

# Mission Tchad : carnet de bord d'une interne en chirurgie plastique

**RÉSUMÉ :** Première mission humanitaire d'une interne en chirurgie plastique racontée sous la forme d'un carnet de bord. L'auteur partage son expérience sur un plan humain et professionnel, ses émotions, ses interrogations sur l'exercice humanitaire de la chirurgie plastique.



→ L. BOULART  
CHU, AMIENS.

**J**e m'appête à vivre une aventure extraordinaire : passer 15 jours en mission au Tchad avec l'ONG Handicap Santé. C'est la concrétisation d'une idée mûrie pendant 5 années, née pendant la projection d'un documentaire en PCEM2 et confirmée au cours de rencontres avec le Docteur Patrick Knipper, chirurgien plasticien parisien. Cinq ans au cours desquels la chirurgie plastique humanitaire s'est peu à peu imposée à moi comme une vocation.

Cette application de la chirurgie plastique m'a séduite au début de mes études de médecine par son champ d'application spécifique : des pathologies rencontrées n'existant pas ou plus dans nos contrées, un cadre inhabituel de relations humaines et des méthodes thérapeutiques traditionnelles ancrées dans une culture différente. Pour y parvenir, il a fallu faire un tour exhaustif des rares ONG dédiées à la question, et prendre contact avec un nombre important de chirurgiens humanitaires. Quoique touchés par mon enthousiasme, leurs réponses étaient presque toujours négatives et c'est probablement à l'usure que je finis par persuader M. Knipper (président de l'ONG Interplast France) de m'emmener.

## [ Jour 0

Nous sommes à Roissy, il est 12 h 15, soit 4 h avant le départ de l'avion. Pour voyager, beaucoup d'enthousiasme et peu de bagages, ou plutôt 500 kg de matériel en soute qu'a réussi à rassembler, au cours des 6 derniers mois, Catherine lapanseuse. Je rencontre alors toute l'équipe, composée de 2 anesthésistes, 2 chirurgiens orthopédistes, 1 plasticien, 1panseuse, 1 infirmier anesthésiste, 1 infirmière pour le post-op et 1 logisticien : une petite armada !

## [ Jour 1

Moundou, deuxième ville du pays, 40° à l'ombre et une file interminable de patients qui nous attendent déjà. Ils ont été sélectionnés depuis Paris avec l'aide de l'équipe locale d'infirmiers et de kinés du centre. Ces patients et leurs familles ont été convoqués il y a 1 mois et se sont organisés pour traverser parfois tout le pays et rester plusieurs mois, le temps de la rééducation, au centre.

Nous sommes accueillis à la maison Notre-Dame de Paix, centre de rééducation et de réinsertion sociale fondé et tenu par des jésuites. Encadrées par le père Michel Guimbaud, environ 25

personnes, kinés, infirmières, appareilleurs, s'y affairant depuis 1989 pour accueillir et accompagner les patients venus de tout le pays.

La consultation dure jusqu'à la nuit. Le programme opératoire des 15 jours sera défini en fin de journée, en nous laissant la possibilité de caler des urgences. Je vais, pendant les jours à venir, découvrir autant de pathologies que de récits de courage...

Le rangement et la mise en place du bloc opératoire nous préviennent de tout héroïsme prématuré. Il faut tout reprendre depuis la dernière mission et constater que, si le matériel chirurgical accumulé regorge, il faudra faire avec les moyens du bord : lavage de main à la cruche, fenêtre en guise de négato, toiles d'araignées sur les brancards et simple couloir pour salle de réveil (*fig. 1*). Tout y est.

## Jour 2

Nous recevons Modestine, calme, incroyablement mature pour ses 12 ans. Modestine souffre de séquelles de brûlures aux deux mains, ayant entraîné des rétractions majeures en flexion des poignets. Déjà venue l'an dernier pour une première opération de la main droite, elle reste imperturbable. Abel, l'infirmier du bloc, nous équipe en nous tendant, avec une pince non stérile, des casaques chaudes et humides qui ne font qu'empirer la sensation de moiteur dans laquelle nous baignons tous. Il fait 28° et la climatisation capricieuse n'offre que de trop temporaires répit. L'opération commence (*fig. 2*), l'indication de lambeau inguinal a été retenue. Après débridement de toute la face palmaire, une broche radio-carpienne, avec un vieux moteur Black & Decker, est mise en place pour lui maintenir le poignet en extension.

J'apprends alors que les pansements doivent être réalisés de façon beau-



FIG. 1: Modestine en salle de réveil.



FIG. 2: Préparation de l'anesthésie.

coup plus espacés qu'à notre habitude, devant le risque septique accru : les patients, qu'ils soient à l'hôpital ou au centre, se retrouvent dans des chambres à 10, sur des lits irrégulièrement nettoyés après leur départ. Autre spécificité de la chirurgie humanitaire : on préfère les fils résorbables permettant aux patients de repartir en brousse sans être revus.

## Jour 3

Journée à thème Fentes (*fig. 3*). On réopère des patients dont la reconstruction n'a pas englobé la sangle musculaire. Nous devons tout reprendre depuis le début en appliquant la technique de Millard.

Je réalise que cette opération redonne un statut social au patient. Souvent en

## CHIRURGIE HUMANITAIRE



FIG. 3 : L'équipe s'affaire autour de Fasiye avant qu'elle ne soit opérée pour reprise de fente labiale et vélaire.

Afrique, dans certaines communautés animistes, le bec de lièvre est considéré comme le fruit d'une malédiction ; le patient alors jugé comme malfaisant et parfois complètement ostracisé. Au-delà de l'ordre esthétique rétabli, notre geste permet une réelle réintégration sociale et doit parfois se faire en étroite collaboration avec les tradipraticiens. Notre travail est complémentaire du leur, puisqu'en intervenant sur la déformation nous n'agissons que sur la partie visible de la maladie. Pris en charge dans le respect de ses croyances, de ses traditions et de son environnement culturel, le malade se sentira réellement délivré lorsque le guérisseur aura exorcisé son mal : l'autre part de la maladie, elle, invisible.

De même, je comprends toute l'implication sociale que peut avoir la chirurgie plastique dans le cadre de l'humanitaire, au travers de l'histoire d'une femme défigurée par un Noma, bannie de son village et violée régulièrement. Du jour où elle a retrouvé un visage humain, les viols ont cessé.

### Jour 4

L'urgence du jour, c'est un choc septique. Alors que la journée de bloc se termine, une famille nous attend ; elle a appris que

des Blancs opèrent. L'ainé, Célestin, a eu un accident de la voie publique ayant occasionné une fracture fermée de l'extrémité proximale de l'humérus et une fracture ouverte du poignet 6 jours plus tôt. Le tradipraticien qui a été consulté, faute de visite médicale, s'est fixé un ordre de priorité des plus étranges : il a soigné l'humérus et a refusé de toucher au poignet. Une odeur violente de putréfaction se dégage. L'amputation est obligatoire... Elle se finira à la lampe frontale faute de courant !

À peine familiarisée avec cet environnement opératoire, il me faut aussi rentrer dans un imaginaire du corps bien éloigné du mien. Pour Célestin, contre toute attente, cette amputation est un soulagement. Aucune leçon de relativisme sur le handicap, aucun travail de développement personnel comme on aurait pu s'y attendre. En perdant sa main, Célestin abandonne volontiers la charge qui lui incombait à l'ainé de la famille. Il n'est plus bon à "rapporter de l'argent" ; c'est son cadet qui devra renoncer à ses rêves de carrière dans la photographie pour endosser le rôle.

Son cas est loin d'être isolé. Honorine est venue à la première consultation : elle ne supporte plus sa jambe ulcérée

depuis 15 ans et qui ne cicatrise pas, alors qu'elle ne présente ni trouble sensitif ni déficit moteur. L'absence de prise en charge médicale crée ainsi un monde étrange, où l'on en vient à renoncer à ses membres sans autre forme d'inquiétude.

### Jour 5

J'apprends aussi que la prise en charge médicale ne garantit rien aux patients, faute de formation locale adéquate. Nous opérons Marius, âgé de 1 mois, pour des brides amniotiques aux chevilles, responsables d'un important lymphœdème. Nous réalisons des plasties multiples en Z sur toute la circonférence. Malgré le succès de l'intervention, nous nous réveillons le lendemain en apprenant que Marius est mort, probablement d'un arrêt respiratoire secondaire à un surdosage en antalgiques.

### Jour 6 – Jour 9

Il est surprenant de constater que dans un environnement aussi exceptionnel que cette mission, une douce routine s'est installée, mes marques sont prises, mon rôle d'interne dans cette mission est complètement défini (fig. 4 à 6).

La journée se déroule selon le même rythme : un petit déjeuner avec toute l'équipe à 7 h 30 à base de mauvais Nutella local, suivi d'un départ en 4×4 pour l'hôpital et les premières interventions à 8 h, après une courte visite des patients opérés la veille.

L'ambiance est sereine, la coordination de l'équipe parfaite, l'objectif des interventions sans discontinuer est atteint. Quand nous terminons le programme avant 19 h, nous retournons au centre pour faire les pansements qui, bien que l'équipe locale réalise un travail formidable, sont réalisés par nos soins dans le cadre de la mission (fig. 7).



FIG 4 : Les familles des patients les accompagnent le temps de la rééducation au centre.



FIG 5 : Les mères veillent.



FIG 6 : Les enfants du centre.

Les pansements sont les moments privilégiés qui nous rapprochent des patients et nous permettent, malgré la barrière du langage, au travers de regards et de gestes, d'aller à l'essentiel. La simplicité de ces échanges me frappe. Nous représentons une offre de soins inespérée, quasi providentielle. Nous sommes des étrangers, arrivons avec des techniques inconnues qui forcent une confiance quasi aveugle. En échappant à la complexité des relations que nouent les membres d'une même société, nous nous sommes trouvés gratifiés d'une extrême reconnaissance, que nous ne retrouvons plus toujours chez nos patients en France.

Chaque soir, de nouveaux arrivants emplissent la salle de consultations et sont rajoutés au programme. Des curiosités défilent et nous rappellent les limites de notre action, alors que nous sommes contraints de restreindre les indications chirurgicales en raison de la gravité des pathologies ou du manque de moyens d'investigations

Au fur et à mesure, j'écoute certains récits, qui me semblent plus improbables les uns que les autres : des accouchements aux méthodes impitoyables aux pratiques de corruption. J'apprends que pour se voir garantir l'accès à l'hôpital, le patient devra d'abord payer le gardien de l'hôpital, puis l'infirmier des urgences, en essayant de survivre jusqu'au lendemain pour éventuellement rencontrer un médecin.

### Jour 10

Je n'ai pas de guide du Routard ni de bons plans pour loger chez l'habitant, mais à travers les plaies, je commence à comprendre comment les gens vivent. Comment est faite leur maison, ce qu'ils y font. À ce titre, les brûlures valent mieux que n'importe quel cliché : souvent nous viennent des enfants, des bébés brûlés au brasero laissé ouvert au milieu de la maison. La mère a laissé son bébé près du foyer de chaleur, il a roulé, l'accident est arrivé (fig. 8) ! La fréquence à laquelle revient cette histoire me rend perplexe : tout comme on perd une jambe, on peut perdre un membre de sa famille, faute d'attention.

Ozias, Falmata, Florence, Catherine défilent. Ils sont brûlés aux mains que des rétractions ont rendues inutilisables. Pour les guérir, nous enchaînons les mêmes gestes de débridement-ténoarthrolyse-brochage des métacouverture par greffe de peau pleine ± plasties en Z. Parfois, les brûlures prennent des formes plus impressionnantes, comme Justine ou Anour.

Justine, 9 ans, a été défigurée par le feu. Elle a déjà pu être opérée l'an dernier pour libérer sa bouche de son épaule grâce à une greffe de peau totale. Nous la reprenons pour libérer les brides importantes qui lui restent au niveau cervical postérieur et antérieur, axillaire et au pli du coude. Pour cela, nous réalisons des lambeaux de rotation occipital et sous-mental, une plastie en trident. Son ectropion est



FIG 7 : Xenaba, comme tant d'autres petites filles, presque imperturbable devant la douleur de nos soins.

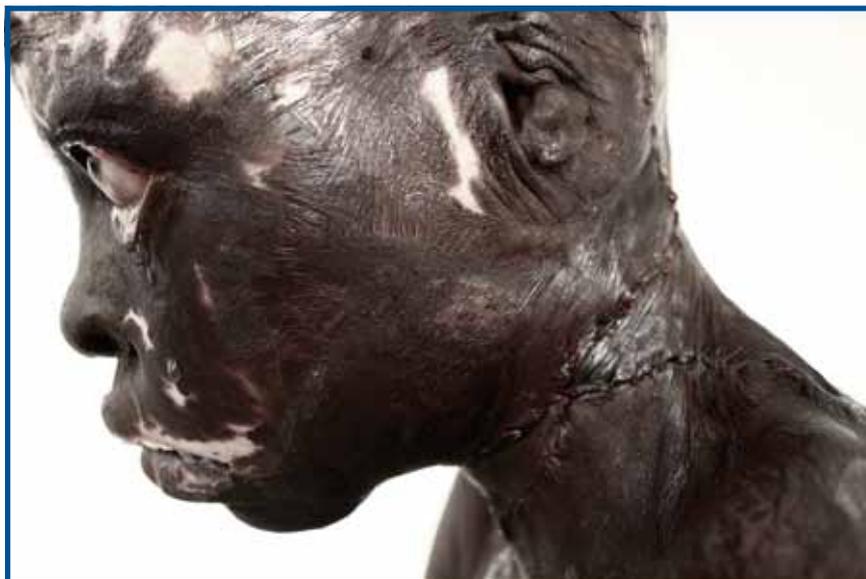


FIG 8 : Ce bébé a roulé dans le brasero, son visage brûlé est en cours de cicatrisation; sa main droite a fondu. Il ne sera pas opéré en raison de son jeune âge.

## CHIRURGIE HUMANITAIRE



**FIG. 9 :** Justine, avant l'intervention. Un grigri autour de sa taille qu'elle ne quitte pas.



**FIG. 10 :** Justine, 14 post-op.

pris en charge dans un 3<sup>e</sup> temps, par une greffe composite de cartilage de conque et peau rétro-auriculaire (*fig. 9 et 10*).

Anour, même âge, vit depuis 6 mois avec une brûlure de toute la face postérieure de la jambe et de la cuisse qui ne veut pas cicatriser; les nerfs sont à vifs, il est totalement dénutri tant la douleur l'empêche de s'alimenter. La cicatrisation tend à lui faire adopter un flessum de genou, qui empêche toute tentative de marche. Le cas est urgent, nous tentons une ténolyse au niveau du creux poplité pour récupérer une extension que nous recouvrons par un lambeau de saphène externe, toute la circonférence de sa cuisse controlatérale ne suffit pas à couvrir la perte de substance tant elle est grande.

### Jour 13

Tous les patients ont été revus et les pansements refaits, les résultats sont satisfaisants, mais l'inquiétude de

partir en laissant des soins trop lourds ne me quitte pas : que va-t-il advenir de l'autonomisation du lambeau inguinal par l'infirmier local ? La rééducation, correctement faite, permettra-t-elle de recouvrer l'usage de leurs mains à tous ces enfants ?

Le départ est pour bientôt. Le spectacle que les enfants du centre ont préparé le rend un peu plus déchirant.

J'essaie de ne pas verser dans un mélodrame déplacé ! Je me suis si bien sentie humainement et techniquement, j'ai tellement appris. Le caractère inhabituel de la mission, par sa temporalité et les pathologies qu'elle nous expose, m'aura permis de reconsidérer la relation médecin-patient. C'est peut être cela qui donne sens à la pratique de la médecine dans un cadre humanitaire : elle n'est pas tant un geste généreux et désintéressé que la possibilité d'appréhender à nouveau, sous une forme exacerbée, l'état d'exception que représente la maladie, pour le patient et pour le

médecin à qui l'on apprend sans doute trop rapidement à se protéger pendant ses années d'études.

Calmons nous, nous n'avons pas sauvé l'Afrique ! Nous avons pu aider 88 patients, les réparer un peu. D'autres, et ils sont nombreux, attendent. Ils n'ont pas été sélectionnés pour la mission, espérons qu'ils le soient pour la prochaine. Espérons surtout qu'ils puissent un jour être traités par des médecins locaux, que nous puissions les former. Espérons et tentons d'avancer le plus concrètement possible d'ici là.

### Bibliographie

1. Ethno chirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission. P. Knipper. Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale 112(2011):385-387.
2. Peaux de chagrin : la chirurgie plastique au service de l'humanité. P. Knipper. Éditions Michel Lafon.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.