



ELSEVIER

ARTICLE ORIGINAL

La chirurgie plastique humanitaire en question

Questioning humanitarian plastic surgery

D. Montandon, P. Quinodoz, B. Pittet

Division de chirurgie réparatrice, hôpitaux universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest,
1211 Genève 14, Suisse

Reçu le 19 mars 2004 ; accepté le 24 mars 2004

MOTS CLÉS

Chirurgie réparatrice ;
Missions humanitaires ;
Santé publique

Résumé La chirurgie plastique humanitaire est devenue très à la mode et de nombreux chirurgiens jeunes et moins jeunes sont attirés par ce type d'engagement. Les auteurs rappellent ici les conditions nécessaires ainsi que les limites de ces actions. Seul l'agir communicationnel selon J. Habermas, qui signifie un véritable partenariat avec les soignants locaux emporte l'adhésion des auteurs.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Reconstructive
surgery;
Humanitarian
missions;
Public health

Abstract Humanitarian plastic surgery has become very fashionable and more and more surgeons are attracted by this type of commitment. The authors remind here of the necessary conditions and limitations of these actions. The communicative action according to J. Habermas, which means a true partnership with the local health care specialists should be the only valid engagement.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Depuis quelques années, on assiste à un véritable engouement pour ce qu'on appelle « la chirurgie humanitaire », c'est-à-dire la participation active de chirurgiens de pays riches dans des contrées dépourvues de tous moyens. Cet engagement qui, il y a 30 ou 40 ans était tout à fait exceptionnel, a vu fleurir récemment un grand nombre d'organisations qui proposent leurs services et encouragent nos chirurgiens à partir une fois ou l'autre dans des pays dit sous-développés. Rien que pour la chirurgie plastique, on pourrait recenser entre les États-Unis et l'Europe pas moins d'une centaine d'organismes plus ou moins structurés, dont la vocation est d'organiser des missions ou de soutenir des projets d'aide humanitaire.

Les motivations de ces chirurgiens et de ces organisations ne sont pas toujours bien définies, bien que tous et toutes se prévalent d'une philosophie altruiste et désintéressée. L'impact réel des interventions chirurgicales dans les pays du tiers monde n'est pratiquement jamais recensé [1].

Ayant eu l'occasion de suivre et en quelque sorte de participer à cette mouvance depuis plus de 30 ans [2], il nous est apparu que certaines dérives n'étaient pas exceptionnelles et que contrairement aux règles éthiques très strictes qui prévalent dans nos pays, il n'en est pas de même dans les pays pauvres où souvent les chirurgiens se croient libres de décider qui ils doivent opérer, quand et comment.

Pour les chirurgiens plasticiens que nous sommes, avant de savoir quelle forme d'engagement peut prendre notre action et quelles sont les conditions dans lesquelles elles pourront être effec-

Adresse e-mail : denys.montandon@medecine.unige.ch
(B. Pittet).

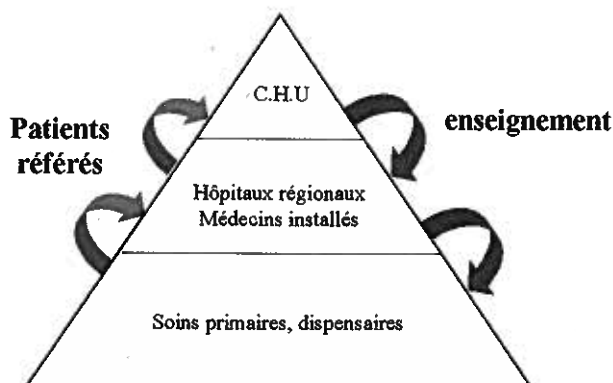


Figure 1 Schéma simplifié de l'organisation sanitaire d'un pays.

tuées, il faut se poser la question de l'utilité de tels engagements dans des pays qui souffrent habituellement de problèmes de santé majeurs qui affectent une grande partie de la population tels que : malnutrition, maladies tropicales, sida, etc. alors que les malades que nous pourrions traiter ne représentent qu'une infime minorité de la population.

Pour répondre à cette question, il faut reprendre quelques concepts généraux de santé publique.

Organisation sanitaire d'un pays, place des spécialités

Le système de santé de tout pays est organisé et peut être schématisé selon un triangle comportant trois niveaux (Fig. 1) :

- le niveau inférieur regroupant les structures de santé de base, c'est-à-dire les soins primaires qui s'adressent aux problèmes sanitaires que rencontrent la plus grande partie de la population. Ces soins primaires reposent principalement sur la prévention des maladies : eau potable, nutrition, vaccinations. Dans ce cadre, des traitements peu coûteux sont également envisagés. Les soins de base sont en général organisés au niveau étatique et les traitements effectués dans des centres de santé et des dispensaires ne disposant pas toujours de personnel médical formé ;
- le deuxième niveau est constitué par les soins médicaux prodigués dans des hôpitaux de districts ou, dans nos pays, principalement par des médecins installés en pratique privée. À ce niveau, les interventions courantes sont effectuées, offrant à la majorité de la population la possibilité de recevoir des traitements médicaux ou chirurgicaux pour des affections de moyenne gravité ;
- le troisième niveau est constitué par les centres hospitalo-universitaires où se regroupent

les spécialistes de différentes disciplines. C'est là que sont traités les cas complexes et c'est aussi à ce troisième niveau que les nouvelles technologies issues de la recherche médicale sont élaborées.

Idéalement, ces trois niveaux sont interdépendants, de telle sorte que les patients qui ne peuvent pas être traités dans le premier niveau sont référés au deuxième niveau et ceux du deuxième niveau au troisième si c'est nécessaire. Inversement, l'enseignement médical se fait du niveau supérieur au niveau moyen et du niveau moyen au niveau inférieur.

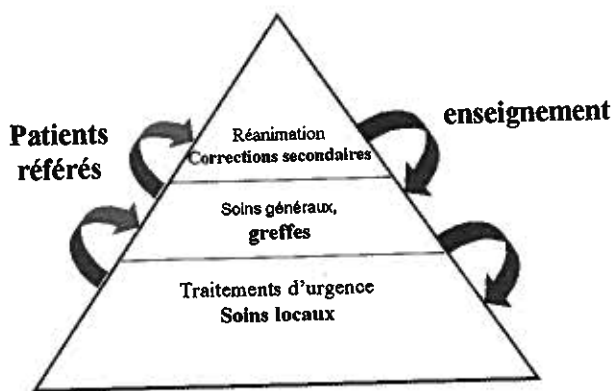
Schématiquement, lorsqu'on considère un tel triangle dans un pays riche, la base de ce triangle se rétrécit et, proportionnellement, le tiers supérieur s'agrandit. Dans les pays pauvres, à l'inverse, le triangle s'aplatit, la médecine de pointe devenant de plus en plus exceptionnelle.

Le 12 septembre 1978, l'Organisation mondiale de la santé a édicté des règles qui font partie de la fameuse déclaration de Alma-Ata [3]. Cette déclaration qui avait principalement pour but de promouvoir la santé dans les pays pauvres a eu certainement un impact favorable pour de nombreux secteurs de la santé, mais pourrait également avoir eu des effets pervers, dans la mesure où les gouvernements sont encouragés à développer essentiellement les soins primaires, alors que les étages supérieurs de la pyramide sont un peu oubliés. L'objectif de cette déclaration qui était d'obtenir en l'an 2000 pour tous les peuples un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie sociale et économique productive n'a malheureusement pas et de loin été atteint.

Si l'on considère beaucoup de pays pauvres, on se rend compte que les 2/3 ou en tous cas le tiers supérieur du triangle ne se sont jamais développés ou ont été carrément amputés, ce qui signifie qu'un grand nombre de soins ne peuvent pas être prodigués dans les pays mêmes et que le manque de formateurs déteint sur l'ensemble de la communauté médicale avec un impact défavorable sur les soins primaires. Les « cerveaux » sont partis à l'étranger et le pays ne peut compter que sur des ONG pour rétablir la pyramide de la santé.

C'est certainement là que la chirurgie plastique humanitaire joue un rôle important. Même si elle ne touche qu'un très petit nombre d'individus, elle doit permettre de reconstituer un fragment de la partie manquante de la pyramide, en collaborant activement avec les médecins et la population indigène.

Comme exemple pratique, si l'on considère le problème des brûlés, on peut concevoir que les brûlures ne nécessitant que des traitements conser-



Exemple avec les brûlés

Figure 2 Application du schéma sanitaire dans le cas du traitement des brûlés.

vateurs sont soignées au niveau de la base de la pyramide. Les patients nécessitant des greffes sont traités au niveau moyen et les grands brûlés ainsi que les corrections secondaires majeures au niveau supérieur. Dans un pays, même très pauvre, ces trois étages paraissent indispensables, de façon à ce que les patients puissent être transférés si besoin en est d'une structure à l'autre et surtout de façon à pouvoir assurer la formation des soignants à tous les niveaux (Fig. 2).

Les modes d'engagement

Tenant compte de ce qui précède, il existe de multiples façons de s'engager dans une activité humanitaire en chirurgie plastique, cependant chaque mode d'engagement doit être bien défini et rester à la mesure des ambitions de leurs protagonistes. En analysant nos propres activités et ceux de nos collègues, nous avons retenu sept possibilités d'application d'aide au tiers-monde liées à la chirurgie plastique et reconstructrice.

Missions opératoires de courte durée

Ce type de mission dépend de l'organisation locale, du type de locaux et de matériel à disposition. Elle ne doit s'atteler qu'à des pathologies simples qui nécessitent un seul temps opératoire du type séquelles de brûlures, brides cicatricielles, fentes labiopalatines, ulcères de Burulli, etc.

Les conditions minimales pour ces missions sont : un chirurgien plasticien expérimenté, une bonne équipe anesthésiologique, et surtout la possibilité d'un suivi postopératoire par un personnel médical local.

Ce type de missions développées parfois sur une grande échelle a été récemment critiqué avec raison par Christian Dupuis, qui dénonce le manque de

collaboration avec les médecins locaux et le « body count » qui veut qu'on opère le maximum de cas dans un minimum de temps [4].

Missions courtes d'enseignement seul

Dans ce cas, il est nécessaire de sélectionner les chirurgiens et les médecins qui suivront ces cours. Il est souvent indispensable de financer leur déplacement. Les sujets choisis doivent correspondre à leurs besoins : par exemple cicatrisation, greffes de peau, plasties en Z, lambeaux simples, etc.

À la fin de chacune de ces missions, un test doit être effectué pour s'assurer de la bonne compréhension des cours par les praticiens locaux en leur demandant également leur avis sur la qualité de l'enseignement et des enseignants.

Missions courtes avec opérations combinées à un enseignement théorique

Ce type de missions ne peut s'adresser qu'à un nombre limité de chirurgiens. Elles représentent à notre avis la meilleure façon de transmettre des connaissances et de partager de façon conviviale des expériences. Ces échanges permettent à des praticiens souvent isolés dans des régions reculées d'avoir accès à des techniques de chirurgie plastique qu'ils pourront mettre à profit dans leur pratique quotidienne.

L'organisation de telles missions s'avère cependant coûteuse et nécessite des répondants locaux qualifiés pour choisir les chirurgiens pouvant bénéficier de cet enseignement et les patients qui seront opérés lors des cours.

Grâce au soutien du gouvernement suisse, notre équipe a pu organiser à trois reprises de tels cours en Afrique de l'Est (Tanzanie et Ouganda). Une vingtaine de chirurgiens généraux responsables d'hôpitaux de districts ont été sélectionnés dans six pays différents d'Afrique de l'Est. Les séminaires théoriques se sont tenus en alternance avec les sessions opératoires et les visites pré- et postopératoires. Les patients ont été examinés et sélectionnés lors de la première journée et les interventions ainsi que les participants répartis dans deux à trois salles d'opération (Tableau 1).

Développement d'une institution locale ou d'un hôpital avec un personnel médical indigène

Certains hôpitaux ont pu être ainsi construits ou organisés pour traiter des patients nécessitant des soins particuliers de chirurgie plastique tels que

Tableau 1 Exemple d'un programme d'enseignement théorique et pratique dans un pays d'Afrique de l'Est.

**EAST AFRICAN RECONSTRUCTIVE SURGERY COURSE
MBARARA UNIVERSITY OF SCIENCE & JINJA HOSPITAL
18-22nd NOVEMBER 2002**

Monday 22nd November

8:00 am - 9:00 am Course introduction
Prof. R. Sauter
Prof D. Montandon
Dr P. Quinodoz

9:00 am - 1:00 pm Patients'examination - Planning for surgery

2:00 pm - 6:00 pm Introduction to Plastic/Reconstructive Surgery Prof. D. Montandon
Principles of wound healing Dr B. Pittet
Principles of wound care Dr B. Pittet
Hypertrophic scars / keloids Dr B. Pittet
Basic suturing-skin flaps, «Z,W,V-Y» plasties Dr P. Quinodoz
Limberg- rotation, advancement flaps Dr P. Quinodoz

Tuesday 23rd November

8:00 am - 10:30 am Congenital malformations- cleft deformities Prof. D. Montandon
Burns / burn contractures Prof. R. Sauter
Hand burns Dr P. Quinodoz

10:30 am - 5:30 pm **Surgery**

Wednesday 24th November

8:00 am - 9:30 am Facial and Maxillo-facial surgery Prof. D. Montandon
A - Facial plastic surgery (soft tissue)
Principles of soft tissue injuries-care-suturing
B - Ectropion / entropion injury - repair /
reconstruction principles: eyelid, nose, lip

8:00 am - 9:30 am Principles of war surgery Dr F. Irmay

10:30 am - 5:30 pm **Surgery**

Thursday 25th November

8:00 am - 10:30 am Flap Surgery - principles and examples Prof. Montandon/
Dr Long/ Dr Pittet

10:30 am - 13:00 pm **Surgery** (free afternoon)

Friday 26th November

8:00 am - 10:00 am Participants examinations

10:00 am - 12:00 am Grand rounds

12:00 am - 1:30 pm Delivery of certificates
Closing

becs de lièvre, séquelles de brûlures, séquelles de noma, etc. Ces hôpitaux comme il en existe au Népal, au Ghana, au Nigeria ont un personnel médical stable avec le plus souvent un chirurgien responsable qui n'est pas un spécialiste mais qui accueille des équipes chirurgicales se succédant à intervalles plus ou moins réguliers.

L'avantage financier de telles institutions paraît évident, car chaque équipe apporte avec elle un certain degré de compétence et de matériel qui réduira considérablement les coûts de traitement.

Le danger vient principalement du fait que ces équipes sont de valeur et de formation très inégales, n'ayant pas toujours conscience des limites de leurs capacités. Le chirurgien responsable d'un de ces hôpitaux nous a même déclaré qu'il s'arrangeait pour cacher des patients lorsqu'il voyait certaines équipes arriver de peur à avoir à assumer les complications en postopératoire. Un autre chirurgien africain nous a écrit récemment que les missions qui venaient opérer dans son hôpital n'étaient pas préparées par des praticiens avertis !

Développement d'institution locale avec un chirurgien plasticien expatrié ou indigène permanent

Cet exemple se retrouve en Ouganda (Professeur R. Sautter), en Zambie (Docteur G. Jovic). Ce type d'organisation nécessite bien sûr un financement important pour payer un salaire et dépend essentiellement de la qualité du chirurgien qui y travaille.

L'organisation américaine « Smiletrain » ne considère pas d'autre action. Avec des critères de sélection des chirurgiens locaux et des règles thérapeutiques très strictes, il semble que ce type d'aide remplisse de façon exemplaire les conditions déontologiques que nous souhaitons voir appliquer pour ces pays. Malheureusement, il est difficile de trouver des chirurgiens indigènes suffisamment bien formés ou d'accord de rentrer dans leur pays après un stage de formation aux États-Unis, ou en Europe.

Le transfert de patients dans un centre européen

Ce type d'action doit être réservé à des cas très sélectionnés, lorsque l'on sait par avance qu'un traitement chirurgical sur place ne pourrait être effectué sans prendre des risques pour le patient par manque d'infrastructure ou parce que de multiples temps opératoires doivent s'échelonner sur plusieurs mois. Il est alors indispensable que les centres qui reçoivent de tels patients soient organisés de façon à ce que la durée des séjours hospitaliers soit limitée dans le temps, c'est-à-dire que l'accueil avant et entre les interventions soit optimal. Il est alors hautement souhaitable qu'entre les interventions, une maison d'accueil soit disponible de façon régulière. De plus, le traitement doit toujours être effectué par des chirurgiens compétents et expérimentés dans la pathologie qui leur est proposée. Après son retour dans son pays, chaque patient nécessite un suivi de longue durée par du personnel médical qui pourra renseigner les chirurgiens sur son devenir.

Ces transferts, certes coûteux, permettent également d'initier les jeunes médecins à des pathologies rares qu'ils n'auraient pratiquement jamais rencontré lors de leur formation.

Dans notre expérience, depuis 20 ans, plus de 300 enfants ont été traités à Genève principalement pour des séquelles de noma mais également pour des séquelles de brûlures graves, de tumeurs et de malformations crânio-faciales inopérables dans leur pays d'origine. Tous ces patients sont

rentrés après des séjours de plus ou moins longue durée. Ils sont suivis pendant plusieurs années après leur retour si cela s'avère nécessaire.

La recherche sur des thèmes et des pathologies affectant le tiers-monde

Des pathologies telles que les chéloïdes, les fentes faciales, les séquelles de brûlures, certaines tumeurs, les ulcères de Buruli, la lèpre, les séquelles de noma sont beaucoup plus fréquentes dans les pays du Sud que chez nous. La recherche étiologique ou thérapeutique peut alors prendre la forme d'une action humanitaire.

À titre d'exemple, grâce au financement d'une fondation privée, notre équipe a pu organiser un groupe de recherche sur l'étiologie du noma (GES-NOMA)(voir article D. Baratti dans ce numéro).

Conclusion

L'action humanitaire en chirurgie plastique peut se manifester de plusieurs façons, et les chirurgiens qui s'y impliquent doivent être particulièrement attentifs à l'objectif poursuivi. Il n'est pas rare de voir des engagements trop ambitieux qui dépassent nettement les capacités médicales ou organisationnelles de leurs protagonistes en oubliant que l'objectif doit répondre à un besoin réel de la population locale.

Dans nos pays occidentaux, nous sommes soumis à de nombreuses règles et règlements et la plupart de nos actions sont guidées par des comités d'éthique. Lorsque l'on considère la chirurgie dite humanitaire, il semble que ces règles éthiques disparaissent et que chacun devient libre de décider sans consultation le bien-fondé de son action.

Nous devons définir certaines règles et les observer. La relation asymétrique qui laisse croire au chirurgien qu'il est le seul expert doit être reconsidérée. À ce propos, le travail du sociologue et philosophe allemand Jürgen Habermas offre un paradigme intéressant qui a inspiré des spécialistes en éducation et pourrait également nous inspirer [5]. Habermas distingue quatre types d'action : l'action stratégique, la normative, la dramaturgique et la communicative (Tableau 2). Très brièvement, l'action stratégique se réfère à une connaissance objective, l'action normative à une connaissance sociale et l'action dramaturgique à des connaissances subjectives. Ces trois types d'action relèvent de l'expertise. Seule l'action communicative prend en considération les trois types de connaissance et engendre une véritable collaboration. L'idée est que lorsqu'un praticien ne se réfère qu'à un seul

Tableau 2 Théorie de l'agir communicationnel inspiré par Jürgen Habermas.

<i>Types d'action</i>	<i>Les savoirs</i>	<i>Prétentions</i>	<i>Relations</i>
Agir stratégique	Le savoir objectif	Expertise scientifique	Pouvoir
Agir normatif	Le savoir social	Expertise morale	Pouvoir
Agir dramaturgique	Le savoir subjectif	Expérience	Pouvoir
Agir communicationnel	Les savoirs objectif, social et subjectif	Partenariat	Validité

type de savoir, la relation avec ses clients est caractérisée par le pouvoir. Il sait mieux ce qui est vrai, ce qui est bon, ce qui marche pour ses clients (ses patients ou ses étudiants). Il ne se remet pas en question. L'action communicative par opposition est tournée vers l'échange, elle remplace la relation de pouvoir par une relation de solidarité.

Cette conceptualisation peut paraître abstraite, mais elle nous encourage à pondérer la nature de

nos intentions lorsque nous considérons un engagement dans l'action humanitaire.

Pour ceux qui s'intéressent aux problèmes liés à l'action humanitaire dans son ensemble et en particulier à l'implication des ONG dans les pays en guerre, la lecture du livre de David Rieff sur la crise de l'humanitaire est capitale [6].

Références

- [1] Nordberg E. Surgical operations in Eastern Africa: a review with conclusions regarding the need for further research. *East African Medical Journal* 1990;67:1-28.
- [2] Montandon D, Pittet B. Chirurgie plastique humanitaire. Expérience personnelle et réflexions. *Ann Chir Plast Esthét* 1999;44(n° 1):27-34.
- [3] The Declaration of Alma-Ata on primary health care. *Journal of Humanitarian Medicine* 2003;III(n° 3):35-6.
- [4] Dupuis CC. Humanitarian missions in the third world: a polite dissent. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:433-5.
- [5] Habermas J. *The inclusion of the Other. Studies in political theory.* MIT Press; 1998.
- [6] Rieff D. *A bed for the night. Humanitarianism in crisis* London, Vintage, 2002.

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®