HUMANITAIRE 2005
UTOPIES ET RÉALITÉS

Dr Michel Istre
Dr René Fritsch

1. GÉNÉRALITÉS

La France *per capita* est en tête du peloton mondial des ONG (840 000 Associations Loi 1901).

De multiples organismes internationaux interviennent : OMS, IAPB (objectif Vision 2020), CBM (Christian Blind Mission), OPC, Fred Hollow Fundation, Orbis, Sight Savers, Club Services :Lion's Club (Sight First), Rotary…

Surtout pour les traitements de masse soutenus par de grands laboratoires (MSD, Pfizer) procurant Ivermectine (onchocercose) ou Zithromax (trachome).

ONG françaises : Africa-Luz, DIOP, Entraide sans Frontières, Ophtalmo sans Frontières, Santebo, SOS Cécité, Voir la Vie.

Fourniture gratuite de consommables (Alcon, LCA, Ioltech, MSD-Chibret, Théa).

Les pays concernés
Classement international en fonction du seuil de pauvreté
En tête Afrique,
Asie (Bengladesh, Inde, Mongolie, Turquie)
Amérique Centrale

2. CONDITIONS DU SOUS-DÉVELOPPEMENT

Facteurs défavorables :

- Linguistiques : multiethnies, découpage politique hérité de la colonisation.
- Climatiques
  Sahel ➶: vent, sable, sécheresse
  Ou au contraire excès d'humidité et de chaleur en zone tropicale humide ou équatoriale.
  Dans tous les cas manque d'eau potable avec comme corollaire le manque d'hygiène.
  Nécessité de la climatisation dans les blocs opératoires (particulièrement préjudiciable au matériel informatique).
  Absence de maintenance du parc immobilier sanitaire issu de la période coloniale.
- Pathologiques
  SIDA
  Maladies endémiques classiques : tuberculose, lèpre, trachome, poliomyélite, tétanos.
  Carences, avitaminoses, goitre.
  Parasitoses : onchocercose, leshmanioses, bilharziose, filarioses.
- Démographiques
  Explosion démographique type Cameroun.
  Sauf en Tunisie, pas de contrôle des naissances.Les campagnes officielles pour le préservatif visent davantage le Sida et non pas le planning familial.
- Politiques et économiques
  « Concussion, prévarication et népotisme sont les 3 mamelles de l'Afrique ».
  Afrique = 1% de PIB mondial pour 800 M d'habitants.
  Les détournements de fonds se font au plus haut niveau : les épouses de plupart des chefs d'état chapeautent les fondations et les ONG….

Les subventions de la communauté internationale s'évanouissent « comme eau dans le sable », de même que les revenus issus de la prospection pétrolière.
Les ponctions douanières sont une source majeure de rentrée de devises et les fonctionnaires mal payés arrondissent leurs fins de mois en prélevant leur part. Bakchich pour dédouanement des conteneurs. Éviter les cartons et les paquets pour éviter les ponctions au passage (tout dans les valises).
Illusion de la médecine gratuite = médecine pauvre pour les pauvres. Seuls 3 à 4% du budget sont destinés à la santé.
Réseau de communication médiocre et enclavement = routes défoncées, pistes, bacs.

- Religieux et sociologiques

  Fatalisme propre aux pays musulmans aggravé par le tempérament africain.
  Le prix de la vie n'a pas la même valeur qu'en occident. La santé est une question secondaire. Poids des tradition : obésité chez les nantis…
  Sexe et machisme.
  Échec global des préservatifs dans la lutte contre le Sida (l'Eglise n'est pas en reste).
  Guinée : 95% de musulmans, 5% de chrétiens sur fond d'animisme latent ➡ persistance de l'influence des marabouts et des médecines traditionnelles.

- Comportementaux

  des fonctionnaires :

  immobilisme, bureaucratie++, culte du parchemin, culte des statistiques biaisées ; pas de résultats à moyen et long terme (syndrome du camembert).

  des médecins :

  - densité médicale très faible (Guinée : 7M d'habitants, 10 ophtalmos guinéens dont 3 opèrent en EEC avec implant).
  - problème de l'interrogatoire, succinct. Diagnostic rapide et sanction symptomatique.
  - faible niveau des Chefs de Service (formés en URSS ou à Cuba) + rétention du savoir
  - immobilisme des ordres des médecins qui, sauf exception, interdisent aux infirmiers spécialisés en ophtalmo d'opérer à globe ouvert.
  - spécialistes concentrés dans les villes : pas d'argent à gagner avec la médecine de brousse qui est « réservée » aux blancs (cf. Maroc).
  - formation à l'IOTA (Bamako) récupérée par le gouvernement malien
    - ↘ ++ du niveau de formation.7 ophtalmos (4 ans), 24 infirmiers (2 ans)
    - ↗ ++ du prix des études

  de la médecine traditionnelle

  tradipraticiens continuent à pratiquer ++ en toute quiétude
  vente sauvage des médicaments (détournés ou contrefaits) sur les marchés.

beaucoup d'argent dépensé (cf. lutte contre le sida) beaucoup d'hôpitaux construits ou rénovés beaucoup de matériel neuf ou recyclé distribué mais peu ou pas de ressources humaines

- Environnementaux

  L'écologie est un luxe de pays riches :
  Envahissements par les déchets plastiques, les carcasses de voitures
  Abattage sauvage des arbres pour le chauffage et la cuisine traditionnelle (charbon de bois) indépendamment des coupes industrielles de bois précieux qui concourent à la désertification.

- Effets pervers de la mondialisation
  Incitation à la consommation par la publicité et les séries télévisées : automobiles, téléphones portables…Or 95% de la population a un revenu mensuel de 15 à 100 € par mois (surtout en zone rurale).

3. PATHOLOGIES RENCONTRÉES

50% des pathologies sont curables

- Cataractes +++
  De tous types : congénitales et adultes, préséniles ++, blanches, morganiennes, régressives, subluxées, pseudo-exfoliatives ++, avec loi d'anticipation.
- Glaucomes++
  10% sont associés à une cataracte
  le tonus n'et pas mesuré systématiquement par les infirmiers (ou à la rigueur au doigt).
  Fréquence ++
  Énormément de GPA au stade terminal chez des adultes jeunes avec AO en chaudron et élévation considérable du TO. À l'inverse, on rencontre également des glaucomes à basse tension. Il est donc important de vérifier systématiquement le tonus chez chaque consultant, même jeune.
- trachome et ses séquelles (trichiasis opérés par les infirmiers)
- ptérygions, souvent géants et à la fois internes et externes
- troubles de la réfraction : myopies fortes ; pas de contrôle scolaire.
  Infirmiers non formés à la réfraction : syndrome de l'autoréfractomètre.

S'y ajoutent

- conjonctivites purulentes
- Kérato-conjonctivites allergiques
- kératites : KPS, abcès de cornée, kératites interstitielles
- uvéites
- tumeurs diverses (enfants, stade tardif). Services radio souvent médiocres.
- dacryocystites
- rétinopathies héréditaires ou acquises, décollement de rétine, Sida
- atteintes du nerf optique (atrophies optiques d'origine indéterminée))
- traumatismes++ (plaies perforantes par épineux ou branche, jeux d'enfants, agressions).
- lèpre et onchocercose en régression (grâce aux traitements de masse)

4. LOGISTIQUE

Présence sur place indispensable de logisticiens blancs compétents : ONG adéquates (OSF, Voir la Vie, Africa-Luz, Jérémi)

- Entretien du matériel
- Gestion des consommables
- Participation aux salaires des infirmiers
- Parc automobile = gouffre financier à cause mauvais état des routes et des pistes, laxisme, piratage des véhicules par les chauffeurs hors mission.

Autosuffisance financière possible si pack opératoire (Cameroun) de 30 000 CFA (45 €) pour une cataracte et 1000 CFA (1,50 €) par consultation. (possible seulement au Cameroun et en Guinée)

5. BESOINS EN MATÉRIEL D'EXAMEN

En amont : Matériel d'occasion mais en état de marche ++ (sinon syndrome de la housse)
Presque tout est recyclable et peut repartir pour une nouvelle jeunesse (en particulier après la retraite). Eviter le matériel inadéquat ou trop sophistiqué.

Besoins

- LAF avec tonomètre de Goldmann : Haag-Streit++, mais aussi équivalents (Takagi, Topcon, Nidek) avec ampoules et fusibles de rechange. Tonomètre de Schiotz.
- Javal (ampoules et fusibles de rechange idem)
- table élévatoire ou à translation (pas de table tournante type Gyrolette, trop lourd, trop fragile)
- boîtes de verres, montures d'essai.
- échelles d'acuité ou projecteur de test (tests simples pour illettrés)
- ophtalmoscopes, skiascopes (ne pas oublier les piles)
- règles à skiascopie. Ne savent pas faire de réfraction ➡ friands de l'autoréfractomètre.
- V3M, lentille de Volk, mais le plus souvent ne savent pas s'en servir : même les génies de l'opération de la cataracte ignorent ce qu'il y derrière le cristallin.
- frontofocomètres
- biomètre (si Javal disponible)
- tabourets ++ (tournants et réglables en hauteur)
- trousses à outils ++, rallonges, fils électriques, sucres…

6. BESOINS EN MATÉRIEL OPÉRATOIRE

SITES OPÉRATOIRES

- blocs opératoires
  - mobile (camion, avion) donc exigu mais en général bien équipé
  - fixe (hôpital local ou dispensaire) état le plus souvent douteux (à rénover aux frais de l'ONG !). Souvent encombré de cartons et stocks divers (syndrome de l'écureuil)
- tables d'opération = en général tables de chirurgie réformées, mal adaptées. Idéal = fauteuil dentaire ou table roulante réglable en hauteur avec appui-tête.
- siège opérateur : idéal siège réglable en hauteur avec dossier pour opérer plusieurs heures d'affilée.
- climatisation nécessaire ++, mais sous condition d'alimentation électrique (réseau ou groupe)
  - attention au matériel électronique qui souffre ++ de la clim intermittente ➡ condensation ++
- groupes électrogènes
  - problèmes d'alimentation en carburant
  - souvent insuffisants pour la clim
  - souvent en panne (vérifier leur fonctionnement sans attendre une coupure du réseau)
  - prévoir lampe de poche ou projecteur à pile ou à accus
- asepsie pose problème car conditions de fortune (mais peu de maladies nosocomiales, patients résistants et immunisés). Penser à l'eau de Javel.
  - pratiquement jamais d'eau stérile pour le lavage des mains
  - lavabos de fortune : bidon d'eau aseptisée, apporter savon, brosses, Bétadine
  - formol + sac poubelle pour stériliser la tête du microscope

ÉQUIPEMENTS DU BLOC

- microscope (avec onduleur) = clé de voûte du système
  - le plus souvent de récupération
  - préférer les modèles simples et robustes : type Takagi OM5, ScanOptics SO-111, si possible rétro-illumination
  - le plus souvent bons et fiables
  - éviter les engins sophistiqués : mise au point et zoom manuels
  - éviter XY, trop de pédales et électronique (clim)
  - oculaire assistant utile pour la formation

- boîtes d'instruments standard cataracte + glaucome (sur tapis de silicone).
  - ne pas oublier qq. instruments fort utiles : crochet de Sinskey, spatule à vitré de Barraquer, anse de Snellen.
- stérilisation
  - eau distillée, Anios pour trempage, nettoyage et décontamination des instruments.
  - Poupinel ou Statim (mais pb eau distillée pour Statim)
  - autoclave pour champs et sarraux.

CONSOMMABLES (syndrome du cadenas)

- collyres : on trouve sur place l'essentiel, en vente dans dispensaires ou pharmacies de ville
  - antiglaucomateux : ß-bloquants, Trusopt, Cosopt, Latanaprost et similaires
  - antihistaminiques, antiviraux, Diamox
  - produits diagnostic : Fluorescéine, Goniosol, mydriatiques
- sérum physiologique (BSS ?)
- champs, sarraux, calots, surbottes lavables et stérilisables (si autoclave, sinon packs type Alcon, mais problème de volume)
- sutures 10/0 nylon & vicryl 7/0 & 4/0 ou 5/0 pour fil tracteur et les paupières
- thermocautères à pile (trabéculectomie, ptérygions)
- aiguilles rétrobulbaires, sous-conjonctivales
- microsponges++ (vitrectomie !)
- lames de rasoir (mais couteaux jetables disponibles ++)
- implants de sulcus Ø haptique 12,5 mm à 13,5mm ø optique 6,5 à 7.0 disponibles au prix de 5 à 10 $ (Fred Hollow, Aurolab, Shah Shah)
- visqueux HPMC suffisant. Problèmes de rupture de la chaine du froid avec l'acide hyaluronique ➔Iogel conseillé
- coques plastiques transparentes
- kit à cataracte Aurolab
  Le kit pour 5 cataractes = 70 US $ (soit 14 $ par cataracte = 12 € = 80 Frs)
- lunettes (+1,50 à +400 et +10,00 à +13,00)

7. PROTOCOLES OPÉRATOIRES

- anesthésie
  - locale + benzodiazépine par infirmier / patients en général très calmes et coopératifs / même chez les enfants, la locale est parfois possible dès 12 ans.
  - quelques fois générale (très jeunes enfants, cataractes congénitales) par infirmier anesthésiste : Kétalar + Diprivan / pas d'intubation ➔ risque vital !

- cataracte (en règle EEC manuelle + ICP)
  - rapidité car la pupille se resserre vite chez le noir
  - Diamox préalable conseillé
  - capsulorhexis rarement possible (cat. hypermûres, pas de lueur pupillaire, utilisation du bleu Trypan)
  - capsulotomie en timbre-poste ou aux ciseaux, hydrodissection, extraction du noyau pression-contrepression, lavage des masses en double-courant, implant à anses souples, sutures 4/5 pts séparés ou surjet, s/conj antibiotique + dexaméthasone ou Sterdex.
- glaucome : trabéculectomie de Cairns classique en sachant que les fistules ont plus tendance à se boucher chez le noir ➔ ablation du tissu épiscléral.
- trichiasis confiés aux infirmiers : Trabut ou rotation bilamellaire.
- ptérygions : greffe quasi de règle car volumineux et tendance à la récidive ++ (greffon conjonctival prélevé dans le fornix sup. controlatéral ou par rotation).

8. HOSPITALISATION

- les patients viennent souvent de loin
- ambulatoire en extérieur (jardins !) si aucune infrastructure (bloc opératoire mobile)
- dispensaire ou hôpital (privé ou public) mais même dans ce cas pas de service d'hôtellerie : la famille s'occupe du couchage et de la nourriture du patient.

9. LOGEMENT DES MISSIONNAIRES

- Transport aérien jusqu'au lieu de mission : variable suivant les organismes, souvent non pris en charge
- Acheminement (souvent en 4 x 4) jusqu'au site opératoire
- Généralement prise en charge totale sur place (hébergement, nourriture, transport local) soit en hôtel, soit en maison ou villa avec parfois chauffeur et cuisinier, soit en pension chez un résident (expatrié) , soit sous la tente.

10. CONCLUSION

- Souplesse d'adaptation aux conditions ± précaires, au climat, à la nourriture
- Travail en équipe : consultant + opérateur
- Caractéristiques de la « clientèle » : milieu rural, pauvreté, patience, résistant à la souffrance
- Reconnaissance des patients souvent discrète, variable suivant les ethnies et les cultures, mais toujours émouvante
- Carence des ophtalmos locaux (quand il y en a) installés dans les grandes villes (125 à Casablanca e sa banlieue / 8 dans tout le Sud Marocain)
- Rechercher parmi les infirmiers locaux, les élites à former (éventuellement en les soutenant financièrement)
  - sont souvent sous-employés et mal formés
  - mais sont toujours très dévoués avec une soif d'apprendre et ne rechignant pas à faire des heures supplémentaires.

Raisons d'espérer :

Le but n'est pas de réaliser des exploits du type « safari cataracte », mais de :

1. s'intégrer dans des campagnes de dépistage
2. former des élites locales : infirmiers en particulier, recyclage des médecins
3. les motiver, les valoriser
4. leur inculquer la rigueur.

L'humanitaire est un exotisme gratifiant qui permet d'aborder des pays et des cultures en dehors du tourisme traditionnel.