

■ Humanitaire

Les soucis en missions humanitaires

RÉSUMÉ : Une mission humanitaire sans problème, cela n'existe pas. L'éventail des soucis en missions est large. Selon notre expérience, les soucis sont de deux ordres : sociaux et/ou médicaux. La gestion des différents problèmes fait appel à un long apprentissage et à la connaissance de notions parfois très opposées.

Nous allons exposer les soucis généralement observés dans la pratique courante et selon notre expérience de terrain, après plus de 40 missions.



P. KNIPPER
Policlinique chirurgicale, Hôpital Cochin,
PARIS.

“S’arrêter, c’est raquer.”

Proverbe Mbororo

Les soucis en missions humanitaires concernent plusieurs domaines allant de la simple difficulté pour obtenir un visa à la gestion d’un incident médical au cours d’une intervention chirurgicale. L’éventail des soucis en missions est donc large. Ils dépendent également du type de mission. La gestion des différents problèmes fait appel à un long apprentissage au cours des années sur le terrain et à la connaissance de notions parfois très opposées.

Un souci en mission est principalement d’ordre social ou médical, les deux pouvant s’additionner. Nous allons essayer d’exposer les soucis généralement observés dans la pratique courante. Nous proposerons ensuite quelques éléments de prévention.

Soucis généralement observés pendant une mission humanitaire

Les soucis observés lors d’une mission humanitaire sont évidemment variables et dépendent de nombreux facteurs comme le type de mission, le lieu, l’organisation intrinsèque de l’organisation

non gouvernementale (ONG), les conditions géopolitiques, etc. Nous allons présenter l’expérience de notre ONG : Interplast-France/Chirurgie Sans Frontières (www.chirurgiesans-frontieres.fr) [1]. Nous aurons donc un point de vue spécifique sur un genre de mission particulier, mais les soucis couramment observés pourront alimenter les interrogations et servir de réflexions pour l’organisation d’une mission chirurgicale en général.

1. Les soucis avant la mission

>>> Soucis d’ordre social avant la mission

Dès l’invitation, l’identité des acteurs qui proposent de faire une mission oriente la nature du futur programme. S’il s’agit d’une institution, le programme se fera sous l’égide d’un ministère local et il faudra donc prévoir la lourdeur administrative, les délais très longs d’obtention des autorisations, les intermédiaires trop nombreux et les dérives classiques.

Le facteur humain concerne également les membres de la future équipe médico-chirurgicale. L’association de différentes personnalités n’est pas toujours évidente et le choix des acteurs peut parfois être chaotique. Il est préférable également de partir avec des membres ayant la même

Humanitaire

éducation médicale et la même culture chirurgicale.

L'obtention des autorisations pour pouvoir entrer dans le pays peut être un souci. La qualification administrative du trouble social en question n'est pas toujours claire et la notion de risque n'est pas toujours homogène. Il existe de plus des intérêts divergents entre les administrations du pays et les services consulaires locaux, qui ne veulent pas de soucis avec les ressortissants étrangers et les humanitaires qui sont présents justement parce qu'il y a des difficultés dans le pays.

L'atmosphère sociale du pays dans lequel s'effectue la mission conditionne la couverture par les assurances médicales. Pour éviter tout soucis, il faut bien vérifier avant de partir si le pays répond aux critères de l'assurance.

Concernant l'assurance professionnelle, le souci peut venir des situations sociopolitiques et juridiques du lieu de la mission. En effet, certaines assurances professionnelles ne couvrent pas les pays en état d'urgence sachant que la définition du trouble n'est pas toujours très évidente sur le plan social. D'autres ne couvrent que les interventions qui relèvent de votre spécialité déclarée ou celles pratiquées sur le territoire français (renseignez-vous). L'autre souci viendra du juridique : ce n'est pas d'actualité pour les petites missions mais les importantes ONG commencent à recevoir des demandes d'indemnisation pour fautes médicales. Il faut s'y préparer.

La manipulation politique peut également être un souci à détecter avant de partir en mission. Par exemple, vous pouvez partir avec des intentions véritablement honorables pour soigner des enfants dans le cadre d'un conflit armé et vous pouvez vous retrouver le "porte-parole" d'un des deux camps sans votre consentement préalable. Votre présence d'humanitaire sert de propagande médiatique à votre insu.

>>> Soucis d'ordre médical avant la mission

Parmi les temps forts de la préparation d'une mission, la préparation du matériel chirurgical nécessaire et la commande des consommables sont des moments clés. Aujourd'hui, le vrai souci est la collecte en France des consommables en anesthésie. En effet, les pharmacies des hôpitaux ne fournissent plus ces consommables et les ONG spécialisées dans la fourniture de produits d'anesthésie ont rarement les produits désirés. De plus, la tendance des pays en voie de développement est de demander aux ONG étrangères de se fournir sur place en consommables. Cela pourrait se comprendre si nous pouvions tout trouver sur place. Or, les consommables couramment utilisés par les anesthésistes européens ne sont pas disponibles et les produits locaux sont de plus en plus des contrefaçons. Nous admettons que les achats locaux font travailler la pharmacie du dispensaire local, mais nous ne pouvons pas utiliser des produits à risque pour les patients.

Lors de l'organisation d'une mission, nous entendons souvent les mêmes questions : combien de patients seront présents ? Combien d'enfants ? Combien d'anesthésies locorégionales ? Ces questions sont louables puisqu'il faut prévoir les consommables. Cependant, il est toujours difficile d'avoir un retour précis sur la liste des patients qui seront présents. Il est également très compliqué de prévoir les pathologies que l'on va rencontrer.

Les potentialités matérielles locales sont difficiles à évaluer. Les informations sur l'état des infrastructures et du matériel médical disponible manquent souvent de fiabilité.

Un point délicat qu'il convient de résoudre avant le départ en mission est l'appréciation du "vrai" niveau de formation médicale d'un confrère étranger qui va partir mais dont nous ignorons le véritable cursus. Il reste admis que les

formations chirurgicales sont inégales dans les différents pays. Nous voyons de plus en plus de confrères étrangers diplômés mais ayant de très grandes lacunes chirurgicales sur le terrain. Il faut l'anticiper !

2. Les soucis pendant la mission

>>> Soucis d'ordre social pendant la mission

Le passage de la douane reste un challenge classique lors de l'arrivée. La douane est souvent une source de "racket" de la part des douaniers sur les consommables que vous apportez. Il manque toujours un formulaire ou une autorisation généralement imaginés pour l'occasion. Les négociations sont parfois longues et une "régularisation" est souvent suggérée. Nous essayons de l'anticiper par deux techniques :

– soit celle du touriste naïf qui passe rapidement sans stagner et sans aucun regard vers les douaniers. La confusion des arrivées laisse une place au passager invisible, il suffit de bien choisir le moment ;

– soit la technique dite "de Moussa" : il suffit de repérer un douanier isolé qui recherche sa tranquillité et de foncer sur lui avec toutes les malles ouvertes. Devant votre spontanéité et la charge de travail qui s'annonce, ce douanier vous referme généralement les malles et vous suggère de passer. J'ai testé et cela marche...

Dans tous les cas, il faut préparer à l'avance les listes des consommables, les autorisations que vous avez et, surtout, l'ordre de mission avec un courrier officiel d'invitation.

Les nombreux postes de contrôles sur la route sont là pour les contrôles. C'est bien. Ils sont malheureusement là également pour les prélèvements des "contrôleurs". La population générale le sait mais les étrangers l'apprécient un peu moins. La présence d'étrangers dans un véhicule est forcément une bonne chose

pour la contribution du contrôleur. Nous sommes fréquemment confrontés à des demandes d'autorisations burlesques ou à des sollicitations tout aussi surprenantes. Aujourd'hui, nous anticipons cela en préparant un ordre de mission et une lettre d'invitation avec beaucoup de tampons et nous prévoyons des boîtes de paracétamol pour la pseudo-douleur dentaire du douanier... La petite gratification en espèces est généralement fournie par le chauffeur lors de la présentation des papiers de son véhicule.

Les rapports avec l'équipe du dispensaire sont des moments délicats à négocier. Il existe souvent un intérêt divergent entre l'action humanitaire de l'équipe étrangère, donc sans recherche de compensation financière, et "l'investissement" de la part du personnel local qui nécessite une rétribution. Il y a donc souvent un conflit d'intérêts entre l'équipe humanitaire qui fait du bénévolat, parce qu'elle le veut bien, et les acteurs locaux qui travaillent parce qu'on leur demande. La notion de bénévolat est un concept de pays aisés. Dans un pays en voie de développement, le travail se paye. Il faut l'intégrer.

Notre action reste souvent une concurrence qui peut être déloyale vis-à-vis des chirurgiens locaux puisque nous opérons gratuitement, donc à perte sur un plan strictement commercial. Nous ne sommes pas naïfs et nous savons que certains patients viennent pour nos programmes chirurgicaux uniquement parce que c'est gratuit. Pour limiter le conflit, nous opérons seulement les patients qui relèvent de notre spécialité, qui est inexistante dans le pays concerné, et nous laissons les pathologies classiques comme les hernies inguinales être prises en charge par les chirurgiens locaux. Ceux-ci sont par ailleurs fort compétents pour cela.

Les soucis d'ordre sociologique en mission sont parfois difficiles à estimer. L'étude des relations entre les membres d'une équipe humanitaire sur le terrain demanderait plusieurs publications.

Nous savons que les interactions entre les différents acteurs ne se révèlent vraiment que pendant la mission et que la précarité de l'environnement sert souvent de catalyseur. Nous savons également qu'il est hasardeux de vouloir toutes les anticiper avant de partir. Le choix des membres d'une équipe est un peu comparable au choix des invités pour la réussite d'un dîner : l'assortiment des convives est parfois plus important que l'association des condiments...

Notre travail dans les villages nous confronte à des populations culturellement très différentes. Les premiers soucis viennent souvent d'un manque de connaissances sur l'autre. Une compréhension ethnologique des patients sur lesquels nous intervenons permettra une meilleure présentation de notre travail. Un regard différent sur des patients différents avec le respect des traditions locales permettra une meilleure relation et, donc, une meilleure acceptation de notre action au village [2].

Les soucis d'ordre juridique sont limités dans notre activité au village. Généralement, il n'y a pas de problème juridique et les explications sont d'ordre ethnologique. En cas de problème médical grave pendant la mission, voire le décès d'un patient, la famille ne peut pas imaginer que le médecin étranger est responsable. Pour la famille, un médecin étranger qui vient de si loin, qui quitte sa famille pendant si longtemps, qui vit de manière spartiate au village et qui passe sa journée à travailler pour soigner les enfants ne peut pas être venu pour faire du mal. Si le patient est décédé, c'est que d'autres forces l'ont décidé.

La fin de mission est une période parfois difficile à gérer. La fatigue accumulée, la "malbouffe", l'entassement de non-dits, les incompréhensions d'ordre ethnologique et certaines frustrations de la part des patients peuvent rendre certaines fins de mission délicates. Nous avons appris à l'anticiper, chaque ONG possède ses remèdes.

>>> Soucis d'ordre médical pendant la mission

La première rencontre avec la population se fait lors de la grande consultation du début de mission. Cette consultation est généralement chargée et colorée de nombreux soucis.

Le premier vient de la sélection des premiers patients. Les patients présentés en priorité appartiennent en général plus au réseau "privé" du personnel du centre qu'au recrutement général. Il ne faudra pas tout programmer immédiatement et savoir attendre pour faire une liste plus démocratique, à savoir ouverte à tous les patients quelles que soient leurs conditions, leurs filiations et leurs ethnies.

Le deuxième souci concerne les pathologies sélectionnées. Elles ne correspondent pas toujours aux objectifs de la mission. Ce problème s'explique par deux raisons. La première est qu'il est difficile d'expliquer aux personnels de santé qui sélectionnent les patients les limites d'une spécialité chirurgicale dans un pays où seule la chirurgie générale est connue. Pour eux, nous pouvons tout faire et, de toute façon, ce sera toujours positif pour le patient. La deuxième raison est évidente pour le patient : ce sera peut-être pour lui l'unique chance de se faire prendre en charge par une équipe étrangère. Quels que soient votre spécialité chirurgicale et vos critères de sélection, il y trouvera un bénéfice même si cela ne correspond pas à vos critères de spécialiste.

Le troisième souci vient des patients qui ne seront pas opérés pendant la mission. Paradoxalement, ce sont les cas où l'on ne peut rien faire sur le plan chirurgical qui prennent le plus de temps d'explications et de négociations. Il faut expliquer longuement pourquoi le patient ne sera pas opéré, pourquoi son voisin est pris en charge et pas lui, etc.

Nous avons découvert au cours de cette première consultation le concept de la

Humanitaire

“liste”. Celle-ci est généralement établie par l’équipe locale qui, naturellement, va privilégier un certain classement. C’est ainsi que vous verrez une grande priorité accordée à l’exérèse d’un kyste sébacé alors qu’un noma peut être classé en dernier. C’est également là que vous apprendrez qu’une personne âgée présentant un lipome doit passer avant un enfant même si celui-ci présente une hernie étranglée (histoire vécue). Vous apprendrez que l’ethnie d’origine du patient influence fortement sur sa place dans la liste. L’apprentissage ethnologique nous permet de comprendre et de nous adapter pour anticiper les soucis. Mais nous avons également nos propres règles ethnologiques que l’on appelle “les indications en médecine”. Nos hôtes doivent les comprendre. Une urgence chez un enfant passe avant le kyste ancien de la personne âgée et, cela, même au village !

L’activité chirurgicale dans un dispensaire demande un minimum de moyens. Même si nous avons développé un certain savoir-faire en milieu très précaire, la défaillance d’un élément matériel essentiel peut se révéler être un gros souci. Qu’il s’agisse d’une panne du groupe électrogène, d’un obus d’oxygène mal rempli ou, tout simplement, d’une absence de toit au dispensaire, tout incident peut compromettre le reste de la mission.

La précarité de l’environnement fait aussi référence au niveau de formation du personnel du dispensaire. Nous savons que l’agent de santé est probablement quelqu’un d’expérimenté et qu’il présente des capacités d’adaptation hors normes. Nous savons qu’il est infirmier et que sa fonction lui demande d’agir au-delà de ses compétences, notamment en chirurgie. Cependant, nous avons besoin dans notre action au village de connaître précisément son niveau de compétences en matière de soins pour pouvoir déléguer certaines tâches. Le vrai souci est l’évaluation précise de ce niveau de compétence tant les agents de santé rencontrés lors de nos missions ont

des personnalités différentes, présentent des formations variées et, surtout, ont des motivations divergentes. Nous le comprenons et nous devons nous adapter.

En parallèle, et je le répète, la compétence des membres de la mission est capitale. Sur le plan strictement médical, le manque d’autonomie voire le manque de compétence d’un membre peut se révéler être dangereuse pour la réussite de la mission dans de telles conditions.

Avant de poser les indications chirurgicales, il faudra tenir compte de l’expérience de l’anesthésiste qui est souvent le dénominateur commun d’une bonne prise en charge médicale dans ces conditions très précaires. Le minimum requis pour éviter des gros soucis anesthésiques est de disposer d’une source d’oxygène (obus ou concentrateur d’oxygène), d’un système d’aspiration mécanique ou électrique et au moins d’une surveillance de la saturation en oxygène.

Les interventions sont également adaptées à la précarité de l’environnement pour éviter tout gros souci. Nous privilégions des temps de dissection rapides dans les bons plans anatomiques, sans décollements inutiles, avec une bonne hémostase et en privilégiant les interventions avec un seul temps opératoire. Nous préconisons le **concept des 5 F** pour une technique chirurgicale pratiquée en situation précaire [3] : la technique doit être **faisable** par rapport à l’environnement, **fiable** pour le patient, **familière** pour le chirurgien, **facile** à enseigner et dont la **finalité** répond bien à la demande locale.

L’environnement précaire facilite la survenue de complications secondaires. Il est aisé d’admettre que dans de telles conditions d’hygiène, les complications infectieuses postopératoires seront plus fréquentes. Au village, et en dehors des pathologies septiques, nous avons limité les pansements en faisant un seul gros pansement, hermétique et solide, que l’on ne touche pas pendant huit à dix

jours. Dans le même ordre d’idée, nous ne laissons pas de drainage.

Quand une complication survient, il convient de la gérer immédiatement. Nous associons l’agent de santé local à la gestion de la complication puisqu’il sera le seul sur place après notre départ. Nous privilégions la solution la plus simple pour obtenir une cicatrisation rapide. Retenons comme principe de base qu’après le départ de l’équipe, le patient reste seul avec sa complication.

Un problème médical peut concerner également un membre de l’équipe : ne l’oublions pas ! Il peut s’agir d’un simple trouble du transit intestinal ou d’un problème plus grave nécessitant un rapatriement sanitaire. Pensons aussi au risque de contamination sanguine peropératoire, certaines équipes partent avec des kits pour tester une éventuelle contamination virale.

3. Les soucis après la mission

>>> Soucis d’ordre social après la mission

Le “gros” souci reste la reprise des activités sociales et professionnelles normales après 15 jours de brousse... Le “petit” souci est peut-être le douanier français qui vous demandera, lors de votre retour, un justificatif pour prouver que vous n’avez pas acheté vos instruments de chirurgie ou votre bistouri électrique en Afrique : encore un problème de TVA ! Un rapport de mission écrit est parfois difficile à obtenir après le retour. Cela peut être dommage pour le suivi des patients et la continuité du projet.

>>> Soucis d’ordre médical après la mission

Le suivi des patients après la mission est une préoccupation constante, les informations (fiabiles) sur les suites opératoires ne sont pas toujours faciles à obtenir. C’est pour cela que nous privilégions les interventions aux suites

simples qui ne nécessitent pas de soins complémentaires particuliers. Sur un plan personnel, une infection contractée pendant la mission peut se révéler secondairement. Toute fièvre au retour d'un séjour doit être prise au sérieux. Le moindre doute sur une contamination virale pendant une intervention doit être bilantée.

Quelques éléments de prévention des soucis dans l'organisation d'une mission

Une mission sans soucis, cela n'existe pas. Voici quelques éléments de prévention :

1. Quelques éléments de prévention sur le plan social

- Accepter des projets qui correspondent à votre expertise et à votre plaisir. On ne fait bien que ce que l'on aime bien faire et que l'on sait bien faire. Éviter les missions qui satisfont les plans des ministères et qui remplissent les caisses des fonctionnaires. Préférer l'action directe pour le seul bénéfice des populations démunies et isolées.
- Partir avec des gens sympathiques qui ont la même culture médico-chirurgicale que vous. Rechercher l'harmonie dans une équipe plus tôt que l'association d'experts. Préférer des personnalités qui savent s'adapter et travailler dans des environnements variés.
- Se renseigner avant de partir sur l'état social du pays et prévoir toutes les autorisations utiles. Un ordre de mission et une lettre d'invitation pourront toujours éviter quelques péripéties sur la route : S'arrêter, c'est raquer !
- Prévoir un correspondant à votre arrivée, voire un coordinateur local sur le lieu de la mission.
- Respecter les règles sociales locales et les traditions. Changer son regard sur l'autre.

POINTS FORTS

- Une mission en situation précaire sans soucis, cela n'existe pas !
- Les soucis médicaux ne sont pas toujours les plus importants.
- Pour limiter les soucis, nous proposons le concept d'autonomie.
- Pour éviter les soucis pendant la mission, il faut les anticiper.

- Privilégier l'invisible au visible.

- À défaut d'anticipation, se préparer à la négociation et à l'adaptation en permanence.

2. Quelques éléments de prévention sur le plan médical

- Partir avec une équipe en bonne santé et des personnes heureuses de partager ensemble le projet.
- Prévoir une protection antimalarique efficace, des vêtements adaptés et des vaccins à jour.
- Privilégier des collègues bien formés ayant une bonne expérience pratique, qui sont autonomes dans leur spécialité et qui s'adaptent facilement aux différents environnements.
- Éviter le confrère qui vient en mission pour se former sur une technique chirurgicale qu'il n'a jamais pu apprendre dans son pays d'origine.
- Prévoir du matériel chirurgical au-delà de sa spécialité et des consommables en plus.
- Être complètement autonome : autonomie sur les interventions, autonomie sur les consommables, autonomie sur l'organisation, etc.
- Accorder une grande importance à la douche préopératoire et à l'utilisation en général d'eau et de savon lors des soins. Insister sur le lavage des mains !

- Pour la période postopératoire, préférer un gros pansement, hermétique et solide. Nous conseillons de le refaire le moins possible.

- En fin de mission, prévoir une consultation commune où tous les pansements sont refaits et les consignes données en présence de l'agent de santé local qui suivra les patients.

- Rester connecté lors du retour en France pour d'éventuelles demandes de conseils médicaux secondaires.

Conclusion

Avant de partir, il faut tout anticiper. Pendant la mission, il faut toujours s'adapter. Après la mission, il faut se préparer pour la prochaine mission... Pour limiter les soucis lors d'une mission chirurgicale en brousse, nous préconisons l'autonomie !

BIBLIOGRAPHIE

1. KNIPPER P, ANTOINE P, CARRÉ C *et al.* Chirurgie Plastique Nomade : 1 ONG, 10 années, 30 missions. *Ann Chir Plast Esthet*, 2015;60:184-191.
2. KNIPPER P. Ethnochirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission. *Rev Stomatol Chir Maxillo-faciale*, 2011;112:385-387.
3. KNIPPER P. Chirurgie plastique en situation précaire : concept 5F. *Ann Chir Plast Esthet*, 2004.

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