sont présents dans une région pour un certain nombre de mois, au moment du rappel de la vaccination, ils ont quitté les lieux et sont repartis pour d'autres pâturages.

2. Une évolution constante

Le Tchad est un pays enclavé, sans accès à la mer, avec un manque d'infrastructure routière. Dans les années 2002, la route que nous emprunions de N'Djaména à Moundou était une piste de latérite, seule liaison entre le nord et le sud, le voyage était laborieux. L'arrivée de l'exploitation du pétrole à Doba dans le sud du pays a permis la transformation de cette route de latérite en grande voie recouverte de bitume, afin de faciliter les transports entre N'Djaména et le sud du pays. Le trafic des énormes camions transportant les matériaux pour la construction des pipelines fut un spectacle incessant pour les populations des villages riverains, mais aussi la cause d'accidents souvent très graves, accidents qui ont causé la mort d'enfants jouant sur le bord de la route. A contrario, la rénovation de cette route a facilité l'accès vers le sud pour les habitants, entre autre l'accès aux soins à l'hôpital, et durant les missions, nous voyons arriver des patients venant de villes éloignées, comme Mongo située à 900 km au nord de Moundou. C'est le cas d'Alem, petite fille accompagnée de son papa pour une intervention de fente palatine, qui n'était jamais venue à Moundou car la route était longue et mal desservie. En effet, la possibilité pour les habitants de venir jusqu'à nous est devenue plus aisée car des moyens de locomotion ont vu le jour.

Malgré quelques améliorations et une ébauche de relance économique quelque peu palpable, l'histoire de ce pays a fragilisé son économie et la vie des Tchadiens.

3. Histoire récente du Tchad

Au Tchad, comme dans presque tous les états africains, les événements sociaux et les conflits sont extrêmement fréquents. Quelques dates importantes ont marqué

l'histoire du pays et plus spécifiquement les moments qui ont ponctué les périodes des missions effectuées depuis 2002. La colonisation, les rébellions et conflits, les associations humanitaires aux pratiques douteuses... ont sans doute contribué à la fragilisation du pays avec un retentissement certain sur nos missions.

- 1900 : le Tchad devient un protectorat français. La capitale se nomme Fort-Lamy (elle deviendra N'Djaména en 1973).
- 1920 : le Tchad devient une colonie française dans le cadre de l'Afrique équatoriale française.
- 1960 : proclamation de l'indépendance du Tchad.
- 2003 : début du conflit avec le Darfour
- 2007 : « arrestation et condamnation des membres de l'association L'Arche de Zoé, pour avoir tenté de soustraire des enfants tchadiens du territoire sans autorisation en les faisant passer pour des orphelins du Darfour »¹
- 2008 : « prise de N'Djaména par les rebelles partis de la frontière soudanaise qui sont finalement repoussés par l'armée gouvernementale grâce au soutien logistique de la base militaire française »²
- 2013 : en janvier : « les forces armées tchadiennes d'intervention » entrent au Mali le 24 janvier en appui de l'armée française pour combattre les mouvements extrémistes au Nord du Mali »³

Depuis des décennies, on entend parler de la guerre au Tchad et nous avons tous en tête les images de conflits des actualités françaises qui ont marqué les époques. Ces rébellions successives ont fragilisé l'état, miné par la guerre civile et les bandes armées. Ce déficit budgétaire empêche le paiement régulier des salaires dans la fonction publique. A notre arrivée à l'hôpital, il n'est pas rare de constater des mouvements sociaux. Une fois encore le personnel médical et paramédical de l'hôpital n'a pas été rémunéré depuis des mois, en conséquence de quoi les malades ne sont pas soignés. Plus d'eau ni électricité. Le groupe électrogène devant prendre le relais ne fonctionne pas, les caisses de l'hôpital sont vides. Et

¹ Ritimo, site Internet d'information - Chronologie sur le Tchad

² Ibid

³ Ibid

pourtant les Africains travaillant avec nous (kinés, appareilleurs) nous affirment que les Tchadiens en ont assez de la guerre et qu'ils appréhendent ces conflits qui à chaque fois les font reculer d'un pas !

La fragilisation est aussi due à l'espérance placée dans la découverte du pétrole. Dès 2002, cette exploitation avait suscité beaucoup d'espoir. En 2008, on lit dans Alternatives économiques d'octobre : « Le gouvernement d'Idriss Déby¹ persiste à ne pas respecter son engagement de consacrer l'argent de « l'or noir » à la lutte contre la pauvreté. » Et quelques années après, on peut lire dans différents articles que « de nombreux Tchadiens ne comprennent pas, que dix ans après le début de l'exploitation du pétrole, le Tchad reste coincé aux derniers rangs des classements mondiaux sur le développement humain : 184ème rang sur 187 états selon l'ONU en 2012. »

Quand nous interrogeons les employés du centre, sur leur ressenti concernant la crise tchadienne, ils éprouvent une certaine gêne face à cette tragédie économique et formulent leur découragement face à cette politique gouvernementale. Aussi, nos séjours périodiques leur donnent quelques espoirs.

En ce qui me concerne, il y a eu des périodes où les missions n'ont pas pu se faire en raison des rébellions. Les annulations des missions de février 2008 et janvier 2013 ont suscité beaucoup de déceptions auprès des patients et des collègues du centre des handicapés. Les listes de patients à opérer sont déjà longues. Ces annulations obligent à reporter des malades sur la mission suivante, voire sur plusieurs missions ultérieures.

Un autre événement cité plus haut, la condamnation de l'association l'Arche de Zoé, a provoqué au sein de handicap santé beaucoup d'interrogations et d'indignation. Cela a développé une méfiance légitime, de la part des patients et des familles.

Malgré tous ces aléas qui ont affaibli le pays, le peuple tchadien mène un combat quotidien pour son existence afin de retrouver une certaine liberté, liberté encore bien entravée, « liberté » chantée dans l'hymne tchadien écrit juste après l'indépendance en 1960 : « Ta liberté naîtra de ton courage, lève les yeux, l'avenir

¹ Président de la république du Tchad

est à toi ».

Le père Michel arrive en 1957, il a 26 ans. « *Le Tchad est vraiment mon pays où je suis né le 25 août 1957* » me dit-il avec un rire ironique. Il a dû s'adapter aux différentes périodes plus ou moins dramatiques et « *avec l'exploitation intensive du pétrole, il faut encore s'adapter et espérer que les plus petits s'y retrouveront* » observe-t-il.

4. Question religieuse

Très jeune, Michel Guimbaud fait vœu de pauvreté et sa vocation l'a conduit au Tchad auprès des handicapés. Son installation dans le sud du pays n'est peut-être pas un hasard, car cette région du Logone abrite une communauté chrétienne plus importante que dans le nord avec 20 % de catholiques, 15 % de protestants et une petite communauté orthodoxe dans le pays. L'islam y est introduit au XI^e siècle, c'est la religion majoritaire.

Michel est incontournable dans la région, non pas parce qu'il est de religion catholique, mais parce qu'il accepte toutes les confessions religieuses et toutes les cultures. Quand nous entrons au centre des handicapés, une statue de la Vierge trône au milieu de la cour, des petits sièges l'encerclent comme pour accueillir les patients voulant assister à la cérémonie religieuse. En même temps, la prière des musulmans se fait non loin de là en parfaite harmonie. A ce moment précis des différents temps de prière, il me semble que cette diversité est là pour nous rappeler, à nous soignants, notre rôle de nous occuper de tous sans distinction.

Parmi les différents corps de métiers exerçant au centre, nous retrouvons aussi bien des agents de confession catholique que des agents de confession musulmane. Il y a sans doute des problèmes de mésentente comme dans toute équipe de travail, mais les sensibilités religieuses et culturelles ne se font pas ressentir. En ce qui concerne notre équipe, travaillant de près avec Michel, nos convictions religieuses diverses et variées n'ont jamais entravé le cours du travail. Par ailleurs, on peut constater que ce travail auprès des malades, effectué par les religieux est considérable, réalité que nous remarquons à chaque mission ; ils sont les seuls capables de donner un niveau de santé minimum dans un pays comme le Tchad. Cela est très certainement en train de changer car les états un peu plus

riches vont pouvoir subvenir aux problèmes de santé de leurs populations. Nous pouvons le constater au travers des campagnes de vaccination, par exemple, et espérer que la situation des Tchadiens et de leur pays s'améliore.

Cette question des religions a son importance, car beaucoup d'articles ont été écrits sur les missionnaires et leur tendance à une tentative d'évangélisation des habitants de la brousse. Le père Michel s'est toujours déclaré hostile à cette attitude et nous avons toujours observé sa vigilance à cet égard, sa tolérance également : le fait qu'il accepte un personnel de toute confession ou athée vient illustrer que la fraternité est une constante de l'éthique capucine.

La fraternité « reste le fondement ontologique d'un lien social, toujours à réinventer »¹. Cette fraternité n'a-t-elle pas une valeur laïque, puisque nous la retrouvons dans la devise républicaine inscrite au fronton de nos espaces publics ? En effet, avons-nous besoin d'être religieux pour être éthiques ? Avons-nous l'ouverture d'esprit nécessaire pour concevoir qu'il n'y a pas que les religieux qui soient éthiques ? Dans tous les cas, dans cette structure, jamais une quelconque discrimination d'ordre religieux n'a joué dans les critères de choix des soins.

Dans ce contexte religieux et culturel du pays, plus particulièrement dans l'entourage du centre MNDP, que peuvent être les critères et les objectifs d'une association comme celle dont je fais partie ?

III - STRUCTURES : UN TRIPTYQUE DE QUALITÉ POUR UNE BONNE PRATIQUE DES SOINS

« L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système de santé des Nations unies. La mission du bureau de l'OMS du Tchad est de promouvoir le niveau de santé le plus élevé possible pour toutes les populations de ce pays, en collaborant avec le gouvernement et les autres partenaires au développement sanitaire et en fournissant un appui technique

¹ Michel Borgetto, Bruno Mattei « Fraternité, égalité, liberté », *Le Monde des Débats*, mars 2000 p. 22

et logistique aux programmes du pays. »¹.

Cet organisme tend à rendre accessibles tous les soins de santé primaire, mais le but est loin d'être atteint, malgré quelques centres de santé qui maillent le territoire. Tous les besoins ne sont pas satisfaits. Les infrastructures (hôpitaux, centres de santé) sont vétustes, sous équipées, trop peu nombreuses. Les ressources humaines sont également insuffisantes.

J'ai commencé ce travail par une vue générale du pays avec sa géographie, ses cultures, ses religions. Tel que « Google Maps © », un clic sur la souris permet de hiérarchiser de façon pyramidale ce système de santé. Les différentes organisations non gouvernementales (ONG) médicales font un important travail de terrain ; de compétences différentes, elles essaient de travailler ensemble, afin de devenir de plus en plus opérationnelles. Ce travail de partenariat me semble primordial pour le bon fonctionnement de notre organisation.

Mais il est temps pour moi de vous présenter ces trois structures que sont l'association française Handicap Santé (HS), l'hôpital public de Moundou et le centre Maison Notre Dame de Paix (MNDP).

L'hôpital et le centre MNDP, distants de quelques kilomètres, sont les lieux primordiaux d'échanges, de partenariat et, sans leur coopération, l'association Handicap Santé n'aurait pas lieu d'être. L'hôpital est la structure où les interventions se déroulent durant nos missions et le centre MNDP, le lieu d'accueil des opérés pour la convalescence et la rééducation. C'est entre ces deux organismes que l'association HS vient s'insérer pour pallier au manque de soins des Tchadiens dû à une politique de santé déficiente.

1. L'hôpital de Moundou et son fonctionnement

L'hôpital de Moundou, hôpital public de la ville, a été construit dans les années 50. C'est dans cet établissement que chaque année deux cent cinquante à trois cents patients sont opérés par les équipes de Handicap Santé. L'hôpital de type pavillonnaire est vétuste, conséquence du manque d'entretien régulier des bâtiments et des équipements. Les coupures d'eau et d'électricité sont notre lot

¹ OMS Pays /Tchad : <http://www.who.int/countries/tcd/fr/>

journalier. Depuis juillet 2012, la maternité nouvellement rénovée est opérationnelle, le bloc opératoire est en cours de réhabilitation, ces deux constructions étant financées par la France sous l'égide de l'AFD (Agence française du développement) en collaboration avec l'association tchadienne BASE (Bureau d'Appui Santé et Environnement). Avec la réhabilitation d'une stérilisation efficace et appropriée à la chirurgie, nous espérons retrouver des conditions d'hygiène et d'asepsie plus adaptées. Après la rénovation de ces deux services phares de l'hôpital, nous ne pouvons que souhaiter l'arrivée de nouveaux médecins et chirurgiens tchadiens que la construction et le restructuration d'un bloc opératoire et d'une maternité pourraient motiver. En effet, encore en 2013, cette carence en personnel chirurgical persiste. Tout le problème de notre association consiste en une recherche permanente de médecins et de chirurgiens locaux. La faculté de médecine de N'Djaména forme des médecins et des chirurgiens, mais très vite, pour des raisons personnelles, ils quittent le pays. L'absence de matériel dans les hôpitaux et le versement de leur salaire plus qu'irrégulier les conduit à préférer exercer en Europe. C'est pour nous une difficulté réelle de reconnaître les personnes ressources, de les former et de les inciter à travailler en partenariat avec nos équipes françaises. Des plans de formation mis en place par des ONG sont nécessaires, mais avons-nous la vocation de nous substituer à l'état tchadien qui doit remplir sa propre mission de politique de santé ?

Dans les conditions actuelles d'exercice, certaines interventions orthopédiques et de chirurgie plastique semblent impossibles à pratiquer. La localisation, l'insuffisance d'hygiène des blocs opératoires, le manque de personnes ressources pour le bon fonctionnement de l'hôpital sont jusqu'à maintenant un critère de choix dans les pathologies chirurgicales orthopédiques plus particulièrement.

Deux exemples frappant illustrent ce propos : la faisabilité de poser ou non des prothèses de hanche, chirurgie à effectuer dans des conditions d'asepsie rigoureuse, ou bien une intervention qui va demander des soins post-opératoires longs et laborieux et que l'on ne va pas pratiquer car il n'y a pas de surveillance appropriée aux risques inhérents à l'intervention.

2. Centre des handicapés : MNDP (Maison Notre Dame de Paix)

Depuis 1957, date à laquelle est arrivé Michel Guimbaud, la politique du centre a plutôt axé son travail sur le dépistage et le traitement de la polio (éducation et rééducation, chirurgie).

Michel a mis toute son énergie à la construction de cet édifice en créant des centres satellites dans les villages de brousse, afin de permettre aux habitants de se rendre dans des dispensaires plus proches de chez eux et ainsi leur donner la possibilité de pouvoir consulter plus facilement.

A Moundou, au centre MNDP, la présence des familles en continu auprès des enfants malades génère une atmosphère gaie et rassurante. Dans cette région où l'eau est précieuse, le puits est le point central de la cour intérieure. La famille est bien présente pour son enfant, les mamans s'adonnent à la cuisine, à la lessive, donnent le bain. Ce lieu apaisant qui n'a parfois rien à envier à nos hôpitaux français où la présence de la famille se limite à des visites à horaires contraints.

L'énergie et le charisme de Michel Guimbaud ont rendu ce centre incontournable pour les personnes handicapées par la polio ou par des traumatismes. Durant les missions, c'est dans ce centre que les patients opérés à l'hôpital vont passer leur convalescence. Après l'intervention, les malades passent une nuit à l'hôpital surveillés par un(e) infirmier(e) tchadien(e). Le lendemain, les patients rejoignent leur famille au centre des handicapés MNDP. Là ils sont pris en charge pour les soins post-opératoires et la douleur sous la surveillance d'une infirmière tchadienne présente toute l'année et une infirmière française qui vient la seconder pendant le temps de la mission. L'activité des soins au centre est permanente. Environ huit cents patients en bénéficient (soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie et réinsertion dans la vie sociale). Michel Guimbaud a bâti ce centre marche par marche avec l'aide de ses amis africains spécialisés (kinésithérapeutes, appareilleurs, infirmiers et ergothérapeutes) et en a fait un établissement où un travail en amont de prospection et de prise en charge est mené d'une façon pérenne. Il a fait un choix d'ouvrir le centre MNDP avec l'aide de fondations comme la fondation Liliane et de volontaires français pour améliorer la prise en charge de la personne handicapée, enfant ou adulte, et ainsi avoir une

dimension pluridisciplinaire.

« La rééducation ne se limite pas à l'amélioration ou non de la personne dans ses fonctions physiques, mais aussi à tous les aspects qui influencent le bien être de la personne handicapée. » me dit Michel.

Approche holistique où la « rééducation est un droit fondamental pour des enfants handicapés »¹. Pour notre association Handicap Santé, ce centre est une entité, un fil conducteur, un mythe pour certains.

3. Association Handicap Santé

Handicap Santé est une association française qui organise des missions chirurgicales au Tchad depuis 1982. Tous les bénévoles des missions ont à cœur d'en préserver l'esprit, lié à la personnalité du père fondateur de MNDP, le père Michel. La fraternité des Capucins, un ordre religieux auquel appartient Michel, est représentée, pour nous tous, intervenants laïcs, par les valeurs d'amitié, de solidarité et de confiance entre les participants aux missions. Chantal, anesthésiste réanimateur, présidente de cette association, nous rappelle en conclusion d'une assemblée générale : *« En qualité de présidente de l'association Handicap Santé, qui a vocation d'opérer les patients handicapés au Tchad, j'ai la responsabilité d'en maintenir le dynamisme et de coordonner le développement des moyens à mettre en œuvre, d'en assurer la pérennité pour répondre aux besoins toujours plus importants. »* En effet, en tant que membres de l'association, nous voyons bien là un souci de responsabilité, afin de développer toujours plus la qualité des missions avec la réflexion éthique qui s'y associe, de s'attacher à développer le partenariat avec les soignants du Tchad et les instances qui les représentent.

¹ Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations unies, décembre 2006, Article 7 : Enfants handicapés.

IV – COMPLEXITÉ DU TRAVAIL DES MISSIONS

Notre association française, sous le nom de Handicap Santé, est une organisation non gouvernementale à vocation humanitaire, elle a le statut d'une association loi 1901, à but non lucratif. Notre mission est d'organiser et de réaliser des missions chirurgicales orthopédiques et plastiques.

La chirurgie de la polio fut le point de départ de la création de ce centre. Des équipes de chirurgiens, anesthésistes et infirmiers sont venues soutenir son action, au rythme d'une mission par an de 1982 à 1985, puis de deux missions par an.

2005 est marquée par l'arrivée d'un chirurgien plasticien dans l'équipe de chirurgie orthopédique.

En 2012, quatre missions ont eu lieu. Au cours de 25 ans de missions, la chirurgie orthopédique a traité beaucoup de pathologies congénitales et de séquelles de polio auprès d'enfants et d'adolescents.

Tout d'abord il faut déterminer quels points importants vont guider nos décisions dans la chirurgie de la polio qui est tout de même le but originel de cette association.

1. La polio et la difficulté de prévention

Nous ne pouvons pas parler de pathologie de la poliomyélite sans évoquer la problématique de la vaccination, problématique que l'on retrouve dans nos pays occidentaux, et notamment en France où la vaccination de la polio est obligatoire.

Parmi les personnes qui avaient 15 ans dans les années 1965, certaines ont pu connaître une personne atteinte de la poliomyélite. Si cette maladie est éradiquée en Europe, ce n'est pas le cas dans les pays en voies de développement. Mais que savions-nous de cette maladie à l'époque de notre adolescence ? Pour moi, c'est à la veille de partir pour une première mission que je me suis intéressée véritablement à cette pathologie.

Qu'est-ce que la maladie de la polio ?

La poliomyélite est une maladie infectieuse pouvant provoquer de graves paralysies. Le virus, appelé « poliovirus », pénètre dans l'organisme par la bouche

et va se multiplier dans la paroi de l'intestin, le plus souvent le poliovirus s'arrête là et provoque des symptômes proches de ceux de la grippe. Mais dans 1 % des cas, le virus atteint les cellules nerveuses de la corne antérieure de la substance grise, là où se trouvent les motoneurones, en d'autres termes, les neurones qui commandent nos muscles. Le poliovirus provoque ainsi des paralysies plus ou moins sévères qui peuvent aboutir à des malformations très invalidantes, 5 à 10 % des malades paralysés meurent de la polio, parce que leurs muscles respiratoires sont touchés.

A chaque mission, la cour de la Maison Notre Dame de Paix se remplit de jeunes handicapés atteints de la polio marchant sur leurs genoux, un ballet incessant, symbole de ce fléau que notre XXI^e siècle peine à éradiquer.

Le Tchad se trouve être l'un des pays d'Afrique les plus touchés par cette maladie. De nouveaux malades sont recensés chaque année avec, en 2011, un bien triste record pour le Tchad où 114 nouveaux cas ont été dénombrés par le ministère de la Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF.

A la Maison Notre Dame de Paix, les chiffres laissent pourtant envisager un avenir plus radieux. Il y a une régression très nette des cas de polios présentés pour être opérés. Ces derniers représentaient 28 % des patients il y a dix ans (soit à l'époque, une moyenne par mission de 12 cas polios opérés sur 45 patients), contre seulement 14 % aujourd'hui (10 patients sur 70 lors de la mission de mai 2013)¹.

Ces chiffres, issus des statistiques du centre MNDP montrent une ambivalence dans le sens où les statistiques de ce centre laissent présager une diminution de la polio alors que d'un autre côté, nous constatons que de nouveaux cas sont apparus dans le pays. Michel Guimbaud s'interroge « Quand nous allons en brousse, nous voyons encore des jeunes marchant à quatre pattes et je ne comprends pas très bien pourquoi », il y a bien là une discordance illogique que nous allons essayer de comprendre.

Difficulté à mettre sur pied une culture de prévention

La quarantaine de campagnes de vaccination menées dans tout le pays n'a peut-

¹ Source : Claire Williot, journaliste présente à la mission mai 2013.

être pas permis de stopper l'épidémie mais tout du moins de la ralentir. Pourtant, beaucoup d'enfants échappent encore aujourd'hui à la vaccination pour différentes raisons : zones mal cartographiées, manque de vaccins, de sensibilisation... Pendant l'année 2010, chaque mois, des « vaccinateurs », n'ayant pas forcément de formation dans la santé, passent dans les villages, visitent chaque concession et recensent tous les enfants présents et leur administrent le vaccin sous forme de gouttes.

Mais beaucoup de problèmes surgissent. Le principal est la crainte des parents face à la vaccination : des parents cachent les enfants en brousse, d'autres effacent sur la porte le « code » que les « vaccinateurs » tracent à la craie, une fois la maison visitée. Les parents n'ont pas la conviction que la vaccination est utile : l'enfant n'est pas malade, alors pourquoi pratiquer cette vaccination ? Les vaccinateurs marquent un ongle de l'enfant vacciné à l'encre indélébile et certaines personnes proposent 500 CFA¹ pour marquer l'ongle de l'enfant sans le vacciner. Un autre problème est la formation des vaccinateurs . Ces derniers font parfois une pause en route et brisent ainsi la chaîne du froid, rendant les vaccins confiés inopérants, ou encore, une équipe oublie quelques maisons dans un village.

Il y a quelques années, le Dr V., un médecin de l'association est venu 15 jours pour comprendre la prise en charge de la vaccination, mais les entretiens avec le préfet de santé de la région n'ont pas élucidé les questions que nous nous posions. Le préfet explique qu'il n'y a pas de fiches d'état civil, pas de carnet de santé. Par exemple, quand un enfant naît, la matrone, qui parfois ne sait ni lire ni écrire, accouche les femmes dans la brousse et à la naissance du bébé met un caillou blanc dans un pot si c'est une fille et un caillou noir si c'est un garçon, mais rien n'est écrit.

Durant la saison des pluies, les concessions sont parfois inondées, et tout le village migre vers une autre région pour reconstruire ailleurs. Les traces des enfants sont perdues et le rappel de la vaccination ne se fait pas. Nous comprenons alors que la comptabilité des personnes ayant reçu la vaccination est difficile à faire. Ainsi, le chemin à parcourir est encore long.

¹ Monnaie tchadienne, franc de la Communauté financière africaine,

En Occident, « la raison scientifique est une valeur pour nous », dit Didier Ouedraogo « nous avons la connaissance des effets »¹ ; bien que l'information faite par les médecins et les médias circule (campagne de vaccination de la grippe par exemple), une partie de la population ne se fait pas vacciner, mais il s'agit pour nous aussi d'y adhérer, c'est aussi un changement de comportement que l'on doit avoir et que la population n'a pas forcément dans nos pays « civilisés ». Le refus de la vaccination est une démarche d'une population surinformée. La population occidentale est maintenant dans la demande du risque zéro, risque zéro qui n'existe pas. Au début de la vaccination en France, les résistances aux vaccinations étaient aussi présentes. La population en majorité peu instruite et pleine de défiance, doutait de ses effets.

On peut facilement imaginer, alors, la situation en Afrique sub-saharienne où la médecine est absente, le gouvernement démuné par manque de moyens financiers et manque de communication, les difficultés de préventions rencontrées sont chaotiques. Nous nous heurtons à une difficulté culturelle autour de la prévention de cette maladie qui peine à s'incarner dans ce pays qu'est le Tchad.

Nous avons beaucoup discuté de la prévention de la polio par la vaccination et nous pouvons avouer que nous sommes bien désemparés devant l'ampleur de la tâche en tant que bénévoles « humanitaires »

L'état de la vaccination au Tchad : opérer est un choix à contre cœur

Les campagnes de vaccination auraient pu être un leitmotiv de notre association. Contrairement à nos pratiques occidentales où le choix sociétal est la prévention, dans ce pays tout semble à construire en matière de prévention. Si on parle de coût et efficacité, ne revient-t-il pas moins cher de prévenir la maladie de la polio par la vaccination plutôt que de traiter cette maladie par la chirurgie et la rééducation ? Cette réflexion nous renvoie à ce principe d'utilitarisme de John Stuart Mill au XIX^e siècle qui préconise des choix sanitaires privilégiant le groupe, plus que la personne, en axant notre rôle humanitaire sur simplement la prévention de la maladie par la vaccination. Cette politique devient urgente dans ce pays : « tant qu'il restera un seul enfant infecté par la poliomyélite, les enfants de tous les pays

¹ Didier Ouedraogo, philosophe. Cours du 14 février 2013 dans le cadre du DU Éthique à l'espace Éthique AP-HP, hôpital Saint-Louis, Paris.

risqueront de contracter la maladie »¹. Le gouvernement tchadien s'emploie à cette démarche de prévention par la vaccination, aidé de l'OMS. La vision de la plus haute autorité du pays est de faire en matière de santé publique l'une de ses priorités. Cette démarche se concrétise et se renforce davantage. Nous espérons qu'un jour, peut-être, les adolescents des années à venir ne verront plus cette maladie appelée poliomyélite.

Le rôle de prévention ne revient-il pas, alors, à une politique du gouvernement plutôt qu'à la responsabilité d'une petite ONG ? Cette tâche, de notre part, ne serait-elle pas chargée de suspicion néo-colonialiste vis-à-vis du gouvernement et de la population ? N'est il pas judicieux que les ONG questionnent l'organisation gouvernementale (OG) sur leurs besoins fondamentaux : « Qu'attendez-vous de nous ? » plutôt que « Voilà ce que je vous propose ». La nécessité d'un vrai partenariat avec le gouvernement est essentielle. Notre marge de manœuvre est en effet limitée dans cette prévention et notre rôle d'association se limite à alerter les préfets de santé de la région. C'est un vrai problème de santé publique et cette interrogation reste constante : pourquoi faire subir une intervention lourde à de jeunes enfants, les contraindre à trois mois d'immobilité dans un carcan plâtré suivi de soins fréquents et douloureux, pour ainsi dire un parcours du combattant, alors que quelques gouttes suffisent pour éradiquer cette maladie.

Pour les Africains, la conception de la maladie ou de la prévention par la vaccination est telle que nous rencontrons encore bon nombre de handicapés. Même si leurs traditions, leur culture, leurs religions nous interpellent, c'est un respect que nous leur devons. Notre rôle est de les prendre en charge du début de leur handicap jusqu'à l'intervention et leur réinsertion. Tout le travail à l'année des ergothérapeutes est là en amont pour nous aider, à nous, missionnaires d'un temps, à nous rendre le diagnostic et la prise en charge plus facile.

2. L'importance de la chirurgie plastique

Si le patient handicapé n'est peu ou pas rejeté par la communauté, les patients dévisagés par une brûlure ou une malformation telle que la fente palatine — plus communément appelée « bec de lièvre » — sont exclus de la société et la

¹ Discours de l'OMS dans un journal local du 22 février 2012

demande pour cette chirurgie est vraiment présente.

Patrick Knipper, chirurgien plasticien ayant participé à plusieurs de nos missions, dit dans un interview à propos de son livre *Peaux de chagrin*¹ : « Tout geste médical est en priorité une œuvre d'humanité ». Depuis quelques années, nous avons aussi beaucoup de demandes de chirurgie plastique, chirurgie qui peut paraître paradoxale dans un contexte de précarité. Mais nous pouvons y voir une pratique de la chirurgie plastique dans sa « normalité » et non pas comme une chirurgie à titre esthétique comme nous l'entendons dans nos pays occidentaux.

La chirurgie plastique englobe la chirurgie réparatrice, pour les brûlés par exemple. Beaucoup d'enfants souffrent de brûlures qui ne sont jamais traitées et qui au fil des jours entraînent des rétractions et réduisent la mobilité du membre atteint conduisant souvent à une atrophie et une déformation importantes. Pendant la période hivernale, les mamans dorment près du brasero avec leur bébé dans les bras ; la nuit, pendant le sommeil, il arrive que le bébé roule dans le feu et nous voyons des enfants avec des brûlures, cicatrisées certes, mais aussi avec des rétractions importantes. Cette chirurgie reconstructrice va permettre de réparer les traumatismes dus à la brûlure, mais aussi de reconstruire un visage après une infection telle que le noma (*Cancerus Oris* qui signifie « dévorer »), forme de plaie gangréneuse due à une infection dans la bouche et qui va littéralement détruire le visage avec une atteinte non seulement des tissus mous mais également des tissus osseux. Cette pathologie est courante dans les pays de grande pauvreté chez des enfants en grande dénutrition. La chirurgie de ces séquelles de noma est à la fois esthétique et fonctionnelle, c'est-à-dire permettre à l'enfant de pouvoir ouvrir la bouche, parler et manger, et retrouver un sourire...

La chéloplastie pour fente labiale, en quoi est-elle satisfaisante ? En Occident, c'est une pathologie détectable à l'échographie morphologique effectuée au cours du cinquième mois de grossesse. Dans nos hôpitaux, la prise en charge est ultime, ce qui n'empêche pas l'épreuve et le choc psychologique des parents à l'annonce du diagnostic (la pathologie est souvent détectée à l'échographie anténatale). Les parents rejoignent un réseau associant un soutien psychologique à l'organisation

¹ Patrick Knipper, chirurgien plasticien, *Peaux de chagrin ; la chirurgie plastique au service de l'humanité*, éditions Michel Lafon, Paris, 2007

du traitement médical et chirurgical de la pathologie. Cette prise en charge précoce va permettre aux parents de mieux appréhender cette malformation et d'atténuer leur angoisse. En Afrique, les parturientes sont rarement suivies, la naissance d'un bébé avec une fente palatine est pour elles aussi catastrophique que dans nos contrées occidentales. Les enfants sont opérés tardivement faute de praticiens et c'est ainsi que les familles attendent « le bon vouloir » de nos missions à venir, en espérant qu'ils seront sur la liste de la prochaine. Et en attendant, Christine se cache le visage avec son foulard, impatiente d'être inscrite pour une troisième intervention qui va rendre son visage « regardable ».

A cette chirurgie plastique se confronte une troisième pathologie, une pathologie lourde de conséquences qui va remettre en cause les capacités humaines et matérielles de nos missions. C'est la chirurgie traumatologique.

3. L'augmentation de la chirurgie traumatologique

Depuis 2006, l'extension de la ville de Moundou est devenue importante. Comme dans toutes les grandes villes d'Afrique, les motos, les voitures ont envahi la ville avec un réseau routier non préparé à cette évolution. Suite à ce changement urbain, nous avons fait le triste constat d'une augmentation considérable du nombre des accidentés de la route et, de fait, une augmentation des interventions de chirurgie traumatologique. Chirurgie orthopédique lourde à laquelle viennent s'ajouter la chirurgie des séquelles de polio, des malformations congénitales et la chirurgie plastique (traitement des fentes labiales, des séquelles de brûlures).

Devant l'ampleur des pathologies, du nombre de patients et le constat quelque peu alarmant des infrastructures hospitalières, nos décisions opératoires vont demander beaucoup de réflexion et d'attention.

Après avoir parlé longuement de la mise en place de cet espace, la description de cet état des lieux me semble primordiale pour appréhender la problématique du choix.

DEUXIÈME PARTIE : LA QUESTION DU CHOIX

Pour parler de la problématique du choix, il faut se demander auparavant quelles questions nous renvoient les différents besoins ressentis au travers de cet état des lieux, comment un questionnement éthique nous aide à résoudre ce choix et quelles actions pouvons nous entreprendre

I – DE MULTIPLES QUESTIONNEMENTS

L'évolution du pays, tant sur le plan de la santé que sur le plan économique nous invite à faire une rétrospective des interrogations toujours présentes, à prendre en compte toutes les facettes de la société tchadienne et ainsi à se poser les bonnes questions pour une évaluation des besoins au sein de notre centre et association. Pour cela j'ai eu recours à quelques interviews de participants ayant une bonne expérience des missions. Cette chirurgie des séquelles de polio et des pathologies congénitales est laissée pour compte et fait place à une chirurgie traumatologique pour les raisons citées plus haut. La chirurgie des séquelles de polios qui représentait 80 % des interventions est passée à 25 % des interventions. Simple constatation qui m'interpelle et interpelle notre équipe. Cette modification des soins par rapport à l'engagement initial m'amène à réfléchir sur les raisons de ce changement.

1. La question des consultations et de la communication

Les patients bénéficient, depuis un bon nombre d'années, d'une consultation effectuée par des kinésithérapeutes tchadiens, travaillant au centre MNDP. Madeleine et Simon, kinésithérapeutes du centre MNDP, formés au Cameroun, sont les interlocuteurs privilégiés des équipes médicales et paramédicales du Tchad et de notre association. De par leur expérience professionnelle, ils ont une très bonne connaissance de la chirurgie orthopédique. Leur mission est d'accueillir des patients en consultation, de faire une sélection des malades susceptibles d'être opérés. Quelques semaines avant le départ de la mission, une liste est envoyée par leurs soins, liste peu explicite, mentionnant le nom et le prénom, l'âge, le sexe, la ville et la pathologie notée de façon succincte. Ce

catalogue de noms est soumis aux chirurgiens. Au regard de cette liste assez déconcertante, il est difficile de faire un diagnostic précis et en conséquence de poser une indication opératoire juste. Les patients devront attendre l'arrivée de l'équipe des soignants pour avoir le verdict de leur avenir chirurgical. Cette procédure basée sur une liste est en vigueur depuis trente ans. Cette organisation élaborée du fait du peu de patients à l'époque avait tout son intérêt. Mais du fait de l'évolution de MNDP, d'un changement de gouvernance, des progrès informatiques, il faut faire cheminer sa pensée et faire progresser cette pratique organisationnelle devenue obsolète.

2. La question du nombre

D'année en année la liste des patients à opérer s'allonge. Il y a quelques semaines, nous recevions la liste des patients prévus pour la mission qui aura lieu en novembre 2013 : 90 patients pour différentes pathologies orthopédiques et quelque 40 patients de chirurgie plastique sont à opérer. Des choix s'imposent. Le Dr D. V., chirurgien plasticien en charge de quarante patients pour huit jours, s'inquiète. Elle reçoit par mail cette liste où sont inscrits les candidats à la chirurgie plastique et répond à ce courrier électronique, en exprimant ses doutes : *« J'ai bien reçu la liste des patients= Cela fait beaucoup pour une semaine. Si on pouvait avoir des photos des séquelles de brûlures, cela permettrait de déduire à peu près le temps à prévoir »*. Au vu de ces listes, comment élaborer des critères de sélection concrets sachant que l'on ne pourra pas opérer toutes ces personnes ?

3. La priorité de l'objectif du père Michel

Beaucoup inscrivent leur engagement dans l'historique de la création du centre MNDP. Ils revendiquent une fidélité totale aux convictions de Michel.

« Il faut se mettre en face de l'objectif principal de la mission, en effet notre objectif de départ, était de « mettre debout des patients atteint de la polio » devise de MNDP, un objectif atteint par le père Michel qui depuis des années réfléchit et travaille pour ces patients atteints de la polio » affirme le Dr D.

« On a pas le temps de réfléchir. Quand on est là bas, on oublie le fondamental, et le fondamental c'est Michel, ce sont les gamins qui marchent à quatre pattes et

qu'il faut remettre debout ! C'est la devise » renchérit le Dr A.

Chacun met ses priorités là où il pense qu'il est bon de les mettre, selon leur expérience dans ce travail humanitaire, selon les liens affectifs tissés au fil des années passées à Moundou. Mais, peut-être qu'une époque est révolue, qu'il faut accepter cette évolution et changer la stratégie en acceptant d'élargir le champ des pathologies afin de rendre service à un plus grand nombre de patients. Notion qui ne nous est pas facile à comprendre quand on est soignant en France.

4. Choix en Europe et en Afrique : une différence

Dans notre société française, on a tendance à dire que tout est possible, tout peut être opéré, le « facile » comme le « pas facile ». La notion de choix de la part du praticien et du malade est plus aisée. Les structures sont là pour accueillir tous les patients, même si nous constatons des failles dans l'organisation de nos structures hospitalières. Notre système de santé est enviable et notre sécurité sociale unique dans le remboursement de tous les patients, assurés sociaux ou non. Le Tchad n'a pas basé sa politique de santé de la même façon et l'enfant qui a contracté la polio restera à vie avec son handicap avec de dramatiques conséquences physiques et sociales.

En Afrique, si tu ne marches pas debout, tu es traité « comme un chien ». La définition de l'OMS, « *c'est la bonne santé, physique et psychique* », donc on voit bien que si ces patients ne sont pas opérés, ils ne seront pas reconnus au niveau physique et pas reconnus du point de vue moral », me dit le Dr D.

Pour les médecins impliqués dans le choix thérapeutique, la décision chirurgicale va ainsi prendre une autre dimension. Les soignants se retrouvent à exercer leur profession dans un milieu inhabituel. Notre réflexion, dans son ensemble, va demander plus d'attention du fait des pathologies fort différentes et de notre isolement professionnel.

5. La question des interventions simples et faciles

Si on se place dans une situation éthique par rapport à l'ensemble de la

population, en accomplissant une chirurgie simple et réglée, le risque est minimisé et les conditions de vie de ces patients sont considérablement améliorées.

« Si dans la société africaine, on doit remettre des malades debout que faut-il choisir ? La polio, la traumatologie, les becs de lièvre ? On aurait tendance à dire : opérer en jugeant du bénéfice/risque. Le grand avantage de ces interventions, c'est simple tant sur le temps opératoire et que sur le temps post opératoire, alors que pour la chirurgie en traumatologie, le rapport bénéfice/risque est discutable [...]. On a tendance, en tant que médecins, à se dire que quand on aura réglé la première phase des interventions simples et faciles, on peut passer à la deuxième phase, c'est à dire la chirurgie demandant beaucoup d'attention » explique le Dr D.

Nous faisons le constat que, dans l'immédiat, une partie de la population sera prise en charge tandis que l'autre pas. Toute notre attention doit porter vers « une recherche des meilleurs soins possibles pour tous » et « non pas de l'excellence pour seulement quelques uns »¹ mais cela engage de notre part la justesse de notre réflexion dans les « meilleurs soins possibles ». Et le meilleur soin possible dans une faisabilité d'une prise en charge traumatologique reste compliqué en Afrique.

6. Le problème de la chirurgie « lourde »

Par exemple, cette femme victime d'un accident de la voie publique quelques semaines avant notre arrivée et que nous avons amputée de la jambe gauche, nous constatons en l'opérant, que l'autre jambe est fracturée. Le chirurgien pratique un enclouage de la jambe droite dans des conditions d'asepsie assez précaires, avec un grand risque d'infection de cette jambe. Nous ne savons pas ce qu'elle est devenue car c'est le dernier jour de notre mission, mais que faire ? Car dans un cas comme dans l'autre, peut-elle se servir de sa jambe ?

Il s'agit là d'une chirurgie lourde de conséquences avec des risques non maîtrisables et qui, d'une certaine manière, remet en cause le choix de ce type d'intervention.

« Tous ces handicapés, ces accidentés de la route, il faut s'en occuper aussi »

¹ Alain Cordier, « La vocation médicale de l'homme : inquiétude éthique et profession de santé. », *Traité de bioéthique, Tome II*, Emmanuel Hirsch (ed.), Ères, 2010, p. 28.

assure Michel. Si nous ne prenons pas en charge ces personnes souffrant de pathologies traumatiques, ces patients seront dans l'avenir des futurs handicapés. Comme l'expose Jean-François Mattei¹ dans un article « *Après la survie, il est impératif d'assurer la vie pour que chacun ait la vie devant soi.* ». C'est pour cette raison que notre réflexion doit être basée sur les moyens que nous devons mettre en œuvre pour traiter avec soin cette pathologie difficile à prendre en charge qu'est le polytraumatisé ; pour s'assurer de pouvoir garantir un suivi post-opératoire de qualité ; pour augmenter les capacités matérielles et humaines du centre MNDP, pour procurer à ces patients une surveillance post-opératoire, une rééducation et une réinsertion.

7. La question du suivi post opératoire

Le choix d'opérer des patients impose une surveillance accrue en post-opératoire et suscite une question majeure : Au jour d'aujourd'hui, de quels moyens dispose l'association pour mettre en place un suivi post-opératoire de ces patients ?

Le Dr A. constate : « *Je suis resté deux ou trois fois après la mission "rouleau compresseur" qui passe et puis c'est le grand vide... Les patients sont laissés pour compte car personne ne les suit, contrairement à la prise en charge des polios et des pathologies congénitales. On ne peut pas tout faire, on ne peut pas tout opérer, les opérer oui, mais pas de cette façon. [...]*

Une autre chose me choque : on remet « les patients debout » dans leur entier, prise en charge avant, pendant et après et il y a un suivi, jusqu'à leur insertion dans la vie active et affective. Mais si on fait le parallèle avec la prise en charge des patients traumatisés, c'est très différent car dans ce cas il n'y a pas de suivi post-opératoire à distance de l'intervention. »

Cette pensée franche et déterminée, m'incite à penser que le problème et les erreurs faites se situent à ce niveau : le suivi médical post-opératoire des patients n'est pas résolu, ce qui va faire pencher la balance dans la décision de récuser ces patients porteurs de pathologies graves où le pronostic vital peut être engagé. De quelle façon pouvons nous soutenir ces patients dans leur handicap ?

¹ Jean-François Mattei, « L'urgence humanitaire, et après ? », *Économie et Humanisme*, n° 375, décembre 2005

8. L'individuel et le global

« Quand on se retrouve là bas, il faut accepter de prendre en charge des polytraumatisés en urgence, mais opérer une fracture ouverte et infectée depuis des mois, est ce utile ? » demande le Dr D.

Là on touche une question éthique. Ne faut-il pas avoir une interrogation éthique globale plutôt qu'une éthique individuelle ? Si nous pensons à la façon occidentale, notamment française, avec notre médecine fortement rationalisée : pour une fracture de hanche, le chirurgien va poser une prothèse, nous sommes dans une logique individuelle et la question ne se pose pas, le patient est opéré s'il y consent. En revanche, en Afrique, il nous faut davantage tenir compte de l'environnement, de la culture et du type de pathologie : une prothèse de hanche ne sera pas une bonne solution pour des raisons d'asepsie car ce serait un risque pour le patient. Il vaut mieux pour lui qu'il marche avec des béquilles : il a un passé, une vie sociale, il ne sera pas rejeté comme un handicapé de la polio. Dans tous les cas de figure, il faut tenir compte des impératifs sociaux et culturels dans lesquels les personnes vivent.

Tout le travail à l'amont des ergothérapeutes est là, en amont, pour nous aider, nous missionnaires d'un temps et d'un temps très court. Ce travail nous sera d'une grande utilité dans la stratégie de prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent et il va nous aider dans le choix des patients pour les missions.

9. Quel travail en amont : un consentement par procuration ?

Claire, ergothérapeute, oriente plutôt son activité sur l'éducation des parents, sur ce que peut faire un enfant handicapé. Son rôle est de réadapter les activités quotidiennes des enfants en situation de handicap, parler avec les familles des enfants handicapés par la polio en vue d'une meilleure intégration dans l'environnement social et professionnel.

Claire évoque tout le cheminement de Prosper. Un exemple d'histoire vécue par cette ergothérapeute nous montre bien la complexité des cas.

« Ce jeune garçon âgé de 14 ans, atteint de poliomyélite à l'âge de 3 ans, a comme séquelles une monoplégie du membre inférieur droit avec rétraction au

niveau du genou. Il marche avec l'aide d'un bâton en sautant. Il est de l'ethnie des Musseys (majoritaire dans la région du Mayo-Kebbi Est). Orphelin de père et de mère, il vit avec un oncle depuis la mort de ses deux parents, dans un village à 30 km de Pala. Il fréquentait l'école, mais depuis qu'il vit chez son oncle, il est gardien du troupeau de bœufs de celui-ci et ne peut plus aller à l'école.

Un jour, en 2011, en ayant assez de cette situation, il décide de quitter le village et de se rendre à la ville de Pala. Malgré son handicap, il fait les 30 kilomètres à pied. A Pala, il se présente chez le "chef de race" des Musseys.

Les chefs de race sont des personnes choisies pour représenter une ethnie dans une ville où celle-ci n'est pas majoritaire. En cas de conflit ou de problème avec une personne de cette ethnie, « le chef de race » est là pour gérer les problèmes de la famille. Quand une personne voyage, il est d'usage de se présenter au chef de sa race dans la ville où on arrive. Ce chef ne pourra pas refuser l'hospitalité à un membre de son ethnie qui n'a pas de famille dans la ville.

En arrivant à Pala, Prosper se présente chez le « chef de race » qui le recueille. En juin 2012, Prosper a été convoqué pour rejoindre Moundou pour l'opération. Malheureusement, le chef de race n'avait personne pour accompagner Prosper comme garde-malade et la famille du garçon, au village, n'a fait aucun geste. Suite à cet événement, je suis allée voir le chef de race qui a alors convoqué la famille chez lui, menaçant de les mener en justice si la famille ne répondait pas à son appel. J'ai quitté Pala pour la France quelques mois et quand je suis revenue en janvier, j'ai retrouvé Prosper à Moundou.

Prosper m'a alors expliqué qu'une épouse d'un de ses oncles est venue avec lui à Moundou pour le temps de l'opération mais qu'elle est très vite repartie sans rien lui laisser à manger. Suite à l'opération, il marche avec une attelle et des béquilles pour le moment et il est cette année en classe de cinquième. Son avenir est encore flou. »

Dans cette contrée africaine traditionnelle, il peut y avoir un rejet du handicap par l'entourage, c'est ce qui explique la raison de l'abandon de Prosper par sa famille. Il n'a pas le choix et avoir pu se faire opérer lui permettra de retrouver une certaine autonomie, la possibilité d'aller à l'école, avec un niveau d'étude correct, d'avoir un travail et une vie sociale. Prosper doit survivre, il est seul, abandonné

par sa famille, sa communauté et il veut s'en sortir : « *Il n'y a qu'une solution : la lutte. [...] Il ne pourra concevoir son existence que sous les espèces d'un combat mené contre l'exploitation, la misère et la faim* »¹. Dans cet environnement affectif misérable, tout le travail de cette ergothérapeute est, non seulement de constater le handicap mais d'aider au mieux la personne à décider d'une stratégie de prise en charge, avec cette solitude qui règne autour d'elle. En effet, le cadre social d'une population africaine n'est pas le même que le cadre occidental. L'avis comme la décision n'est pas individuel. Le choix de la famille, des aînés et de la communauté va primer sur celui de l'individu. Nous allons faire confiance aux kinésithérapeutes et ergothérapeutes qui sont sur place et nous allons nous appuyer sur eux. Leur laisser, d'une certaine façon et à regret, cette décision, qui pour nous est altérée, du fait de la ponctualité des missions, c'est en cela que leur travail nous est précieux.

Un autre exemple est décrit par Claire.

«Il s'agit de Baïna, fillette de 12 ans, avec comme séquelle une paralysie des deux membres inférieurs avec des rétractions au niveau de la hanche, des genoux et des tendons d'Achille. Elle habite à Pala avec ses deux parents, son papa est un commerçant. C'est une famille musulmane. Le quartier dans lequel ils habitent est très difficile d'accès. Elle est bien intégrée dans sa famille. Elle aide pour faire la vaisselle, préparer à manger ...

Baïna est connue du centre des handicapés de Pala depuis longtemps. Mais les parents ne sont pas réguliers dans la prise en charge. Quand elle était petite, elle marchait avec des attelles et des béquilles, puis du fait du manque d'assiduité, aujourd'hui elle marche à quatre pattes.

Les parents refusent l'opération et demandent une voiturette pour que Baïna puisse sortir de la concession. Dans un premier temps, cette idée paraît bonne, Baïna pourra sortir et aller à l'école coranique. Mais en examinant les réelles possibilités d'accès de leur quartier, une voiturette pour Baïna nécessiterait qu'elle soit toujours accompagnée et finalement ce n'est pas une solution valable. Mais les parents n'ont pas abdiqué.

¹ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, Paris, éd. Points, collection Points Essais, pp. 181-182

C'est en août 2012 que nous avons pu enfin lui procurer ce tricycle. Elle a passé un mois au centre pour faire de la rééducation et pour apprendre à se servir de son tricycle. »

La personne africaine, dans son handicap n'est pas considérée comme malade. Un patient atteint de la polio qui fait une poussée aura des séquelles, mais pour lui et sa famille, une fois la crise passée, il n'est plus malade. Les séquelles ne se voient pas tout de suite et quand elles deviennent importantes, il est hélas trop tard et l'entourage a pris l'habitude de le voir se traîner par terre, il est ami avec tout le monde, il va aux champs sur ses genoux, il fait quelque chose, il n'est pas inutile, il se porte bien et la famille ne voit pas l'utilité de le faire soigner. *« C'est un peu la mentalité de ces familles de handicapés. Il faut donc que les parents découvrent que leur enfant possède des capacités à s'engager dans la vie sociale et fassent le nécessaire pour redonner une dignité à leur enfant, pour qu'il marche debout »* me dit Michel. Ces ergothérapeutes nous sont indispensables, pour « créer du lien »¹ avec notre association. Mais ils sont très peu nombreux et l'apport de subventions des formations d'ergothérapeute et kinésithérapeutes s'organise pour rendre durable cette prise en charge. Encore faut il que ce choix des personnes soit définitif.

10. Le désir d'exigence dans la formation et le recrutement des ressources humaines

Le recrutement doit être rigoureux tant sur le plan du recrutement local que pour le recrutement des soignants en partance pour le Tchad. Tout d'abord l'urgence de trouver les personnes ressources tchadiennes pour un travail en amont ou d'élaborer une solution intermédiaire pour le suivi de nos patients après notre départ sont la clé de notre réussite. L'association MNDP France et l'association HS mettent ensemble leurs idées afin d'améliorer cette brèche encore béante.

« C'est le rôle de MNDP France. C'est-à-dire d'assurer la prise en charge des traumatisés à long terme par un médecin et c'est pour nous une difficulté car identifier les personnes ressources semble très difficile. » explique le Dr A.

C'est pour cela, que l'association MNDP France (association française qui finance

en partie le centre Maison Notre Dame de Paix, MNDP) aide financièrement des kinés et des ergothérapeutes africains pour leurs études. A l'heure actuelle, MNDP France finance les études de kinésithérapie d'un Tchadien pour travailler dans un des centres satellites. Ils assurent une aide financière à un étudiant en médecine à Conakry, handicapé, intéressé par la spécialité d'anesthésie.

En tant qu'association, nous avons aussi une responsabilité dans le choix des intervenants français ou européens. Une charte s'est imposée à nous. Un repère déontologique certainement insuffisant, mais qui nous a semblé nécessaire pour tout engagement dans une mission. Charte d'autant plus nécessaire qu'il y a quelques années, un soignant que nous ne connaissions pas, participe à une mission mais derrière cet engagement altruiste se cachait des pratiques pas très éthiques. Le médecin responsable de la mission le renvoie avec interdiction de prendre en charge les patients.

L'engagement humanitaire est une expérience valorisante. Derrière cet engagement, apparaissent des attitudes « toute puissante » pouvant générer des comportements maltraitant. En effet, les hôpitaux africains peuvent être le réservoir d'expérimentations médicales et chirurgicales. Des soignants en mal de reconnaissance professionnelle peuvent rechercher une certaine estime de soi, une valorisation auprès d'une population vulnérable en oubliant leur devoir déontologique. Dès lors, dans cette situation, le patient n'est plus « une fin mais un moyen ». Devant la vulnérabilité, connaître ses limites est un exercice difficile et indispensable pour notre équipe. Des personnes motivées, ouvertes à la diversité sont les garants d'une mission sérieuse et responsable capable de décision.

11. L'absence de critère affectif

Aujourd'hui dimanche, jour de notre arrivée, notre mission commence par les consultations. Quelque cent personnes attendent notre arrivée, certains viennent de Moundou et de sa banlieue, d'autres ont fait le long voyage qu'ils préparent depuis de nombreux mois.

B. se souvient : « *Après un long voyage, Gabin 18 ans, atteint de la poliomyélite arrive à la consultation, il est accompagné de sa famille en chaise roulante, il*

vient pour la deuxième fois à quelques années d'intervalle dans l'espoir d'être opéré, cette attente le rend anxieux. Après une longue attente, la décision thérapeutique est annoncée, l'intervention est inutile, le chirurgien décide une rééducation et un appareillage. La déception se lit sur son visage ».

La déception des patients pour quelque raison soit elle, impose une charge affective importante aux soignants que nous sommes et qui ne doit pas retentir sur le cheminement de notre choix, mais faire valoir ce qui est bon pour le patient, dans le but d'une décision thérapeutique suprême, en évitant de prendre en compte notre sensibilité exacerbée par des situations qui peuvent émouvoir. Cette sensibilité ressentie vis-à-vis de situations qui nous touchent peut être accompagnée par une meilleure connaissance de la personne tant sur le plan culturel que social et ainsi nous aider à prendre un certain recul face à des situations émotionnelles.

12. La nécessité du respect de la culture africaine

Michel me raconte l'histoire de Blandine : « jeune femme, très handicapée, qui a deux filles et dont le mari a quitté foyer conjugal. Elle vient me voir pour me dire qu'une de ses filles qui est élevée chez un oncle, tombe souvent. Blandine m'explique que son oncle est allé voir un sorcier qui lui a dit : cette fille a des mauvais esprits sur elle.

Dans un premier temps, en pleine année scolaire, ils l'ont « embarquée » pendant un mois dans une église à Moundou, ils l'ont fait jeûner et toute la communauté priait pour elle la nuit à la rendre folle. Je me mets alors en relation avec l'oncle et lui demande la permission de retirer la jeune fille de cette communauté pour la faire soigner et l'oncle accepte. Il s'avère que Blandine est épileptique, depuis, le traitement est efficace et elle n'a plus de crises. »

A propos de cet exemple Michel m'explique, d'une façon très respectueuse, cette culture africaine. « *L'enfant qui tombe, on n'ose pas y toucher car il possède des mauvais esprits. Si l'enfant polio est accepté dans une famille en revanche les infirmes moteurs cérébraux – que l'on appelle en Afrique « les enfants serpents » – sont rejetés. Si cela existe encore dans cette région du Tchad, cette croyance est davantage présente au Cameroun, au Tchad, à part quelques exceptions, les*

handicapés moteurs sont bien acceptés dans la société ».

On peut constater que l'homme africain raisonne avec le collectif, il est dans une entité de groupe, vivant à travers des normes collectives, imposées par la communauté et parfois contre le gré du patient. Comme dans les cas décrits, les décisions importantes des soins au malade sont prises par une personne ayant une position sociale dans l'entourage du patient au nom d'une autre. Des « spécialistes » interviennent pour lever ce mystère, car ils sont chefs de village. Dans ces contrées africaines traditionnelles, « le « corps » est le lien avec l'énergie collective. A travers lui chaque homme est inclus au sein du groupe »¹.

Quelles que soient nos expériences, nos pratiques, nous sommes perpétuellement dans un monde qui nous interroge. Il faut agir avec perspicacité et travailler en collaboration avec ces tradipraticiens dans le plus grand respect, car d'une certaine façon nous sommes là en invités. L'absence de médecins dans les hôpitaux est, aussi, une raison pour laquelle les patients ont recours aux sorciers ou tradipraticiens car ils n'ont pas véritablement le choix entre la médecine traditionnelle et la médecine de type occidental.

Le père Michel insiste beaucoup sur cette connaissance des différences culturelles, il a à cœur de nous raconter le plus souvent possible des histoires familiales, des anecdotes des uns et des autres. Il constate que nous connaissons mal l'histoire, que nous nous intéressons très peu aux antécédents familiaux, mais à la fois il est bien conscient de notre manque de temps. : la logistique, l'activité au bloc opératoire, les consultations nous absorbent. Tout « ce faire » est chronophage. Et c'est au niveau de la connaissance culturelle que le bât blesse. « Soigner » n'est pas la même chose qu'« administrer ». Quand nous arrivons « en héros » à l'hôpital avec notre matériel sophistiqué, nous sommes enclins à vouloir surmédicaliser nos malades, un désir de faire « comme chez nous ». Face à cette posture, j'ai l'impression d'« administrer » plutôt que de « prendre soin de l'autre ». Cet intérêt porté à la culture africaine fait partie de ce « prendre soin de l'autre ».

1 , David Lebreton, *Sociologie du corps*, Que sais-je?, p. 33

Michel nous recommande bien souvent de traiter moins de patients et de prendre davantage de temps pour discuter avec les malades, mais là aussi il y a un paradoxe, car à la fois il y a de plus en plus de demandes d'actes chirurgicaux et à la fois il faut diminuer le nombre de patients pour nous permettre de nous imprégner de la tradition et de la culture. Alors que faire ? Si nous posons notre pensée quelques instants, la parole de Michel m'affecte car à la fois je constate que nous avons une certaine compétence technique et en même temps une faille existe bel et bien dans la bienfaisance de nos actes.

13. Le critère social

Claire, l'ergothérapeute, visite régulièrement les familles et me relate l'exemple de parents désireux de prendre leur enfant en charge qui ont mis des mois pour rassembler l'argent afin d'acheter une voiturette fabriquée dans les ateliers d'appareillage du centre MNDP. Claire m'explique « *nous leur avons proposé de prendre en charge la moitié et eux l'autre moitié... Encore presque un an d'attente, et leur petite fille pourra bénéficier d'une voiturette* ».

Une participation financière est demandée par le centre MNDP aux patients et à leur famille en fonction de leurs moyens. Un des principes de l'aide humanitaire est le désintéressement financier. Toutefois il est évident qu'une telle structure a un coût et l'on s'aperçoit qu'avec le temps et la qualité du travail effectué, l'aspect financier qui a permis à cette structure de perdurer, ne doit pas être négligé. Au début de cette aventure, quelques uns d'entre nous ont regretté ce paiement de l'hospitalisation et de l'acte opératoire. Michel me dit que la somme symbolique demandée est nécessaire pour un engagement de la part du patient, une façon de se responsabiliser vis-à-vis de leur santé. Quand un patient vient au centre pour des soins ou de la rééducation, les actes sont souvent gratuits dans un souci de justice et surtout dans le désir de ne pas perdre de vue le sort des plus vulnérables.

II - ELEMENTS DE REFLEXION POUR GUIDER NOTRE CHOIX

Tout ce questionnement apporté par ces nombreux besoins va engager notre choix ou plus exactement nos décisions thérapeutiques. Tout d'abord comment est ressenti ce choix ? Quelles notions éthiques sont engagées dans un souci de justice et d'humanisme ?

1. Choix douloureux

La définition que l'on peut donner à ce choix est en premier lieu et tout simplement : « parce que l'on ne peut pas tout faire », ce que nous pourrions appeler là une vérité de La Pallice, une vérité pouvant devenir un dilemme moral. Ce choix devient douloureux quand une équipe médicale dit à un patient « nous devons attendre la prochaine mission pour vous opérer », ce choix est teinté d'amertume pour nous, il va d'une certaine façon contre notre gré, il génère alors un sentiment de crispation. C'est un effort de notre part, un effort de volonté, une charge affective qu'il sera bon de partager. Mais choisir c'est aussi exclure une partie de la population. Dans ce choix qui nous incombe, je peux avoir le sentiment de leur avoir fait faux bon, de ne pas avoir tenu une promesse, « être responsable, c'est tenir ses promesses » dit Nietzsche¹. Nous avons une responsabilité envers ces patients, une responsabilité de justice, d'équité encore plus élevée avec nos patients africains qui nous font toute confiance. Derrière cette problématique de choix ressentie comme une inégalité, se cache un sentiment de doute, doute qui engage un questionnement à la lisière de la réflexion sur le choix profond car dans le contexte de cette liste reçue le choix n'est aucunement une évidence. Nous ne sommes jamais certains qu'il soit réellement juste et équitable pour tous.

2. Justice et équité

Dans notre rapport avec les patients qui nous sont confiés et les soignants que nous côtoyons, le recours aux principes de justice et d'équité est cependant important car il définit la nécessité d'un choix juste et adapté. Après ces quelques

¹ Traité de bioéthique III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes, Emmanuel HIRSCH (ed), Érès, p. 52.

citations retrouvées pour définir ce principe, quelle stratégie pratique s'impose ?

« L'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce que ceux ci soient traité de façon juste et équitable. »¹

Les fondements de cette déclaration universelle reviennent à dire que tous les citoyens sont égaux devant la maladie. Dans les faits il y a des patients mieux soignés que d'autres mais dans l'esprit individuel des soignants, les malades sont traités d'une façon égalitaire. En cela notre mission de soignant est de veiller à ce principe, quelque soit l'endroit où nous exerçons notre profession de santé. Au Tchad, quand nous parlons avec nos collègues africains, il est évident, que pour eux, une injustice dans le pays existe : le corps judiciaire semble archaïque, exposé à la corruption, il existe des élections de complaisance... Tout notre engagement dans cette association est, peut-être aussi une façon de rétablir une certaine justice entre les individus tant l'injustice est flagrante dans ce pays. C'est une pensée ambitieuse, utopique, qui, non seulement ne doit pas être oubliée dans ce pays en grande vulnérabilité, mais à laquelle on doit être particulièrement vigilant au sein de notre microcosme associatif. Nous devons prodiguer, autant que possible les soins à un plus grand nombre, en fonction des capacités d'accueil du centre MNDP et des disponibilités de chacun. Les membres de l'association Handicap Santé doivent se demander jusqu'où va cette solidarité ? « Une argumentation consciencieuse et vigilante »² est impérative, en sachant que l'égalité des soins est illusoire. La « visée éthique »³ ne revient-elle pas alors à une juste mesure dans le fonctionnement des missions qui ne peut aller au delà de nos capacités matérielles et humaines ?

Tout d'abord, si l'on se réfère au philosophe John Rawls, dans la théorie de la justice (1971) dont nos sociétés occidentales se sont largement inspirées, la justice n'est pas dans les principes, mais dans leur procédure d'élaboration. Dans cette marche à suivre, il y a une priorité du juste sur le bien.

Quand nous nous trouvons devant des listes de patients, notre conscience morale

¹ UNESCO, Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, 2005

² Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace éthique /AP-HP et du département de recherche en éthique Paris Sud 11, « La sollicitude éthique », *L'Espace éthique rend hommage à Paul Ricœur*, éditorial, juin 2005,

³ *ibid*

est mise à l'épreuve, la décision doit être le plus juste possible. Si nous acceptons la théorie de Rawls : « Ce qui rendrait la décision moralement acceptable, c'est qu'elle soit juste ». « c'est à dire que les principes de choix soient universels (identiques pour tous et invariants), irrévocables et publics et que ces principes soient issus d'une procédure d'élaboration. »¹

Devant ce repère éthique, si nous transposons la théorie de J. Rawls et la réflexion de S. Rameix, l'idée de se dire : nous n'opérons que les patients atteints de polio ou que les cas de chirurgie plastique, ou uniquement la prise en charge de la traumatologie, cette idée semble porter en elle une certaine injustice vis-à-vis des autres patients atteints d'une autre pathologie.

Devant ce sentiment d'injustice, nous sommes confrontés à une problématique qui parfois nous dépasse, mais ne faut-il pas accepter de ne pas pouvoir opérer tout le monde ? Cette problématique de choix exposée crée de l'inégalité, une plus grande inégalité encore que si on devait choisir celui qui a la possibilité financière plutôt que celui qui ne l'a pas.

3. Solidarité et humanisme

Adossée à ce principe de justice et d'équité, il y a la solidarité présente entre les familles et notre solidarité avec la population africaine qui nous entoure. Cette notion humaniste fait parfois défaut et on le voit bien dans les différents exemples d'enfants handicapés cités ci-dessus. Néanmoins, ces cas rapportés peuvent se trouver dans une sphère restreinte, car il y a aussi beaucoup de situations où nous retrouvons cette solidarité poignante entre les familles. Pendant notre court séjour, les familles accueillies au centre MNDP sont là pour entourer leurs enfants et les accompagner dans leur parcours de soins. Mais *a contrario*, lors des journées de consultations, quand la file d'attente s'allonge, cette solidarité que je peux éprouver vis-à-vis des patients se délite en pensant que tous n'auront pas le même sort. Certains seront rassurés, d'autres pas, car ils seront reportés à la mission prochaine.

Le fait de ressentir une certaine sollicitude, le souci du « care », l'amitié d'un

¹ Suzanne Rameix, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, p. 75, éditions Ellipse, Paris, 1996

groupe, l'attachement à ce centre MNDP, toutes ces constantes nous aident à accompagner les Africains dans leur maladie et à faire ces choix thérapeutiques de façon la plus « bientraitante » qui soit

A travers les religieux et les laïcs, c'est l'humanisme et la solidarité qui président à l'action, chacun d'entre nous éprouve ce besoin de venir en aide à l'autre, ce que l'on peut appeler l'altruisme, terme en vogue en ce moment, à la sortie du livre de Matthieu Ricard, *Plaidoyer pour l'altérité*. Pour lui la définition de l'altruisme est : « une motivation qui vise à accomplir le bien de l'autre ».¹ « Aujourd'hui l'altruisme n'est pas un luxe dans nos sociétés, mais une nécessité »². Or on peut constater (et sans effets de mode médiatique) que dans notre entourage « humanitaire », cette composante qu'est l'altruisme me semble bien présente, mais peut-être le pense-t-on en d'autres termes ? En écoutant l'interview de France Culture, j'ai une pensée pour les familles rassemblées dans l'enceinte du centre MNDP qui ne disposent pas de la radio pour écouter une quelconque définition de l'altruisme, mais je soupçonne que ces familles au milieu de cette vulnérabilité, ont compris, d'une façon intuitive et par nécessité « le souci de l'autre ». Celui ci est un besoin vital pour eux afin de créer une solidarité et ces exemples vécus au milieu des familles sont nombreux et criants.

Devant ce choix et la réflexion éthique qui en résulte, n'est ce pas finalement quelque chose de sous-tendu par des problématiques graves et difficiles à résoudre ? On peut, à l'inverse, se dire que nous pouvons en partie régler ce type de problématiques.

Outre le sentiment d'injustice éprouvée, que peut-on faire d'une façon pratique pour atteindre le juste, promouvoir plus de solidarité entre les différents acteurs associatifs et responsabiliser une association, en vue d'une décision thérapeutique et d'un choix les plus acceptables possibles ?

¹ France Culture, « Les sources scientifiques de l'altruisme avec Matthieu Ricard », *Du côté de chez soi*, 27 octobre 2013, 17h.

² Matthieu Ricard : « La bienveillance, clé de la réussite », *Le Point*, 19 septembre 2013, p. 92

III - QUE FAIRE POUR BIEN FAIRE ?

Le sentiment de doute que l'on peut avoir à HS vis-à-vis de la problématique engagée n'est pas constructif s'il n'engage pas une réflexion. Il deviendrait alors néfaste à la bonne marche de l'association. Ce doute qui peut peser sur le choix des interventions et du bien agir d'une façon équitable, nous a permis de réfléchir sur nos pratiques (techniques d'anesthésie, de chirurgie). Devant la complexité des situations, il faut trouver des consensus entre les différents acteurs de notre groupe de soignants (chirurgien, anesthésiste et infirmier). Un travail collégial est nécessaire afin de parvenir à offrir aux patients « un bien ou un moindre mal » pour leur santé.

La mission dure 15 jours, 11 jours d'interventions et 2 jours de consultations avec une liste de 120 patients envoyée quelques mois ou semaines avant la mission. (Annexe 1)

L'équipe médicale et paramédicale est face à une responsabilité où les sentiments s'entrecroisent, entre la volonté et le désir, entre la raison et les émotions. Ces sentiments doivent prendre leur source dans l'organisation de ces missions. Un travail en amont s'impose tant sur les procédures de travail que sur le choix dans le recrutement des professionnels missionnés et le recrutement des patients.

1. Une démarche de qualité

Une certaine démarche de qualité dont nos hôpitaux français sont fiers peut être le fondement d'une qualité des soins. Une définition des plus connues s'applique largement à nos fonctions, celle de l'OMS selon laquelle un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale [...], et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».¹

Autant cette démarche qualité est décriée par certains soignants de nos établissements quand elle est poussée à son extrême, autant cette conception peut

¹ OMS 1987, Définition de la qualité dans les établissements de santé

s'avérer souhaitable et transposable dans une structure comme notre organisation humanitaire, du fait de l'éloignement de nos deux continents et des distances qui séparent les soignants entre eux.

2. Uniformiser les pratiques de soins

Cette problématique du choix dépend, en premier lieu, de l'équipe soignante française : de cultures différentes, de parcours professionnels divers, les objectifs thérapeutiques vont ainsi diverger. Par exemple : les chirurgiens tchadiens présents dans les missions ne vont pas avoir les mêmes objectifs que les chirurgiens d'origine française car leur parcours et leur idéologie divergent. Les soignants tchadiens, très préoccupés par le désert médical de leur pays, vont peut-être avoir tendance à vouloir prendre en charge tous les patients qui se présentent, quitte à se perdre dans « le trop ».

Il est important, certes d'avoir à cœur de conserver une conception plus humaniste, de préserver cette sphère que sont les relations avec les patients, se traduisant par des rapports désintéressés. En effet, dans nos hôpitaux occidentaux, il s'est développé une médecine technique, standardisée, « protocolisée » qui nous éloigne de la personne soignée tout en laissant une liberté bien relative aux soignants. Ce sont des écueils de notre système hospitalier qu'il serait fâcheux de reproduire dans une structure humanitaire, telle que la nôtre, structure que nous voulons à dimension humaine.

Devant un tel constat avec des pathologies de plus en plus lourdes, sans moyens d'investigation adaptés pour poser un diagnostic précis —, devant des problèmes de moyens en mission — un temps limité, la capacité du nombre de places dans le centre, pas de possibilités d'aller vers d'autres confrères en cas de doute sur un patient et la conduite à tenir —, nous devons améliorer l'organisation des soins tout en gardant ce côté intimiste et revenir à l'essentiel dans les pratiques de la médecine. Pour adoucir ces difficultés de pratique, les soignants se sont réunis par spécialités pour élaborer « un guide des bonnes pratiques » dont un exemple sur les procédures chirurgicales orthopédiques se trouve en annexe 2.

Ce document de référence est à l'usage des nouveaux intervenants (chirurgiens, anesthésistes et infirmiers), légitimés par des opérateurs universitaires, membres

actifs des missions chirurgicales. Il est disponible pour tous les acteurs sur le site intranet de l'association. Après des années dépourvues d'échanges entre les participants aux missions, ce guide a généré un flux de communication entre les participants soignants. Si je prends l'exemple des chirurgiens, leur entrevue a permis d'établir des techniques opératoires adéquates pour les différentes pathologies opératoires et d'aboutir à un consensus chirurgical. Dans un premier temps, cette réflexion visant à établir des protocoles a été menée dans le cadre de la démarche qualité tant pour les procédures de prises en charge anesthésiques et douleur que pour la mise en place de l'antibioprophylaxie et la procédure d'hygiène.

Choisir suppose une situation où chaque membre de notre mission met en commun ses compétences, sa sensibilité et sa singularité. Cette unification des soins par spécialité est une avancée dans cette démarche de qualité mais pas suffisante dans notre organisation.

3. Un travail en amont pour une conduite éthique

En regard à cette unification des soins, Claire, ergothérapeute française, très impliquée dans la prise en charge des handicapés, met tout en œuvre pour connaître la pathologie des patients dont elle s'occupe tout en restant sensible à leur statut socio culturel. Ce travail doit aider Madeleine et Simon, kinésithérapeutes tchadiens en poste depuis plusieurs années, dans l'élaboration de la liste des patients à opérer (Annexe 1), liste qui doit être améliorée. Nous souhaitons que cette liste qui nous est envoyée soit plus explicite, notifiant l'histoire de la maladie, les habitudes de vie, des précisions qui nous permettent d'avoir une meilleure connaissance de la personne, de sa pathologie et ainsi cette concertation pluridisciplinaire doit faciliter le choix thérapeutique et chirurgical. Tout ce qui peut être fait en amont par la voie de la communication est d'une grande utilité dans le choix des patients et doit éviter des déceptions dans les familles, des préparations matérielles et psychologiques inutiles, délétères pour le patient.

Les ergothérapeutes sont des volontaires français qui exercent leur métier en brousse. L'activité des ergothérapeutes en charge des handicapés est nécessaire

mais n'est pas une solution pérenne pour une telle organisation. La notion de pérennité est essentielle pour un fonctionnement légitime.

4. La pérennité des personnes ressources

La recherche de personnes ressources pour assurer les consultations et les suites opératoires lourdes sont l'occasion de concertations. C'est un devoir déontologique, le médecin doit assurer la continuité des soins: « Le médecin qui accepte de donner des soins à un patient, s'engage à en assurer la continuité, au besoin avec l'aide de médecins assistants, de médecins remplaçants, d'associés ayant une compétence adéquate »¹.

Sans présence de médecins locaux, la difficulté de faire des consultations, la réalisation des interventions par des chirurgiens locaux et la prise en charge des soins en post opératoire sont pour nous une réflexion urgente. L'utilisation des ressources humaines du pays est une composante impérative pour la bonne marche de notre action. Il est important de repérer, au fil des missions, les compétences médicales de l'hôpital de Moundou en faisant participer les acteurs médicaux et para médicaux de cette institution à nos missions chirurgicales. Cela implique à la fois que nous devons apprendre à mieux communiquer, tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur, afin — et sans faire de sensationnalisme — de toucher des ressources extérieures aptes à collaborer avec nous dans notre travail des missions et à susciter des soutiens tellement nécessaires.

5. Formation et communication

L'association doit s'approprier cette problématique. Et c'est peut-être là que nous devons participer à la formation, soutenir par notre expertise les initiatives locales et utiliser pour le faire, les moyens modernes de communication par la formation à distance, le e-learning, une approche pédagogique qui facilite un guidage des apprenants vers une meilleure appréhension des techniques de soins, de chirurgie.

A l'ère de l'Internet, l'Africain préfère l'échange d'idées et se dit méfiant envers ce nouvel outil de communication. Et pourtant ce moyen d'échange peut prendre là tout à fait sa place. Le réseau Internet évolue au Tchad. Il y a dix ans, Internet

¹ Principes d'éthique médicale européenne, Article 34

n'existait pas dans la ville de Moundou, cette évolution avance à grands pas et peut nous permettre de communiquer plus facilement. Progressivement ce projet de formation se profile et doit avoir une place dans un avenir proche, mais en attendant, une solution intermédiaire est nécessaire.

6. Le compagnonnage

Nos périodes de missions offrent un cadre propice à la formation et à l'évaluation des compétences. Un travail doit être réalisé pour assurer un partenariat dans la légalité et la transparence. Depuis quelques années des infirmiers spécialisés et des chirurgiens tchadiens participent aux interventions et au travail de bloc opératoire durant les missions françaises. Ceci constitue une avancée timide, mais prometteuse.

Une fois la recherche de ces ressources humaines locales acquises, un médecin de l'hôpital rémunéré peut aisément participer aux consultations avec les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Avec l'utilisation des moyens informatiques, nous pouvons imaginer une consultation avec un chirurgien français et un chirurgien tchadien correspondant via un outil de type « Skype™ », en présence du patient, afin de promouvoir une entraide technique et ainsi une meilleure appréciation des uns et des autres sur la conduite chirurgicale à tenir. Cela peut paraître un projet utopique, néanmoins il constitue une approche plus que nécessaire pour autoriser une autonomie aux soignants de part et d'autre de nos deux continents. Cette démarche est susceptible d'apaiser ces rapports paternalistes que nous avons tendance à légitimer devant une non communication entre « nous » et « eux ». Les demandes et les réponses colportées par le mail ne résultent pas d'une discussion approfondie, détaillée, voire même entraînent une déshumanisation : simplement un ordre donné en réponse à une question posée.

Il y a un paradoxe entre le fait de communiquer par Internet et de vouloir marquer une certaine sollicitude envers les soignants africains. Mais depuis quelques années, le fait de pouvoir se voir par l'intermédiaire de Skype™ donne une autre dimension dans la relation avec l'autre et peut changer la communication entre nos deux associations sur le plan professionnel.

L'envoi aux praticiens français, par courrier électronique d'une photo prise lors

d'une consultation au centre MNDP peut améliorer l'aide aux chirurgiens. Par exemple, les photos donnent aux chirurgiens plasticiens la possibilité d'une confrontation positive pour décider d'une technique chirurgicale ou d'une autre ; l'envoi d'une photo de radiographie pour une chirurgie orthopédique aidera les chirurgiens à cibler plus aisément une pathologie orthopédique.

Ces techniques de communication, encore sujettes à des problèmes de débit et connexion aléatoire, se sont avérées très positives. Elles demandent un investissement humain et matériel important. Investissement qui jusqu'à maintenant est difficile à mettre en place, du fait du peu de disponibilité des membres de l'association, tous bénévoles. Le peu de temps sur place ne nous laisse pas la possibilité d'absorber tous les problèmes ainsi, la discussion de la mise en place de ces outils, peut se faire par groupes de travail au retour d'expériences des missions.

La réflexion sur la filière informatique dans la communication à distance est une bonne perspective, mais cela ne peut avoir lieu sans une communication interne de qualité et une entente entre bénévoles de l'association pour un choix politique commun à nous tous.

7. Éthique de la « discussion »

C'est le dernier jour de la mission chirurgicale, l'heure du débriefing est arrivée.
Annexe (3)

Chacun donne ses impressions, ses avis, son ressenti. Ce débriefing et le rapport de mission sont inéluctables si nous voulons progresser dans l'évolution de nos missions. Nous pouvons remarquer dans tout ce projet organisationnel pratique, que le mot « fraternité » comme définition de l'ordre des Capucins prend tout son sens pour un bon fonctionnement. Nous avons à cœur de préserver cette richesse, de ne pas en faire autre chose, si ce n'est que d'en assurer sa pérennité, cette pérennité qui doit être là, non pas liée à des individus, mais à un état d'esprit que l'on ne trouve pas dans d'autres organisme plus importants. C'est un esprit familial où les gens travaillent en confiance, recréant les valeurs de solidarité et de confiance au travail, valeurs qui manquent dans nos grands hôpitaux occidentaux qui sont des structures imposantes où l'humain manque de solidarité car chacun a

« son agenda ». Là-bas nous sommes en mission, tout le monde est logé à la même enseigne, vit au même rythme, nous sommes là, en temps suspendu, les uns pour les autres. Chacun profite des instants de discussions informelles pour engendrer un désir de changer les choses dans notre organisation. Chacun se sentant impliqué, émet des propositions et prend des positions. Une confrontation à l'autre s'installe pouvant ainsi guider nos choix. Le fait de pouvoir se retrouver ensemble, dans un lieu des plus insolites, constitue un « réservoir d'idées ». Cela contribue à mettre ensemble tous les potentiels de chacun, suite à des événements qui ont lieu pendant le séjour.

Ce travail d'organisation n'est jamais achevé. Ainsi nous tentons de progresser pour arriver à un meilleur exercice dans nos différentes spécialités. A notre retour de mission, des réunions formelles font suite aux échanges qui ont eu lieu durant la mission. Pas une réflexion légère, mais une réflexion profonde d'où émane de chacun une interrogation essentielle et sincère. Ainsi, chacun exprime le meilleur de lui-même. Nous essayons, en fonction de nos possibilités, de nous retrouver le plus souvent possible, car aucun problème ne doit être éludé, ni aucun questionnement rejeté. Plus l'association devient mature, plus nous sommes sollicités individuellement à évoluer dans la démarche d'aide, sans perdre les objectifs que nous nous sommes donnés au départ, c'est à dire « remettre les enfants debout ».

CONCLUSION

L'offre de soins en situation précaire est une recherche constante, pour donner du mieux possible satisfaction à cette population vulnérable. En tant que petite association, toute la réflexion va se baser sur le meilleur soin à effectuer en fonction de nos moyens matériels et humains. Le choix décrit tout au long de ce parcours n'est en fait pas véritablement un choix, nous pourrions même parler de « non choix », car devant un grand nombre de paramètres, nous constatons la complexité de cette pratique de soins, tant sur le plan humain que sur le plan médical et chirurgical. Nous pouvons avoir une décision à prendre entre le choix d'une intervention chirurgicale adaptée ou une autre, mais quand le choix condamne l'espérance, que peut obtenir un patient qui vient voir l'équipe médicale de notre mission ? Ce choix devient critique car nous avons peur de briser son espoir. Finalement, nous ressentons cette incapacité à choisir. En effet, un nombre de questions surgissent, nées au fil de nos missions avec des demandes de soins de plus en plus intenses. Ce questionnement s'impose à nous. Ce qu'il faut alors, c'est plutôt, en tant qu'acteur de cette médecine humanitaire, faire preuve de créativité, de flexibilité et de réflexion. Cette réflexion pour une pratique éthique doit être bien présente au sein de notre groupe et nous permettre d'avancer pas à pas en cernant tous les problèmes avec justesse. Il s'agit de reconnaître les limites de notre action, de façon à arriver à une faisabilité pertinente. En clair, il est important d'avoir constamment cette préoccupation du terrain avec une réflexion au cas par cas et un accompagnement susceptible de renforcer la résilience d'une population qui n'a pas d'autre solution pour satisfaire sa demande de soins.

La diversité des engagements, la différence de nos modes de fonctionnement, ne doivent pas empêcher une force de solidarité et d'humanisme qui constituent d'ailleurs les fondements éthiques de notre action.

En somme, ce ne sont pas des choix que nous faisons, mais plutôt des décisions que nous prenons et l'important, c'est d'en discuter. La réflexion et la discussion constantes constituent une base dans cet espace humanitaire. Ce travail « au cas par cas », contrairement à une ONG importante, c'est la petite structure de notre

association qui le permet plus aisément. Cette humanité, cette solidarité que je vis dans notre équipe humanitaire est, j'en suis convaincue, la clé d'une réflexion éthique profonde.

Ce travail est issu d'une expérience vécue où le « je » est incarné dans le « nous » : « je » car il fait partie de mon engagement et de ce que je ressens en rapport au travail effectué dans ma spécialité et le « nous » parce que ce travail, lui-même et la façon dont il s'est déroulé, témoigne d'une réflexion éthique susceptible de fournir à l'association quelques éléments éthiques, à même de nourrir sa réflexion et les discussions à venir.

C'est ainsi, que même si ce mémoire est issu d'une expérience et d'un engagement personnels, il m'a paru judicieux de faire participer, par l'intermédiaire d'interviews, des membres actifs de notre association avec qui je travaille depuis longtemps et tout particulièrement le Père Michel, avec sa conviction et sa sérénité bien connues. Son interview me fut indispensable.

Et n'est-ce pas là qu'a commencé cette réflexion éthique ?

BIBLIOGRAPHIE

- GUIDE DU TCHAD, Les éditions du Jaguar
- BORGETTO Michel, MATTEI Bruno, « Fraternité, égalité, liberté », *Le Monde des débats*, mars 2000, p.22
- CORDIER Alain, « La vocation médicale de l'homme : in-quiétude éthique et profession de santé », *Traité de bioéthique, Tome II*, HIRSCH Emmanuel (ed.), Toulouse, 2010, Érès, page 28.
- FANON Frantz, *Peau noire, masques blancs*, Paris, 1971, Points, Collection « Points Essais »
- FRANCE CULTURE, « Les sources scientifiques de l'altruisme », *Du côté de chez soi*, 28 octobre 2013
- HIRSCH Emmanuel, « Présentation du Traité de bioéthique », *Traité de bioéthique, Tome I, Fondements, principes, repères*, Toulouse, 2010, Érès
- HIRSCH Emmanuel, « Introduction générale », *Traité de bioéthique, Tome I, Fondements, principes, repères*, Toulouse, 2010, Érès
- HIRSCH Emmanuel (directeur de l'espace éthique AP/HP et du Département de recherche en éthique Paris Sud 11), *La sollicitude éthique, l'espace éthique rend hommage à Paul Ricoeur*, juin 2005
- INFO TCHAD ONLINE, 7 août 2013
- KNIPPER Patrick, *Peaux de chagrin : La chirurgie plastique au service de l'humanité*, Paris 2007, éditions Michel Lafon, 260 pages
- LE BRETON David : *La sociologie du corps*, Collection « Que sais-je ? », Paris, 2012, éditions PUF, page 33
- LE COCONIER Marie-Laure et POMMIER Bruno, *L'action Humanitaire*, Collection « Que sais-je ? », Paris, 2012, PUF
- MATTEI Jean-François : « L'urgence humanitaire, et après ? », *Économie et humanisme*, n°375, décembre 2005, p. 84
- NORMAND Véronique, « Éthique et kinésithérapie : la raison sensible du soin » *Traité de bioéthique, Tome III - Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Emmanuel, Toulouse, 2010, Érès, page 52
- ONU, *Convention sur les droits des personnes handicapées*, décembre 2005.
- RAMEIX Suzanne, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Collection « Sciences humaines en médecine », éditions Ellipse, 2007
- RICARD Matthieu : « La bienveillance, clé de la réussite », *Le Point*, 19 septembre 2013, page 92
- RITIMO, site Internet d'information, Chronologie sur le Tchad
- UNESCO, *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme*, 2005
- ZUCMAN Elisabeth, *Après de la personne handicapée. Une éthique de la liberté partagée*, Collection « Poche - Société », Toulouse, 2011, Érès, 224 pages.

ABREVIATIONS

- AFD : Agence française de développement
- BASE : Bureau d'Appui Santé et Environnement
- CFA : Communauté financière africaine (franc CFA)
- HS : Handicap Santé
- MNDP : Maison Notre Dame de Paix
- OG : Organisation gouvernementale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation non gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations unies

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des patients proposées par MNDP pour la mission de novembre 2013

A - Liste pour Plastie / Novembre 2013

Priorité absolue n°1 (nature handicap) - Priorités d'éloignement et regroupement de cette catégorie							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelle	Village
1	Leelah	OUSAMAN		22	Brûlure	Bride retractile du cou et de la lèvre inf.	Baro/Mongo
2	Zara	SOUAR		19	Brûlure	Bride retractile des doigts à D	Mongo
3	Hélène	AWADA	6723	20	Brûlure	Bride retractile des doigts à D	Mongo
4	Halimé	BANAT		15	Malf.congénitale	Bec de lièvre	Mongo

Priorité déterminée selon les âges des plus jeunes							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelle	Village
5	St Bouclier	LEKEPINA	6059	2	Brûlure	Bride retractile du 2e, 3e, 4e doigt	Baibokoum
6	Isaac	DJEDOUBOUM	5968	2	Brûlure	Bride retractile du 5ème doigt	Moundou
7	Judas	SOGUELNI	5769	6	Brûlure	Bride retractile du poignet à D	Ndagbaou
8	Asuruss	DJENONKAR	6910	2	Brûlure	Bride retractile 3 derniers doigts D	Doheri/ Moundou
9	Syntio	DJETATORMBAYE		3	Brûlure	Bride retractile des orteils bilatéral	Badeï
10	Philomène	NERADENE	5926	6	Brûlure	Bride retractile du creux poplité + plaie	Pandzangue
11	Séraphin	SOGNENI	5239	7	Brûlure	Bride retractile du poignet en coup de vent	Ndagbao
12	Marguerite	SODOKNI	2540	9	Brûlure	Bride retractile des doigts à G	Ndagbao
13	Chanceline	DENEGODE	2021	7	Brûlure	Bride retractile du coude à D	Deli
14	Eugenie	NDIGLEMBAYE	4502	8	Brûlure	Bride retractile de doigt et de la face	Béti / Doba
15	Marguerite	YONGORO	7568	7	Brûlure	Bride retractile des 4 doigts à G	Ndagbao/Andoum
16	Hyppoline	DANDE	7070	7	Brûlure	Bride retractile du coude et doigts à G	Mbalbanyo
17	Yassine	AHAMAT	7249	6	Brûlure	Bride axillaire, du coude à G et du cou	Béro/Doba
18	Angèle	MEMADJI	6974	2	Brûlure	Retraction des orteils à G	Manli/Beinamar
19	Francisca	MANDINGAROMEL	6932	3	Brûlure	Retraction des doigts à D	Moukassa/Komé
20	Nicolas	NANBELNGAR	7118	2	Brûlure	Retraction du 2e et 4e doigt à G	Bételdo/Timbéri
21	Romarc	DJENAISSSEM	7090	4	Brûlure	Griffe des doigts à D	Béladja
22	Généviève	OIYO	4486	14	Malf. congénitale	Kyste hangiomateux avant-bras D	Moundou
23	Basile	DJENDANGDE	5583	3	Malf.congénitale	Bec de lièvre	Bénoye
24	Benjamin	MBAITEL	7302	39	Trauma	Bride cicatricielle à la lèvre sup et narine D	Boro
25	Ibrahim	KONTO	7602	50	Inconnue	Lipome à l'omoplate G	Noukou/Kanem

Patients de la région de Doba pouvant sans doute être faits par la sœur Elisabeth à Bebeja							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelle	Village
1	Jozias	DJEGOLBE	5845	18	Brûlure	Bride retractile des doigts	Mbagde/Mbikou
2	Mbaïndiguim	MBAINAMEM	7063	6	Malf. Congénitale	Bec de lièvre	Kaira/Miandoum
3	Lucie	REMADJIBEYE	6904	31	Infection	Fente lèvre supéro-latérale D	Bébédjia

Cas à mettre en priorité à la prochaine mission plastie							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelle	Village
1	Antoine	GOILLHA	6491	11	Brûlure	Bride retractile du genou	Djodogassa/Pala
2	Pélagie	DENEREMBE	5765	13	Brûlure	Bride retractile du pied D	Mbou/Andoum
3	Tori	MAHAMAT HAOUSSA	7127	35	Brûlure	Retraction du coude et creux axillaire à D	Ndjaména
4	Samuel	MBAYONDOUM	4997	19	Tumeur	Chéloïde post opération tumeur crâne G	Moundou
5	Celine	SAMEDI	6410	23	Malf.congénitale	Bec de lièvre	Bologo/Kélo
6	Béndodjim	DJEKALE	7063	7	Malf. congénitale	Bec de lièvre	Bénoye
7	Germaine	NEYOM	6649	52	Malf.congénitale	Fente labiale D	Boro

Liste Ortho pour Novembre 2013

Priorités d'éloignement et regroupement de cette catégorie							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
1	Mariam	KATIR		2	Malf congénitale	Pied bot bilatéral	Mongo
2	Houda	MAHAMOUD	6724	10	Malf congénitale	Repise pied bot de mai-juin 2013	Mongo

Priorités Spécial n° 3 - Polios - Malformations (pieds bots - équins - libération flexum) avec priorité encore pour les plus jeunes							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
3	Mahamat	AMINE SIDDICK	6096	20	IMC	Diplégie spastique, flexum genoux bilatéral	Moundou
4	Sylvestre	DJEKOUNDAMDE	5981	20	Polio	Mlx2, flexum hanche et genou, équin à D	Bégomyon/Béssa o
5	Sabre	SAMAFOU	6875	6	Polio	Mlx2, flexum genou D et hanche G	Laï
6	Walna	BOULGOU	6547	10	Polio	Mlx2, flexum de hanche et genou	Laï
7	Gaël	RAMADJIBEYE	6729	12	Polio	MID, flexum de hanche et genou, équin	Rongondo
8	Blandine	TIKEME	6626	17	Polio	MID, flexum de hanche et genou, équin	Kemkada/Sarh
9	Amolie	DENEAUGOMBAYE	6648	13	Polio	Mlx2, flexum hanches et genoux	Garam/Topol
10	Hawa	OUMAR	2967	17	Polio	Genou valgum bilatéral	Moundou
11	Elias	MBAIODJI	4041	15	Polio	Mlx2, flexum des hanches	Laï
12	Martin	AWEZOU	5850	21	Polio	Mlx2, flexum genou+ léger flexum hanches	Moundou
13	Nadège	NONKAR	6456	9	Polio	Mlx2, flexum des hanches et genoux	Moundou
14	Chanceline	DADEMDENE	3296	5	Polio	MIG, légère rétraction tendon d'achille	Moundou

No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
15	Philomène	MAMADJIBEYE	6928	18	Malf congénitale	Genou valgum D laxe	Kaba Dobou
16	Hamgamla	LOUMTOIN	5837	11	Malf congénitale	Pieds bots bilatéral	Pala
17	Nelson	MBAIHOUGAM	6271	4	Malf. Congénitale	Flexum genou, hanche et pied B V E	Bébalem
18	Prosper	MEMHOUIEL	4701		Malf congénitale	Genoux en coup de vent	Pala
19	Moussa	MAHAMAT	5078	4	Malf. Congénitale	Pied bot bilatéral	Moundou
20	Berthe	MONELAR	5514	12	Malf congénitale	Genou valgum+ instabilité	Doba
21	Hassanié	NDAGUITIA	1842	5	Malf. Congénitale	Pied bot varus équin bilatéral	Komé
22	Chimène	ALLAHRASSEM	192	8	Malf congénitale	Genou valgum bilatéral	Bébédjia
23	Eugenie	LAG-LAG	5319	16	Malf. Congénitale	Pied talus, varus	Kélo
24	Zara	MAHAMAT	5877	2	Malf congénitale	Bride amy + Pied bot+ Raideur genouD	Doba
25	Rodolphe	MAOUDOTI	6581	6	Malf congénitale	Pied bot varus équin bilatéral	Moundou
26	Olivier	TOGLEMBAYE	5933	6	Malf congénitale	Genou valgums bilatéraux	Doyon/Moundou
27	Achta	CHOUKOU	4422	20	Injection	Equin+ douleur cheville à G	Moundou
28	Japhet	DJENGOMDE	6859	13	Injection	Pied bot varus équin G	Moussafoyo
29	Gédéon	ROSSEDJIMBEYE	7446	12	Injection	Pied équin D	Doba
30	Bouba	ZOUKALAMASIGN E	3763	17	Injection	Pied varus creux D	Moundou
31	Géraldine	MEDMBAYE	3656	10	Maladie Hobstein	déformation des 4 Membres	Roïdonda/Beïna mar
32	Innocent	DJEGUEDEM	5970	13	Neuro-palu	MIG, équin majeur	N'djaména
33	Abdérामane	DJIMSAHADEM	5848	5	Inconnue	Retraction des tendons d'Achille	Moundou
34	Henri	KEDJI	5953	12	Inconnue	Recurvatum genou 90° + équin	N'djaména
35	Iness	REMADJI	7524	15	Trauma	Genou valgum D	Sarh
36	Ndomnodji	RIMORBE	7472	47	Trauma	Fracture de la cheville D	Sarh
37	Constant	DJERANDOUBA	6177	2	Trauma	Arthrite septique genou D	Mberi/Doba
38	Alexis	DJETABEDMBAYE	5716	15	Trauma	Genou valgum et instable	Deli
39	Alpha	RONDO	5681	12	Trauma	Luxation coude D	Doba
40	Dina	NENAIIBEYE	7738	39	Trauma	Fracture de l'humérus G	Moundou
41	Mahamat	ADOUM		50	ostéochondrite	Nécrose de la tête fémorale D	Moundou
42	Josephine	RAMADJI	6704	42	Inconnue	Nécrose de la tête fémorale D	Bébédjia

B - Liste Ortho pour Novembre 2013

Interventions faites au début pourrait libérer de la place pour la deuxième semaine si nécessaire							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
43	Itno	DJIGBE	5654	4	Maladie de Blt	Genou valgum bilatéral	Bébalem
44	Ezéchiél	MBAIOGAO	5873	7	Maladie de Blt	Genou valgum bilatéral	Nyan/Salamata
45	Bénédicte	NEKALRO	4180	7	Maladie de Blt	Genou valgum bilatéral	Mbagmbay/ Bébalem
46	Alfred	KOUCHAKBE	4509	6	Maladie de Blout	Présence de matériel au genou D	Moundou
47	Arsène	MBAHAMNGONE	6141	6	Maladie de Blt	Genou valgum bilatéral, accentué à D	Bénoye
48	Modeste	DJOUNDA	7512	9	Maladie de Blt	Genou varum D	Kélo
49	Hosana	WADOU	7513	4	Maladie de Blt	Genoux en coup de vent	Kélo
50	Judichael	MBAIDJE	7709	3	Maladie de Blout	Genou varum bilatéral accentué	Moundou
51	Emilie	NEKARMBAYE	6562	7	Maladie de Blout	Genou varum bilatéral	Bao
52	Chantal	MADJINAIGOGO	3961	9	Maladie de Blout	Genou valgum à G, varum à D	Komé

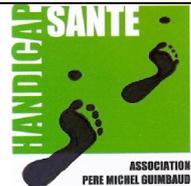
Patients de la région de Doba pouvant sans doute être faits par la sœur Elisabeth à Bebejia							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
1	Bonheur	NODJIKOUL	6966	16	Polio	Mlx2, flexum HD+flexum GD, équin bilat.	Doba
2	Robenson	MOUAMBAYE	6344	5	Polio	Mlx2, flexum de hanche, équin bilatéral	Mberi/Doba
3	Blaise	ALLAHASRA	7100	19	Polio	MID, flexum du genou, équin	Doba
4	Donodji	DJIMTONE	7444	11	Polio	MIG, pied équin	Doba

Cas à mettre en priorité à la prochaine mission plastie							
No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
1	Odile	KIRKESSI	7603	10	Injection	Fibrose quadriceps D	Pala
2	Albertine	BOURTOU	7602		Injection	Fibrose quadriceps	Pala
3	Ephrahim	DJEHORNOMBAYE	4896	4	Injection	Fibrose quadriceps G	Doba
4	Brahim	HASSANE	295	19	Trauma	Griffe des doigts et flexum du poignet	Moundou
5	Nathan	NOKO	7207	38	Trauma	Pseudarthrose Humérale D	Moundou
6	Haoua	LANGTAR	7616	68	Trauma	Fracture du col fémorale	Ndjaména
7	Sahoulba	GONDEBNE	6722	60	Trauma	Présence de matériel au genou	Léré (66588858)
8	Dina	KEINENG	6984	44	Trauma	Genou valgum à D, marche difficile	Moundou
9	Saratou	LARLALÉM	6638	80	Trauma	Déformation de la cheville suite fracture	Miandoum
10	Elisabeth	OYEMATA	6058	59	Trauma	Genou valgum D, douleurs mécanique HD	Moundou, Haoussa
11	Nathanael	TABOULA	7176	56	Trauma	Flexum du genou suite à une entorse	Koutou Guelmbag
12	Lydie	DEDJOGUEM	7423	56	Trauma	Pseudarthrose Humérale D	Moundou

13	Djéssandjim	DOUMNAIBEYE	4998	30	Trauma	Fracture humérus D	Moundou
----	-------------	-------------	------	----	--------	--------------------	---------

No	Prénom	Nom	Dossier	Age	Cause	Séquelles	Village
14	Charles	BOUSSOUMO	7180	28	Trauma	MIG, fracture genou+fémur+tibia	Kélo
15	Louis	DOUMIAN	6567	51	Trauma	Fracture de l'IP de 4e et 5e doigt de la main D	Moundou
16	Dieudonné	DJASRABAYE	5861	31	Trauma	Genou varum et instable à D	Moundou
17	Ahmat	CHERIF	6853	27	Trauma	Moignon pointu	Laï
18	Evodie	ALLAHBADENAN	2333	19	Trauma	Moignon tibiale pointu et douloureux	Moundou
19	André	AYOUBA	7297	27	Trauma	genou valgum, suite à fracture plateau tibial	Kélo
20	Memadji	MAHAMAT	7742	47	Trauma	Pseudarthrose tibiale G, luxation cheville D	Ndjaména
21	Hélène	LARLEMGODO	4255	55	Infection	Fistule de la pointe du moignon	Moundou
22	Michel	MOUTEGONGAR	5918	55	Ulcère	Moignon tibial pointu	Banda/Sarh
23	Pascal	KAIGUE	7514	44	Infection	Flexum Genou G	Kélo
24	Alain	KOTOINGUE	6384	19	Infection	Ostéomyélite du fémur D	Doba
25	Oumar	ALI	7359	10	ostéochondrite	Nécrose de la tête fémorale D	Ndjaména
26	Odette	KOUMDEBEUG	4715	14	ostéochondrite	Nécrose de la tête fémorale D	Laï
27	Sylvain	MINAGOUDJI		17	Neuro-palu	Flexum du poignet	Gagal/Pala
28	Grâce	LONDIGUIMGODO	6682	17	Neuro-palu	IMC, flexum des genoux	Biabo/Boro
29	Solange	NDOLEGONODJI	2906	21	Inconnue	Flexum du coude et poignet, équin à G	Deli

ANNEXE 2

	PROCÉDURES CHIRURGIE GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	V. 1.0 08/12/2012
---	--	------------------------------------

Titre	Guide des bonnes pratiques à l'usage des nouveaux intervenants en chirurgie orthopédique dans le cadre des missions à Moundou (Tchad)
Version	1.0
Date dernière révision	8 décembre 2012
Rédacteurs	Dr Djimmamnodji DORIO Dr Dominique LEROUX Dr Marie-José Marmonier LEROUX Pr Christophe GLORION Dr Zakaria LAYA
Coordinateur	Dr Djimmamnodji DORIO
Objet	Le but est d'échanger sur le bien fondé de certaines pratiques chirurgicales dans le contexte particulier des interventions à Moundou et de formaliser les actes à faire ou à ne pas faire pour assurer la transmission aux nouveaux participants dans les équipes chirurgicales et mieux aider les personnes de Moundou.
Destinataires	Equipes chirurgicales de Handicap Santé et AHS Espagne

Constat

- De plus en plus de pathologies lourdes mais sans les moyens d'investigation adaptés pour poser des diagnostics parfois difficiles.
- Problème du suivi à long terme des patients
- Gestion des douleurs post-opératoires ?
- Actuellement peu de littérature sur ce sujet, cela offre une opportunité de publier.
- Problème des moyens en mission : temps limité, pas de possibilité d'aller vers un autre confrère en cas de doute sur un patient et la conduite à tenir.

Cinq thèmes

- I. Polio
- II. Ostéites
- III. Hanches traumatiques et dégénératives
- IV. Genou
- V. Cheville et pied

Trois angles de réflexion

- a. Indications
- b. Techniques
- c. Ce qu'il est conseillé
 - de faire
 - de ne pas faire

I. POLIO

Beaucoup moins de cas maintenant, les patients qui sont encore à traiter sont les cas les plus graves et les plus âgés.

Diagnostic

- Etablir un diagnostic différentiel avec problème neurocentral
- Si doute pour la chirurgie, demander aux kinés.

Position des problèmes et règles générales

- Déplier et mettre debout à tout prix : **Attention !**

Tenir compte des problèmes socio économiques pour les patients âgés :

En se déplaçant à quatre pattes, ces personnes peuvent cultiver leur champ, debout, elles ne peuvent plus travailler.

C'est aux personnes au contact des populations de faire l'interface

Bien expliquer au patient quelles conséquences il devra affronter : risque de passage flessum/recurvatum, comment déterminer la limite ?

-
- Recommandations :
- Faire un programme en 1 temps
- Au niveau du genou :
 - Éviter une libération complète
 - Ne jamais couper le croisé postérieur, se borner aux ténotomies
- -Assurer un suivi :
 - Demander à revoir quelques patients
 - Prévoir que les malades soient revus au changement d'appareillage
 - Faire une base de données pour le suivi.

II. OSTÉITES

Constat

- De plus en plus d'ostéomyélites pendant les missions
- Pandiaphysites

Recommandations

- Exciser tout ce qui est nécrosé et drainer : Curetage important, risque de perte de substance important
- Pas de résection carcinologique,
- Opérer seulement au stade de séquestre mais en laissant complètement ouvert (lourd pour les soins post opératoires).
- Indications du ciment
Le ciment est indiqué pour les ostéites, pas pour renforcer
- Faire une chirurgie en 2 temps si perte de substance importante, mais un vrai 2 temps avec un intervalle entre 2 et 4 mois, l'idéal étant 2 mois (Masquelet 1 et 2)

Antibiothérapie

- Analyses bactériologiques et Antibiotogrammes possibles à Moundou
Protocoles ?

Assurer le suivi :

- Au retour de mission => contacter l'équipe de la mission suivante pour les patients qui ont des fixateurs externes, transmission stricte,
- Envoyer la liste de ces patients aux kinés pour les contacter.
- -Connaître le nombre de patients amputés secondairement ailleurs

III. HANCHES

1. Hanches arthrosiques

- Résection tête et col ? solution acceptable au Tchad à la place d'une prothèse.
- L'arthrodèse a-t-elle encore une place ? *Avec une arthrodèse, le patient marche mieux mais il faut rester debout, c'est une contrainte forte pour la population tchadienne.*

Recommandations

- Résection col : laisser tête au fond pour éviter une cavité vide
=> ne règle pas l'inégalité mais diminue le problème d'hématome intérieur.
- La voie d'abord antérieure est moins délabrante.

2. Hanches traumatiques

- Les vis + plaques sont possibles sur une fracture récente
- Les radios post op sont possibles, bien que payantes.
- La mise en traction est un traitement très mal toléré et qui demande beaucoup de présence pour que cela soit efficace.
- Un fixateur externe avec fiches crête iliaque ou supra condyle peut aider pour une fracture du col, il peut être une solution car le patient peut marcher avec des cannes.

IV. GENOU

1. Flessum du genou - Polio : allongement ou section TFL ?

- Petite ouverture
- Allonger en chevron
- Valgus en rotation externe, section TFL => faire en ouvrant, pas en percutané

2. *Patte d'oie : section ou allongement ?*

- Si grand flessum, allongement très important
- Pour un grand flessum, plutôt ténectomie
- Raideur en extension suite à des injections de quinine dans le quadriceps.
Plastie d'allongement en V-Y (cf. Ronel et Denélem Bissidet mission mai 2012)
rééducation difficile

3. *Epiphysiodèse temporaire*

- Indications rares chez les petits
- Dépister les carences en vitamine D
- Vu des rachitismes non carenciels à traiter avec phosphore + 1 α
4 ou 5 enfants sont prévus pour 2013, quelles directives ?
=> Faire des ostéotomies de relaxation

4. *Gonarthroses*

Traitement de l'arthrose du genou
Rédaction à finaliser

V. CHEVILLE / PIED

Équins majeurs chez des adultes et des enfants.
Les équins par injection sont très importants, fixés.

Indications en fonction de l'importance et de l'étiologie

- Allongement simple du tendon d'Achille ou des jumeaux
- Atragalectomie : opération utile dans les déformations importantes :
 - scaphoïde collé devant le tibia,
 - allongement tendon d'Achille si équin persistant
 - maintenir avec une petite broche
 - plâtre longtemps.

* * * *

ANNEXE 3

	<p style="text-align: center;">Mission 61 – 27 mai / 8 juin 2012 Débriefing du 8 juin Centre MNDP - Moundou</p>
---	--

Fandebnet	Mary Gil
Maria Dolors	Marie-Madeleine
Thierry	Jeanne
Véronique	Dephpine
Catherine	Frère Antoine
Amélie	Père Olivier
Florence	Père Michel :
Brigitte	

77 interventions pratiquées
76 patients dont 32 enfants
Urgences 8 dont 5 hôpital

Thierry

Difficultés :

Organisation du programme opératoire en début de mission : grand nombre de personnes à la consultation du dimanche après-midi et difficulté à décider des patients à opérer et dans quel ordre

Trouver comment améliorer la programmation des interventions pour faciliter la logistique de l'hôpital, les transferts Centre / hôpital, les soins au Centre

Consultation pendant la semaine (vendredi 1^{er} juin au Centre et jeudi 7 à Doba)
=> cela coupe le programme opératoire et le rythme, cela impose des journées plus longues pour dégager ce temps de consultation.

Les infirmières doivent être aidées, une personne en plus est vraiment nécessaire.

Catherine

La consultation à Doba a été bien organisée avec une journée partagée : une chirurgienne et un anesthésiste à Doba et une équipe au bloc, c'est mieux que le week-end.

70 malades maximum sinon problèmes de matériel, de personnel

Le point noir : Très gros travail de rangement de la réserve effectué avec l'aide d'Amélie et de plusieurs personnes.

Cela a pris sur le temps pour le contact avec les malades, parler avec les personnes du centre : Jeanne, Madeleine, Simon

L'hôpital n'est pas si mal. Madeleine et Simon ont assuré la mise en place avant l'arrivée de l'équipe.

Presque pas de coupures d'électricité, bonne chose car le groupe ne fonctionne pas.

Eau : pas de longues coupures, beaucoup de progrès réalisés depuis 10 ans.

La personne chargée de la maintenance est réactive

Médard est assez motivé, c'est un infirmier sortant de l'école de K., il veut devenir infirmier anesthésiste.

Le bloc est plus propre, mais problème des déchets

Pas eu le temps de revoir le directeur de l'hôpital

Véronique

Premier jour très difficile, le début dès le lundi matin en raison de la présence limitée de C. Glorion a été dur, il fallait opérer les "gros" patients en priorité.

Amélie

Beaucoup de traumatisme

Daniel à l'hôpital très bien, mais son prochain départ nous inquiète (qui va le remplacer en tant que cadre bloc ?)

Médard : réflexes difficiles

Irène et Christophe très bien, Léonard aussi

Fait un petit cours avec Catherine, ils étaient très demandeurs

Honorine du labo bactériologie est bien

70 malades : 2 panseuses nécessaires

Thierry : le contrat avec l'hôpital prévoit un infirmier par salle, Médard ne connaît rien au bloc, c'était difficile pour Amélie de contrôler les deux

Mary Gil Coudé (podiatre québécoise en stage pour un mois, a assisté l'équipe chirurgie pendant toute la mission)

a servi d'aide opératoire et de traductrice pour Asrat

Très contente de ce stage, s'est sentie bien acceptée

Jeanne

L'organisation des soins avec Florence a été compliquée, il aurait fallu se partager et ne pas être à deux pour le tour des pansements

Florence

Il y a un gros malentendu, Louise a été beaucoup absente, certains pansements ne pouvaient pas se faire avec une seule personne, le travail était énorme, épuisant.

Il manque souvent quelque chose, il faudrait partager le "sale"

Thierry : prévoir 2 équipes au Centre dès le début de la mission

Olivier : nous notons qu'il faut 4 personnes dès le début

Florence

Quelqu'un qui vient de temps en temps à des horaires variables n'est pas productif, le tour est long.

Difficulté à se mettre d'accord sur les températures : ne pourrait-on les noter que si cela ne va pas, beaucoup de temps passé à ces températures qui de plus ne sont pas reportées sur la fiche patient

=> avis partagés sur ce point, pour Fandebnet et Michel, c'est important de noter tout le temps

Florence :

la première semaine, problème avec Louise, beaucoup de compresses à faire.

C'est important de faire le tour de tous les malades le matin, il y a aussi le problème de langue, la communication peut prendre du temps

Il faut adapter les traitements, vérifier les redons

Il n'est pas possible de faire le travail "propre" seule

L'arrivée de Patrick (mardi 5 juin) a été très bien, il est compétent, a bien aidé pour les traductions.

Le programme était très chargé.

Aussi des problèmes de matériel, de produits : revoir les bétadines, les péremptions

Il y a un chariot pour la réanimation mais est-il au point (nécessaire ?) ?

Besoin de savoir de quel matériel je dispose.

Maria Dolors

Je ne suis pas venue depuis 2 ans et j'ai trouvé l'organisation améliorée
Une nette différence au bloc, je remercie Amélie
A Doba : chaque fois il y a beaucoup d'enfants à opérer, grand besoin de chirurgie
(15 pieds bots à opérer), pourrait-on venir une semaine opérer à Doba ?

Catherine

Il semble que les polio et les malformations congénitales soient maintenant un peu
laissées pour compte au profit des séquelles de traumatisme

Madeleine

Pour la pré-sélection des patients sur la liste que nous avons envoyée il y a eu
27 refus pour les pieds bots
Est-ce la notion d'urgence qui est retenue ?

Catherine

C'est aux kinés de faire la pré-sélection avec une argumentation pour que nous
puissions juger valablement à Paris
S'il n'y a pas de description suffisante et d'information sur l'importance pour le
patient, il est difficile de faire un choix sur une liste.

Fandebnet

Il faut davantage d'échanges avec les chirurgiens
=> Fandebnet accepte d'être le chirurgien "réfèrent" à Paris

Il y a un problème d'organisation de la programmation des patients,
m'acheminement des patients à l'hôpital, problèmes de radios

Delphine

J'ai été contente de travailler avec Irène

Pierre

Je suis étonné car je pensais que les enfants étaient prioritaires.
J'ai noté la volonté de la direction de l'hôpital pour améliorer le bloc.
Le projet de rénovation des blocs devrait aller dans le bon sens, nous attendons le
plan de l'architecte et le chiffrage.

Michel

Bonne présence de Pierre sur le terrain, bonnes rencontres.
C'est bien parti pour du concret.

Il y a le problème des patients que l'on retarde, j'ai apprécié Christophe G qui est
revenu sur sa décision pour des patients recalés.

Il ne faut pas oublier le contexte des familles et l'impact social.
L'aspect humain est de plus en plus important

Il faut donner au patient une certaine sécurité sur ce qu'on va faire pour lui

La proposition de Christophe G "*le médecin qui consulte est celui qui opère*" est
très difficile à réaliser.

L'aspect social et humain est prioritaire.

Le patient programmé doit être opéré, il faut un programme moins dense avec une
marge pour les urgences.

Marie-Noël

Il semble qu'il y ait une évolution dans les objectifs de la mission qui a apporté une certaine lourdeur.

La relation avec les gens est un peu sacrifiée

Choix de l'orthopédie plus générale que polio et handicapés.

Difficile de trouver une place mais j'ai pu aller avec chacun au bloc comme pour les soins.

L'équipe est très courageuse, c'est un condensé de chirurgie et de médecine.

Fandebnet

Heureux d'avoir participé.

Le cas des polios et des pieds bots qui sont moins nombreux résulte aussi de l'augmentation des accidents de voie publique.

Il faut être conscient des limites au niveau chirurgie.

Olivier

il faut arriver à un nombre satisfaisant : environ 70 patients

Une assistance plus forte pour les soins post-op est nécessaire.

Il y a besoin de plus d'échanges avec les patients, avoir le temps de leur parler.

Brigitte

La saisie des consultations a été très difficile : suivre trois équipes en consultation est à peu près impossible.

Mais il faut noter que l'échange entre les chirurgiens ortho et plastie a été fructueux, il faudrait seulement que le rythme soit moins rapide pour pouvoir tout noter correctement.

Alexandra a fait un excellent travail en transcrivant les commentaires très étayés de Christophe G.

L'informatique n'est pas la panacée !

* * *