

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Du jeudi 23 Février 2017

De 14 h à 18h

Locaux de la Guilde

7 Rue Pasquier 75008

Présents :

Daniel TALLARD, Claude HUGUET, Gérard PASCAL, Jean-Luc MOULY, Alain LE DUC, Xavier POULIQUEN, Jean-Pierre LECHAUX, Sylvain TERVER, Stratis MALIAKAS, Jean-Michel MURRAY, Philippe OBERLIN, Bernard GARIN, Michel VEYRIERES, Gilles PARMENTIER, Alain LACHAND, Philippe MARRE, Annie GUET

Excusés :

Stéphan BRETONES, Monique CARREAU, Daniel GAUJOUX, Philippe MANOLI.

Vu la durée exceptionnelle de ce conseil d'administration qui ne pouvait se dérouler à la MDA 8, les locaux de la Guilde nous ont été gracieusement ouverts.

Des participants ponctuels étant présents pour ce CA extraordinaire, un tour de table de présentation est réalisé en début de séance.

Cette réunion était particulière car elle faisait suite aux remises en question issues de la réunion précédente et il avait semblé nécessaire de faire le point, au terme de 12 années de fonctionnement de notre association, pour se projeter dans l'avenir et s'adapter aux changements de l'action de l'humanitaire liés aux évolutions des conditions locales des pays en développement.

L'évaluation de la portée de nos actions est indispensable pour Chirurgie Solidaire et son orientation d'avenir.

Vie associative

➤ **Congrès AFC 2017**

Chirurgie Solidaire a, cette année encore, été sollicitée pour animer la session humanitaire du congrès de chirurgie. Celle-ci se déroulera le vendredi 29 septembre de 11h à 12h30 et nous serons présents sur un stand du village associatif pour la durée du congrès.

Le programme de la séance, qui doit être transmis avant le 30 avril, est à mettre en place et les intervenants sont à trouver.

Ce point sera à l'ordre du jour du prochain CA.

A noter que le 20 décembre, de 14h30 à 17h, lors de la session annuelle de l'Académie de Chirurgie, Chirurgie Solidaire interviendra dans le cadre de la chirurgie humanitaire.

Un programme et des intervenants, dont Alain LE DUC, Gérard PASCAL et Jean-Pierre LECHAUX, ont été proposés.

➤ **Newsletter du 1^{er} trimestre**

La newsletter doit être finalisée fin mars.

Elle comprendra le mot du Président et la page d'actualités sera alimentée par un article de Jean-Luc MOULY sur la synthèse de la réunion de ce jour, l'annonce du congrès de Chirurgie et de la session à l'Académie de Chirurgie.

Gérard PASCAL va transmettre un article sur « la Chirurgie Humanitaire à l'aube du XXI^{ème} siècle » pour la page n°2

Le deuxième volet de la mission d'octobre à Antananarivo, a été fourni par Philippe MANOLI pour la rubrique « missions ». L'autre article sur les missions reste à trouver.

➤ **BIP Humanitaire**

Cette association partenaire nous invite le mercredi 1^{er} mars de 9h à 11h30, à sa séance sur le thème : « la logistique des bonnes intentions », animée par son président Pierre GILLET-LEGRAND, lors du séminaire Economie au Collège des Bernardins.

➤ **Don**

Un don de 500 € renouvelable annuellement, a eu lieu de la part du Rotary Club de Saint Gratien.

Missions

➤ **Laos**

Daniel Tallard a rencontré monsieur Phot SOUPHOCHN PHROMMANIVONGS, ingénieur biomédical d'origine laotienne travaillant en France, afin de lui parler de nos difficultés d'implantation dans les hôpitaux de Thakhek et Luang Prabang.

Il a demandé qu'on lui fournisse une lettre d'intention qu'il transmettra aux autorités locales et suggère que l'on refasse une mission exploratoire à Thakhek pour prendre contact, avec le nouveau directeur.

A noter que, par un autre biais, nous savons que cet hôpital, suite au changement de direction, est très demandeur de notre venue ce qui nous pousse à ne pas abandonner malgré les lourdeurs administratives.

➤ **Madagascar**

- Antsiranana

Une nouvelle mission, menée par Daniel GAUJOUX va avoir lieu en juin.

- Antsirabe

Une mission avec David LECHAUX peut être envisagée

- Antananarivo

Une mission de 15 jours, dont les dates sont à définir, est prévue au CHU.

➤ **Cap Vert**

Mission pour Praia et Mindélo en cours de formalisation.

Reste à trouver une nouvelle personne lusophone pour faciliter les entretiens et rencontres, l'infirmière pressentie jusqu'alors n'étant plus en mesure de se joindre à l'équipe.

➤ **Congo Brazzaville**

Mission prévue à Nkayi et exploration à Dolisie en avril avec Daniel GAUJOUX

➤ **Cameroun**

Philippe OBERLIN a rencontré le curé qui occupe la fonction de directeur à l'hôpital de Pouma. A ses dires, la situation dans cet hôpital n'est pas aussi critique qu'on aurait pu le penser, mais les informations ne concordent pas avec celles des personnels sur place. Néanmoins, Pierre N'SONGOO aurait besoin d'une formation plus étendue à la chirurgie gynécologique et Fanny serait à former à la chirurgie de base, formation dont elle est très demandeuse et qui serait utile pour le fonctionnement de cet hôpital, d'autant qu'elle en a les compétences.

Une nouvelle mission devrait pouvoir être envisagée.

➤ **Guinée**

Suite à la mise en place d'un DIU d'uro-gynécologie et de réparation pelvienne, la mission d'enseignement dispensé à Conakry par Stéphan BRETONES et Georges MELLIER a été un succès (Cf compte-rendu transmis)

En parallèle, cette mission a permis de raisonner sur la préparation d'un DU ou DIU de coelioscopie.

Le CHU de Donka à Conakry, fermé pendant deux ans pour travaux, devrait être équipé à sa réouverture du matériel de laparoscopie. Une formation diplômante pourrait être mise en place dès l'équipement effectif ; formation pratique et théorique sur le modèle de ce qui a été fait avec Chirurgie Solidaire à Bamako.

Dans cette attente les chirurgiens désireux de maintenir leur niveau de connaissance de cette technique pourraient être accueillis, en tant qu'observateurs, au sein des Hospices Civils de Lyon dans le cadre de la convention entre les HCL et le CHU de Conakry ou bénéficier d'un stage à l'hôpital du Point G de Bamako ou au Maroc.

Evolutions et perspectives d'avenir de Chirurgie Solidaire

Une synthèse des diverses interrogations et réflexions transmises a été réalisée et le débat s'orientera sur les trois types de missions que nous assumons aujourd'hui afin d'identifier les spécificités de chacune, analyser l'état présent, les forces et les faiblesses et en ressortir les améliorations ou orientations à apporter.

➤ **La chirurgie de base**

La chirurgie de base s'adresse à des chirurgiens isolés, souvent médecins qui n'ont pas ou peu de formation chirurgicale et qui souhaitent améliorer leurs pratiques.

Nous adaptions les formations aux moyens sur place, mais l'absence d'anesthésie performante, de stérilisation efficace et de matériel adapté limitent les pratiques.

Ce type de mission doit-il continuer ou doit-on en modifier les conditions ?

Cette question lance le débat.

Claude HUGUET pense que ce principe de la chirurgie de base par compagnonnage doit être maintenu, mais qu'il est temps, après quelques années de fonctionnement d'évaluer nos actions pour savoir si les structures dans lesquelles les missions ont été effectuées ont réellement bénéficié de nos interventions. L'évaluation est difficile à faire et il y a probablement beaucoup de déception à attendre, cela ne veut pas dire qu'il faille abandonner, loin de là, mais peut-être modifier l'organigramme et surtout la répétition des missions car, il est bien évident que des missions une fois ou deux fois par an laissent à penser que cela ne sert à rien.

Si l'on souhaite une efficacité, il faut répéter les missions plus souvent.

D'accord avec cette analyse, Jean-Luc MOULY (JLM) rajoute que la déception vient aussi du fait que nos formations ne soient pas qualifiantes.

Dans les hôpitaux où il y a des chirurgiens en titre, qui savent faire la chirurgie de base et que l'on peut faire évoluer, il n'y a pas de problème, mais dans les hôpitaux où des médecins généralistes sont formés à la chirurgie, certes leur technicité évolue mais avec le développement des pays africains et des universités ils sont à la merci de chirurgiens qualifiés qui un jour prendront leur place. Doit-on continuer à faire « rêver » cette catégorie de personnes qui n'est pas universitairement qualifiée et qui avec le temps n'aura plus sa place, même si cela permet actuellement une meilleure prise en charge de la population ? C'est frustrant pour eux et pour nous également.

Pour ces médecins, Sylvain TERVER précise qu'il y a un certain nombre de pays qui décident d'en faire des chirurgiens de district, dont la fonction est de ne faire que de la chirurgie essentielle. Là, Chirurgie Solidaire y a bien entendu sa place.

Michel VEYRIERES rappelle quant à lui, qu'il y a tous les ans dans le monde, des millions de personnes qui pourraient être sauvées par une chirurgie de base.

Ceci étant, lorsqu'une mission se termine, tout laisse à penser qu'il ne se passe plus rien après notre départ et se pose la question de savoir s'il ne faut pas, au-delà de l'évaluation, revoir différemment ce que nous faisons aujourd'hui.

Bernard GARIN (BG), pense également qu'il ne faut pas abandonner ce type de formation, mais que la faire progresser dépend aussi de la présence de matériel sur place : autoclave, bistouri électrique, respirateur, sonde d'intubation etc...et que, lors des formations, une collaboration des hôpitaux isolés avec des hôpitaux de la région, mieux structurés, pourrait être positive.

Le fait que ces formations pour les médecins généralistes ne soient pas qualifiantes lui semble un frein à la motivation à se former, qui les pousse à se cantonner dans ce qu'ils savent faire, sans désir d'aller au-delà

Gérard PASCAL souhaite voir de façon plus générale nos actions de formation à la chirurgie de base et à la chirurgie générale, en Afrique de l'Ouest où se déroulent majoritairement nos missions, et avoir une approche globale de l'humanitaire, dans des contextes souvent difficiles.

Chaque site a ses spécificités et on ne peut pas dire qu'à tel endroit ça va marcher et pas à tel autre, il faut donc rester sur un principe général d'autant qu'il y a des endroits où les résultats ont été formidables.

Notre but est de former des formateurs, que ce soit un médecin ou un chirurgien, on est là pour rendre service à la population et peu importe le reste.

Il est très difficile d'évaluer le résultat de nos actions de façon concrète et l'intervention d'auditeurs extérieurs n'est pas financièrement envisageable.

Le continent africain a un futur et est en train de se développer, un certain nombre de pays auront besoin de nos services dans le cadre de formations non universitaires, d'autres pas, mais il faut que l'on s'inscrive dans le développement à venir de l'Afrique.

Cependant, il faut que les personnes soient en capacité de former et actuellement, les chirurgiens occidentaux se trouvent dans l'incapacité d'avoir une relève et des personnes capables de s'adapter à un milieu extrêmement précaire et faire des chirurgies générales dont les techniques ne sont plus enseignées car plus d'actualité en France.

Ce point fondamental devrait amener une discussion sur la formation des chirurgiens de terrain.

Jean-Pierre LECHAUX souligne que depuis son origine, la vocation de l'Association est de former à la chirurgie essentielle et que dans ce cadre, des manuels destinés

à la chirurgie simple en milieu précaire ont été élaborés parallèlement aux formations de terrain.

Il est certes difficile d'évaluer les résultats, mais des exemples montrent leur positivité, tel ce médecin qui, formé à la Charité Maternelle de Goma est actuellement en stage à Robert Debré où il fait fonction d'interne et sera à son retour chirurgien dans cette région de la RDC où il n'y a que 6 chirurgiens pour 6 000 000 d'habitants.

Il faut rappeler que, selon le rapport de la commission du Lancet sur la « Global Surgery 2030 », plus de 16 millions de personnes sont décédées en 2010 par insuffisance ou absence de chirurgie et que 2 milliards d'individus dans le monde n'ont pas accès à la chirurgie.

Il y a des pays et des populations cibles pour nos missions.

Stratis MALIAKAS qui rappelle son expérience au Togo, rajoute qu'il faut aussi sélectionner les structures et qu'en fonction des besoins locaux les équipes pourraient, par la présence de spécialistes devenir pluridisciplinaires.

Xavier POULIQUEN (XP) fait part de sa réflexion :

- Les besoins locaux ont-ils évolués depuis 12 ans en Afrique ?

Malgré les chiffres ci-dessus évoqués, il semble que nous partions sur la fausse idée que l'Afrique s'est améliorée en matière de qualité de la chirurgie de base.

Les chiffres parlent et prouvent qu'il n'y a jamais eu autant de morts dans le monde, et notamment en Afrique sub-saharienne, par manque de soins chirurgicaux de base et de bons soins. Même si la chirurgie spécialisée se développe, espérons aussi grâce à nos actions au Mali et à Madagascar entre autres, mais essentiellement dans les CHU et quelques hôpitaux privilégiés, à l'opposé l'Afrique s'appauvrit. L'absence de formation et de chirurgie de base de qualité reste le point noir générateur de mortalité devant lequel les universités locales calquées sur les universités des pays riches restent désemparées faute de moyens humains (3 chirurgiens au Burundi par exemple).

Les activités para médicales s'adressent à des personnes peu ou pas diplômées. L'investissement prioritaire doit être dans la rigueur du travail infirmier : hygiène, asepsie, organisation du bloc opératoire avant même celui du chirurgien.

Il faut inverser notre tendance à penser :

Ce n'est pas avec les chirurgies spécialisées qu'on aura encore besoin longtemps de nous, car cela relève des universitaires locaux qui ne demandent qu'à s'y engager, ce qui ne veut pas dire qu'il faille nous désengager de cette formation tant qu'on nous la demande. Par contre, c'est en chirurgie essentielle qu'on aura besoin longtemps de nous si nous pouvons encore répondre à la demande et c'est là notre véritable problème, réalité qu'il ne faut pas se cacher. Nous perdons, peut-être plus encore que les universitaires africains notre capacité à former à une chirurgie de base adaptée aux contextes locaux et que nous n'apprenons, ni ne pratiquons plus en France. Ceci est surtout vrai pour nos chirurgiens et peut-être également pour nos anesthésistes et infirmiers de bloc qui ont de plus en plus de mal à se démarquer de l'exercice sophistiqué qu'ils connaissent.

Dire qu'ils n'ont plus besoin de nous, ni de chirurgie essentielle est une contre vérité, tout comme penser que leurs universités sont prêtes à y pourvoir. Si nous n'y allons plus ce sera parce que nous ne sommes plus capables, ni motivés pour ce type de transmission.

- Quel service rendons-nous aux Pays ?

Cela vaut-il la peine de continuer ? Nous avons parlé des difficultés d'évaluation et des variations énormes d'un pays à l'autre mais la réponse est oui, oui si nous avons fait un réel transfert de compétences répondant aux besoins locaux, ce qui dépend

de nous et de notre capacité à nous adapter et si les personnels formés n'ont pas quitté le pays

Comment évaluer ?

- Par des statistiques de morbi mortalité qui ne sont valables que si, comme à Réma, on constate que le taux de mortalité des césariennes est passé à 0‰ suite aux formations de GSF et CS.

- Sur des critères d'activité globale, comme lorsque l'on voit qu'un hôpital qui ne faisait aucune césarienne parce que le « chirurgien » n'était pas à améliorer mais devait être intégralement formé, prend désormais en charge les césariennes.

- En voyant si des formations en interne ont été mises en place.

- En contrôlant l'amélioration de la stérilité du matériel

- Nouveaux gestes chirurgicaux qui n'étaient jamais faits auparavant

- Evaluation par les séances de restitution faites avec nos partenaires à la fin de la mission et avec le responsable de mission et le correspondant local afin de rectifier les objectifs avant d'y retourner.

L'évaluation c'est aussi se questionner sur nos compétences. Il faut améliorer le service rendu en nous améliorant nous-mêmes sur le plan des compétences, de notre pédagogie et de notre adaptabilité aux missions qui sont les plus difficiles.

XP insiste sur l'importance du rôle, au-delà de celui du chirurgien, de l'anesthésiste et particulièrement de celui des IBODE dont on tend à parler peu.

JLM pose deux questions fondamentales : quelles sont nos forces ? Que peut-on faire ?

Après avoir travaillé lors d'une mission, une semaine sur la santé publique au Ministère de la Santé du Burundi pour que les hôpitaux puissent être formés, on s'aperçoit que le rôle des états, quoi que nous fassions est premier. Il ne faut pas prendre sa place.

On est obligé de constater qu'il y a des endroits où l'on ne pourra pas dire que ça va bien, mais il faudra essayer de dire qu'est-ce que l'on peut faire ?

Conclusion de ces échanges concernant la formation à la chirurgie de base.

Faut-il continuer à s'investir dans ce domaine ?

Les expériences exprimées de chacun, poussent à répondre que oui, même si les médecins que l'on forme n'auront pas de reconnaissance universitaire.

Cette formation à la chirurgie de base est nécessaire dans la mesure où l'on sert la population. Les besoins, les lieux, et les structures doivent être ciblés, sans dispersion et de façon active. Le but de Chirurgie Solidaire reste ce qui a été sa raison d'être : « former pour soigner » et former des formateurs locaux.

Pour que ces actions soient réalisables il faut qu'il y ait une volonté politique et locale. Cette volonté est aussi liée à la reconnaissance universitaire des acquis des personnes formées. Il serait idéal que les universités créent un cursus spécial pour les médecins que nous formons à la chirurgie.

Nous devons mettre en place un système d'évaluation efficace pour les structures, les personnes formées, nos programmes et nous même formateurs.

Des organismes auditeurs pourraient être contactés, mais cela représente une charge financière non négligeable pour l'Association et ces évaluations sont plus du rôle des acteurs que de personnes extérieures.

De simples constats des courbes de mortalité, de l'activité globale, des contrôles de qualité etc... sont déjà en soit des évaluations objectives pour juger de la qualité de nos actions.

Les documents d'évaluation existants sont à réadapter pour faire valoir le déroulement de la mission, les perspectives sur des critères très précis et doivent être analysés lorsque restitués.

Cette analyse doit être réalisée par chaque responsable de mission et des réunions régulières les regroupant permettront de décider de la poursuite ou non de certaines de ces missions et d'apprécier notre efficacité ou non.

La vocation de Chirurgie Solidaire n'est pas d'apporter du matériel et ce point reste valide, car l'apport de matériel peut devenir la motivation première des demandes de formation, tant l'assistanat africain est sans limite. Il faut rendre les pays auto responsables de leur fourniture de matériel, ne pas les rendre dépendants, les moyens y sont, c'est une question de volonté.

Il est bien évidemment possible, ponctuellement et dans des cas particuliers de déroger à cette règle pour l'apport de petit matériel ou pour le bon déroulement d'une mission.

Une question primordiale reste posée pour l'avenir de Chirurgie Solidaire :

Est-on encore capables de faire la formation en chirurgie de base réservée à des chirurgiens généralistes ?

Il faudra trouver des chirurgiens capables d'enseigner une chirurgie qui n'est plus pratiquée ni enseignée en France. Cela reposera donc sur le recrutement de chirurgiens généralistes, essentiellement retraités, qui auront pratiqué ces techniques mais qui à terme n'assureront plus de missions.

➤ **DU de spécialité**

Ces missions se déroulent à l'opposé des missions précédentes, dans des hôpitaux relativement bien équipés, s'adressent à des personnes très motivées qui sont déjà chirurgiens et débouchent sur un diplôme universitaire.

Le but de ces missions est que les enseignés étendent leurs techniques et deviennent des enseignants.

Alain LE DUC rappelle que la première tentative de ce type, en uro gynécologie s'est déroulée au Mali, à Bamako et a été interrompue en raison des conflits.

En République Démocratique du Congo, l'ONU s'engageait à financer intégralement le projet intégralement pendant deux ans, mais malgré les relances, les universitaires n'ont pas fourni les dossiers.

Au Tchad à l'hôpital du Bon Samaritain où se situe la faculté de médecine Teilhard De Chardin des formations sont parrainées par des jésuites, et reconnues officiellement par les autorités. Il se pourrait cependant que cette situation ne soit pas appelée à perdurer, car considérée à part et à cause du manque d'intérêt ressenti des officiels dans ce domaine. Le diplôme existe, mais il semble qu'il ne soit que toléré, les dossiers issus des instituts privés, lors de la sélection nationale, étant peu pris en compte.

Des missions universitaires ont été réalisées avec succès, par Stéphan BRETONES et Georges MELLIER en Ethiopie, à Gondar et la reproduction de ce qui y a été fait est en cours à Jimma et à Conakry en Guinée.

Ces missions universitaires sont gratifiantes pour Chirurgie Solidaire et bien que marginales et très personne dépendantes, puisque seuls deux d'entre nous y participent, nous ne les finançons pas, et elles peuvent s'ouvrir sur une demande universitaire à d'autres formations, comme il semble pouvoir être le cas en Guinée pour la formation à la coelio chirurgie.

Les universitaires ne sont pas intéressés pour former à la chirurgie de base. Ils veulent bien entrer dans un programme dont ils seront à la tête, pour obtenir des subsides, mais ce n'est pas eux qui iront sur le terrain.

Si les facultés nous demandent, il ne faut pas refuser et ne pas hésiter à s'y engager, mais les demandes doivent être clairement exprimées.

➤ **Formation à la coeliochirurgie**

Ces demandes sont en forte hausse, les pays commençant à être équipés.

On connaît ses avantages mais l'inconvénient est qu'elle nécessite un matériel onéreux et une maintenance exigeante et rigoureuse.

Les missions peuvent être réalisées par de jeunes chirurgiens et le compagnonnage de cette chirurgie moins « confidentielle » est plus aisée grâce aux écrans des moniteurs et aux outils pédagogiques que nous possédons.

Ce qui a été fait au Mali doit nous servir de modèle et nous espérons que nous arriverons à obtenir que le CHU d'Antananarivo devienne aussi un centre de formation à cette technique.

JLM rappelle que lorsqu'il est arrivé à Chirurgie Solidaire en 2004, après avoir participé à 4 ans de formation à la coelio à Bamako, le programme était presque terminé. Quand un pays le veut, que l'équipe chirurgicale locale le souhaite c'est possible.

Quelques freins ?

- Le recrutement

Il n'est pas facile, essentiellement dans ces pays, de faire accepter aux gens de ne pas avoir « le ventre ouvert », mais c'est aussi un bon moyen diagnostique en l'absence de scanner, d'échographie etc...

- Le coût

Pour le patient, le coût n'est pas supérieur puisque ce sera le même carton à acheter, avec d'ailleurs souvent des ligatures en moins.

La diminution du temps d'hospitalisation peut être un frein dans certaines structures, mais au Mali ça n'a posé aucun problème.

La colonne peut être trouvée, si la motivation est réelle, comme celle de Bamako qui a été payée par l'ambassade de France.

Il faut cependant être vigilant quant à une chirurgie à deux vitesses, les conditions étant davantage réunies dans des zones urbaines et dans des districts un peu plus structurés. Les centres qui sont faits pour drainer un important bassin de population sont adaptés.

Il est souhaitable que nous nous rapprochions des universités pour participer à des programmes de formation comme ça semble pouvoir être le cas en Guinée

Gilles PARMENTIER rappelle que pour aller dans le sens de la coelioscopie, il faut qu'elle ait lieu dans un centre hospitalier, dans les CHU, car en parallèle à l'acte chirurgical, il y a un acte anesthésique qui est relativement complexe avec des complications possibles extrêmement délétères pour le patient si on ne prend pas suffisamment de précautions, si l'on n'est pas formé, si l'on ne connaît pas les complications qui peuvent survenir.

C'est aussi un élément essentiel de reformation à l'anesthésie générale, l'intubation trachéale, la ventilation artificielle, le contrôle de la saturation en CO², la surveillance de l'hémodynamique.

Pour l'instant, dans ces pays il y a des chirurgiens qui ont été formés à l'étranger et qui voudraient bien réapprendre et pratiquer, mais il n'est pas envisageable de faire de la coelio chirurgie là où l'anesthésie est déficiente en équipement et en compétence.

L'éventualité de vidéo chirurgie permet d'évaluer le niveau de l'anesthésie en termes de sécurité, de suivi post opératoire et de reformer à la sécurité, au maniement des médicaments dont ils disposent et auxquels il est important que nous nous adaptions. En tout cas, dans les petits centres qui ne sont toujours pas au niveau d'une anesthésie générale bien prise en charge il ne faut surtout pas s'engager car nous risquons la catastrophe, pour eux et pour nous.

Le questionnaire de mission exploratoire permet de juger des capacités de cette prise en charge, tel cela a été fait au CHU d'Antananarivo et au Cap Vert où nous nous sommes engagés.

Il serait utile de formaliser les pré requis de l'anesthésie. Ce qui concerne la transfusion est répertorié dans le questionnaire exploratoire, c'est un prérequis non rédhibitoire mais important à connaître.

Il y a des limites structurelles à cette technique spécialisée, tout comme ce qui concerne la chirurgie orthopédique chirurgicale avancée avec ostéosynthèse pour laquelle il n'est pas question de former dans un hôpital qui ne maîtrise pas parfaitement l'asepsie et la stérilisation.

Conclusion

Les demandes se multiplient et le succès obtenu au Mali nous pousse à continuer dans cette voie, dans des conditions de sécurité correctes, en se rapprochant si possible des centres universitaires ou dans des hôpitaux de bonne tenue qui peuvent drainer des malades d'un bassin de population important et des chirurgiens d'autres sites qui viendraient se former dans l'hôpital référent.

➤ **Débat autour des réflexions et réponse aux questions posées en amont de la réunion**

- La place des IBODE à Chirurgie Solidaire (Annie GUET).

Comme l'a exprimé XP précédemment, on parle peu des IBODE au sein des missions alors que leur rôle y est également important.

Bien que nous soyons là pour faire évoluer les choses, une mission ne devrait pouvoir avoir lieu que si les conditions minima, relatives à ce secteur sont requises. Il est rare que l'équipe ne puisse effectuer son accompagnement en salle d'opération, mais tout ce qui se passe avant devrait être anticipé et préparé afin que l'ensemble de la mission puisse se dérouler dans les meilleures conditions organisationnelles, d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation, avec souvent les faibles moyens en place.

Les missions s'organisent essentiellement entre chirurgiens. Il serait nécessaire que les IBODE soit également positionnées et que les infirmiers locaux soient informés de leur présence et préparés à celle-ci.

Face à l'énorme déficit en hygiène et stérilisation, des missions IBODE auraient pu être envisagées, mais JLM insiste sur le fait qu'il est important de maintenir l'esprit des trois composantes interdépendantes, dont aucune n'est plus importante que l'autre, et montre que les trois sont indissociables dans une équipe non hiérarchisée. Des protocoles, en fonction des moyens disponibles seraient à mettre en place et utiles pour améliorer notre qualité de prise en charge. Leur révision nécessaire serait un indicateur d'évolution. Ils alimenteraient notre base documentaire accessible tous.

La présence des IBODE n'est bien évidemment pas remise étant un maillon important dans le fonctionnement des missions.

- Le risque géopolitique (Jean-Pierre LECHAUX)

Le Ministère de Affaires Etrangères déconseille fortement de se rendre dans des zones classées zone rouge. Certaines de nos missions sont concernées et le CA avait pris la décision de les suspendre jusqu'à nouvel ordre, pour ne pas engager la responsabilité de l'association et la mettre en péril en cas de problème.

La question est reposée quant à notre attitude à adopter face à cette situation

Le Président de la Guilde qui a été rencontré déconseille fortement à une petite association comme la nôtre de s'engager sur des terrains potentiellement dangereux. Les grosses associations sont structurées pour ça avec des assises juridiques, une organisation et des moyens en cas de problème.

Rien n'empêche quiconque de partir sous le couvert d'autres associations possédant tous les moyens sécuritaires requis.

Un tour de table est réalisé au terme duquel la décision de ne pas se rendre dans ces zones instables et déconseillées est entérinée.

En plus des diverses argumentations, aboutissant à cette décision, il est évident que nous ne possédons pas les moyens sécuritaires requis.

Il reste suffisamment de pays où l'on peut s'impliquer, sans avoir à prendre ce risque.

- La politique pédagogique avec le problème de l'évaluation et de la méthodologie (XP)

L'évaluation a fait l'objet précédemment d'une discussion sur laquelle nous ne revenons pas.

Nous réaliserons les évaluations en interne sans faire appel à des professionnels extérieurs. Les outils existants vont être réadaptés.

- La formation à l'humanitaire (Philippe MANOLI)

Ce sujet avait été le point de départ du débat d'aujourd'hui

Ce n'est pas notre vocation de faire de la formation humanitaire, ni de créer un DU de chirurgie humanitaire, mais on peut bénéficier de formations dispensées lors de sessions ouvertes, par MSF, GSF, l'armée et son plan CARCHIMEX par exemple

Il faudrait s'entretenir avec les candidats, tout comme il est fait pour les entretiens d'embauche afin de discerner leur aptitude aux missions sur le plan humain et sur leur adaptabilité à l'éthique du pays et les préparer au contexte de l'ensemble de la mission.

C'est ce qui se fait d'ailleurs déjà par des entretiens avec le Président, le responsable ou le coordinateur de missions et avec les référents pour l'anesthésie et les infirmiers de bloc.

Afin de ne pas laisser le candidat novice, faire sa propre expérience de l'humanitaire, une formation par compagnonnage serait bienvenue, pour lui permettre d'appréhender, outre le côté technique, les facteurs humains.

Il pourrait être inclus à l'équipe, en tant qu'observateur, en payant son billet d'avion déductible des impôts, et en bénéficiant du per diem remis par l'association.

- Faut-il multiplier les lieux de mission ou se recentrer sur un nombre limité de sites (Claude HUGUET)

Faut-il mieux partir de manière rare ou rapprochée ?

Cela repose sur l'évaluation des résultats, question qui a été largement traitée précédemment.

On ne peut s'engager à augmenter le rythme ou le nombre des missions sans connaître notre capacité de moyens humains. La liste par spécialités va en être établie et transmise à chacun.

On ne peut pas répondre à toutes les demandes, ce sont les missions exploratoires qui permettent de déterminer les sites les mieux adaptés à nos actions. Il ne faut pas se disperser mais faire une recherche « active ».

- La rotation des équipes

Lors d'une mission, il faut que dans l'équipe il y ait une personne ayant participé à la mission précédente.

En ce qui concerne l'anesthésie, la moitié des adhérents de cette spécialité sont des médecins, l'autre moitié des infirmiers. Il semble difficile d'envoyer un infirmier dans un endroit où il y a un médecin anesthésiste. Un roulement pour contacter les volontaires est effectué ce qu'il faudrait appliquer pour les autres secteurs.

Il faut privilégier les personnes qui sont dans le fichier et qui adhèrent régulièrement, plutôt que ceux qui n'ont jamais adhéré, ou de façon épisodique.

Il ne doit pas y avoir de propriété de mission, ce sont des missions de Chirurgie Solidaire qui ne doivent appartenir à personne en particulier.

Il faut associer les spécialités. Si un besoin en orthopédie, par exemple, est clairement exprimé, un orthopédiste peut accompagner une mission viscérale.

- La préparation des missions

Le cahier des charges, le recrutement des patients, les contacts personnalisés avec les praticiens locaux nécessitent un travail en amont, essentiel pour préparer notre venue et pour la réussite de la mission.

Le document existant, renseigné lors des missions exploratoires peut aider à la préparation pratique.

Les relations humaines sont primordiales et les engagements doivent se faire ensemble entre Nord et Sud.

- Quand une mission peut-elle être considérée comme achevée ?

Une mission peut être considérée achevée lorsque les gens formés sont devenus formateurs à leur tour.

Il peut arriver dans des situations particulières, que le responsable de mission, comme ça a été le cas au Burundi, demande au président de se rendre sur place pour décider de la continuité ou non de notre collaboration.

Les évaluations analysées par les responsables de missions et discutées lors de réunions spécifiques, sont le critère de décision.

Prochain Conseil d'Administration :

Judi 16 mars 2017

De 16 h à 18h

Maison des Associations du 8^{ème} arrondissement de Paris

28 rue Laure Diebold