

# ETHNOCHIRURGIE

*ou*

*le regard de l'autre, en mission...*

Dr Patrick Knipper<sup>1</sup>  
www.knipper.fr

## **Abstract**

Au cours des missions de chirurgie plastique humanitaire, nous avons exporté notre technologie et les patients que nous avons rencontrés ont pu bénéficier d'interventions parfois très sophistiquées. Pour autant, nous avons eu l'impression que notre médecine dite moderne ne pouvait pas tout traiter. Bien au contraire, le non respect de certaines pratiques thérapeutiques locales pouvait aller contre une vraie guérison de nos patients. Nous avons, au cours de nos différentes expériences, investigué cet univers de la médecine traditionnelle pour arriver à l'intégrer à notre thérapeutique biomédicale.

Nous définissons ainsi le concept d'ethnochirurgie qui rassemble la chirurgie moderne et une médecine plus traditionnelle. A travers ce concept, nous voulons traiter le patient dans sa totalité c'est à dire dans ses parties visible et invisible. Nous proposons de traiter le patient en fonction de son environnement. Nous accordons, surtout, beaucoup d'importance au regard du patient local sur la médecine que nous importons chez lui. L'ethnochirurgie c'est transformer le corps sans désaccord avec le milieu et cela, quelque soit le lieu.

Mots-Clés : Ethnochirurgie - chirurgie plastique humanitaire – tradithérapeute - noma

## **Abstract**

During our missions of humanitarian plastic surgery, we exported our technology and the patients whom we met can benefit from interventions sometimes very sophisticated. Therefore, we had the impression that our modern said medicine could not treat everything. On the contrary, the not respect for certain local traditional therapeutic practices could go against a true healing of our patients. We, in the course of our different experiments, questioned this world of traditional medicine to succeed in inserting it into our biomedical therapeutics.

We define so the concept of "*ethnosurgery*" which links a catch in modern surgical load to a more traditional medicine. Across this concept, we want to treat the patient in his entirety that is in his invisible and visible party. We offer to treat the patient according to his environment. We grant a lot of importance, especially, with regard to the patient place on the medicine which we import at him. The "*ethnosurgery*" it is to transform the body without disagreement with environment and it, about the place is.

Key-words: Ethnosurgery – Humanitarian plastic surgery – traditional practioner - noma

---

<sup>1</sup> Patrick Knipper – Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique  
16, Boulevard de la Tour Maubourg 75007 Paris – [www.knipper.fr](http://www.knipper.fr) – [email@docteur-knipper.com](mailto:email@docteur-knipper.com)

## Introduction

Aujourd'hui, la médecine a suivi le chemin d'une certaine mondialisation. Nous avons, en quelque sorte, universalisé notre biomédecine. La chirurgie plastique, comme beaucoup d'autres spécialités, se pratique quasiment dans le monde entier et des gestes techniques très spécialisés peuvent être effectués presque partout. Au cours de nos missions de chirurgie plastique humanitaire, avec l'ONG Interplast-France, nous avons exporté notre technologie et les patients que nous avons rencontrés ont pu bénéficier d'interventions parfois très sophistiquées. Pour autant, nous avons eu l'impression que notre médecine dite moderne ne pouvait pas tout traiter. Bien au contraire, le non respect de certaines pratiques thérapeutiques locales pouvait aller contre une véritable guérison de nos patients. Nous avons, au cours de nos différentes expériences, investigué cet univers de la médecine traditionnelle pour arriver à l'intégrer à notre thérapeutique biomédicale. La notion d'ethnochirurgie résulte donc de cette cohabitation entre notre biomédecine et la médecine traditionnelle. Elle consiste à essayer de traiter le patient dans sa totalité, avec des moyens techniques sophistiqués mais dans le respect de ses origines, de ses croyances, de son ethnie et en fonction des traditions thérapeutiques locales. L'ethnochirurgie ne se contente pas de traiter un patient, elle essaye de le « guérir ».

« Lorsqu'on prétend améliorer la santé d'un peuple, souligna le Docteur P. Dorolle, il faut savoir abandonner les concepts de bon, mauvais, meilleur et pire, et laisser la population libre sur le plan des idées et des concepts culturels particuliers [...]. Il est impossible de prétendre imposer de l'extérieur un changement dans les concepts culturels. Lorsqu'un tel changement est imposé, il en résulte un déséquilibre et une incompréhension qui mettent gravement en danger l'œuvre entreprise<sup>2</sup>. » Le terme de « culture » devrait désormais se comprendre, dans le domaine médical comme ailleurs, comme l'ensemble des formes de croyance et de comportement ayant reçu une sanction sociale parce que les membres d'un groupe humain déterminé les ont assimilées.

Cet article propose d'évoquer le concept d'ethnochirurgie à travers nos multiples interrogations sur cette longue route en terre humaine...

## Définitions

**La chirurgie plastique** est une spécialité chirurgicale bien définie. Le terme "chirurgie plastique" englobe l'aspect reconstructeur, le pôle purement plastique et la dimension esthétique d'une même spécialité chirurgicale.

**La chirurgie plastique en situation précaire** [Photographie 1] est l'exercice de la chirurgie réparatrice en situation difficile. Elle est plus couramment appelée "chirurgie plastique humanitaire". Nous préférons le terme "en situation précaire" puisqu'il est plus adapté à l'environnement dans lequel s'effectue les missions chirurgicales et qu'il enlève toute connotation sensible au terme « humanitaire » qui reste la finalité de tout acte thérapeutique quelque soit le lieu d'exercice.

**Interplast-France** est une organisation non gouvernementale française (Loi 1901) de chirurgie plastique dans les pays en voie de développement ([www.Interplast-France.net](http://www.Interplast-France.net)).

**L'ethnologie** est une science humaine qui relève de l'anthropologie, et dont l'objet est l'étude explicative et comparative de l'ensemble des caractères sociaux et culturels des groupes humains.

**L'ethnochirurgie** est différente de l'anthropologie de la chirurgie. Elle se veut être un domaine de recherche partageant objets et méthodes tant avec la chirurgie qu'avec l'anthropologie. Mais l'ethnochirurgie veut surtout comprendre l'interprétation (ou le vécu) du geste chirurgical chez un patient par rapport à son contexte culturel d'une part, aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement de la maladie d'autre part. L'ethnochirurgie va nous conduire à imaginer des dispositifs originaux de prise en charge pluridisciplinaire des souffrances des populations locales.

---

<sup>2</sup> Ethnologie et problèmes sanitaires. Dorolle P. Revue internationale de la Croix-Rouge. Genève, CICR, 1953

## Que peut signifier le mot « guérison », en mission ?

Depuis longtemps, les anthropologues se sont intéressés aux causes du mal ou des maladies des populations ou des ethnies dites primitives. George Murdock, par exemple, classifiait les étiologies en causes naturelles (traumatisme, vieillesse, etc) et en causes surnaturelles (sorcellerie, etc). George Foster préférait les classer en causes personnelles (soit humaine due au sorcier ou soit non humaine due à un esprit) et en causes impersonnelles qui fait référence à la nature, à l'environnement. En mission, la connaissance de cette interprétation des étiologies des maladies a été importante. Mais nous étions là pour « soigner ». Même en considérant ce point de vue anthropologique, il nous restait à traiter c'est-à-dire à utiliser les traitements relevant de la médecine dite savante pour soigner des maux qui pouvaient avoir une cause surnaturelle. Comment faire ? De principe, nous sommes restés dans notre « rôle » de médecins européens qui pratiquent « la médecine des blancs, des grands papas » ! C'est ainsi que les patients locaux nous voient, c'est ainsi que nous sommes et c'est ainsi que nous serons le plus efficaces pour soigner. Mais il restait à leur expliquer notre thérapeutique et surtout à comprendre comment elle était perçue, comprise voire acceptée.

Dans les pratiques plus traditionnelles, la notion de guérison reste donc difficile à appréhender. Comme le rappelle Claudine Brelet<sup>3</sup>, « une grande partie des pratiques de guérissage<sup>4</sup> repose beaucoup plus sur une étiologie d'ordre psychologique ou social, ou encore les deux à la fois (comportement inadapté d'un ou plusieurs membres de la famille envers le malade, décès ou malchance de la famille), qu'elle ne se fonde sur une description aussi précise que possible des symptômes, comme le fait la médecine moderne. Cela pourrait expliquer en partie le recours si important accordé à la divination dont les meilleurs praticiens possèdent une sensibilité aiguisée à autrui, une capacité de relation fusionnelle avec leur entourage qui, de toute évidence, s'avèrent impossibles, voire insupportables, au sein de masses urbanisées. »

Au cours de nos missions, nous avons souvent appris que le concept du mot « guérison » ne nous appartenait pas. Par exemple, sous nos latitudes, le traitement d'une articulation douloureuse peut-être une « arthrodèse » c'est à dire pratiquer une intervention qui « bloque » l'articulation douloureuse pour qu'elle ne fasse plus mal. On traite le symptôme « douleur » et l'on croit que le malade est guéri. Le patient perd un peu sur le plan fonctionnel mais il ne ressent plus de douleur. Comment conceptualiser le lien qui existe entre la disparition de la douleur et le fait de « souder » deux os. De surcroît, la douleur reste une émotion. Comment concevoir cette émotion ? Comment la matérialiser ? Nous observons, immédiatement, la limite de nos définitions, la limite de nos affirmations. Le chirurgien a réussi l'intervention puisque le patient n'a plus mal. Le patient est guéri puisqu'il n'y a plus de douleur mais l'articulation est bloquée. Donc, l'intervention est réussie bien que l'articulation ne soit plus fonctionnelle. Nous voyons bien, ici, une limite de notre définition du mot « guérison ».

Ainsi, une autre limite réside dans l'« effet placebo ». C'est ainsi que nous qualifions l'efficacité d'un produit sans principe actif. On traite un patient avec un médicament peu efficace voire complètement inefficace mais le patient se sent beaucoup mieux parce qu'il « croit » que cela vient du traitement. Nous avons tous ressenti ce sentiment d'aller beaucoup mieux seulement après avoir été rassuré par son médecin et, cela, sans avoir encore acheté les médicaments à la pharmacie. Il existe un certain « effet » placebo dans le simple ton rassurant du médecin. Mais que représente véritablement cet « effet » pour un berger du sud du Niger ? Que signifie « principe actif » pour un marchand Congolais ? Encore des définitions ? Acceptons que sous d'autres latitudes, un « effet » puisse être un « dieu de la forêt » et qu'un principe actif puisse être, tout simplement, l'influence d'un guérisseur ou d'une amulette.

Nous ne restons que des techniciens de surface, alors que le mal peut venir des profondeurs de la forêt. Comment peut-on soigner avec une simple greffe de peau le visage d'un enfant qui est « mangé »<sup>5</sup> par sa grand-mère ... La maladie, en Afrique, n'appartient pas toujours au patient et le malade n'est pas toujours le patient. Il est donc souvent difficile d'opérer « la maladie » et il est encore plus difficile, pour nous, de soigner un mal que l'on ne voit pas. Il serait très prétentieux de croire que l'on peut vraiment traiter par une technique chirurgicale un mal que l'on ne connaît pas.

Les familles des patients locaux acceptent de plus en plus les traitements occidentaux pour des pathologies qu'ils « connaissent » depuis toujours. Si leur point de vue a évolué, nous devrions

<sup>3</sup> Médecines du Monde. Claudine Brelet. Editions Robert Laffont, octobre 2002

<sup>4</sup> Guérissage : terme mis en usage par les chercheurs en ethnomédecine

<sup>5</sup> Nous ne sommes pas seuls au monde. Tobie Nathan. Les empêchés de tourner en rond, 2001

également apprendre à mieux « voir » ce nouveau patient et nous devrions essayer de soigner son histoire autant que son mal. Nous devrions, surtout, témoigner un peu plus de modestie car le flot de nos techniques ne peut, parfois, pas grand-chose contre les dieux des rivières. Nous ne pouvons rien sans l'aide de la famille, sans l'aide du chef de village ou du tradipraticien<sup>6</sup> local. On ne touche pas le corps sans l'accord. Et, ici, l'accord de la famille, du groupe ou du guérisseur, est aussi précieux que l'indication thérapeutique d'une équipe occidentale. Il vaut mieux respecter notre registre médical et laisser le tradipraticien composer ses gammes locales. Nous sommes médecins et, en tant que tels, nous devons agir en médecin. C'est ainsi que le patient nous voit et c'est ainsi que l'on sera le plus efficace pour lui. Pour traiter l'aspect plus « transparent » de la maladie, c'est le guérisseur qui aura le vrai pouvoir et qui saura mieux appréhender le « zima ». Pour être efficace, le traitement devra être pluridisciplinaire.

Rappelons, pour finir, qu'en France, la fente labiale était encore qualifiée, et il n'y a pas si longtemps, de « bec de lièvre ». Ce rapprochement vient de nos campagnes où l'on pensait que la femme, qui avait un enfant porteur d'une fente labiale, avait croisé un « animal maléfique »... Le dieu de la rivière n'est pas plus ridicule que le lièvre de nos campagnes. Il nous semble important de respecter l'influence de cet environnement dans tout programme thérapeutique. Nous avons appris que « *l'influence peut guérir* »<sup>7</sup>.

### **Pourquoi parler d'ethnochirurgie, en mission de chirurgie plastique en situation précaire?**

Au fil des années et après être intervenus sur des centaines de patients d'origines diverses et dans différents pays, nous avons donc appris à voir le patient différemment en fonction de son pays, de sa culture voire de son ethnie. En mission, nous avons compris que le concept du mot « guérir » est resté difficile à définir et que nous ne le comprenions pas toujours. Nous nous sommes beaucoup interrogés et nous avons travaillé avec des tradipraticiens dans certains pays d'Afrique. Nous avons appris à prendre en charge les patients dans leur totalité. Le chirurgien plasticien a traité la partie visible de la maladie et le tradithérapeute s'est occupé de la partie invisible, du « corps invisible ». Le plus important a été que notre patient soit guéri ou « se sente guéri » [Photographie 2].

La chirurgie plastique reste une spécialité particulière puisqu'elle transforme le corps et le corps a une représentation différente en fonction des cultures. Le geste qui transforme le corps n'est jamais anodin. Le geste chirurgical garde un pouvoir sur le corps modifié et peut parfois déranger. Prenons l'exemple du Noma. Il s'agit d'une maladie qui détruit le visage des enfants dans des régions très pauvres [Photographies 3]. Dans la région du Sahel, elle est appelée « maladie du vent » car les cas de Noma sont plus fréquents quand l'harmattan (vent qui vient du désert) souffle plus. Il est dit au Nord du Bénin que les génies peuvent « prendre » certains enfants et leur « déchirer » le visage. En effet, cette maladie effroyable laisse des séquelles sur le visage qui peuvent donner l'impression que l'on a « déchiré » la bouche ou la joue de l'enfant. Le chirurgien plasticien essaye de reconstruire ces visages détruits mais l'acte thérapeutique peut être une « erreur » sur certains enfants que « les génies voulaient garder ». Nous avons appris à ne pas opérer, dans certaines régions, tous les enfants sans en parler aux tradithérapeutes locaux. Nous avons appris à demander si notre chirurgie, aussi sophistiquée soit-elle, était louable sur tel ou tel enfant. Vous imaginez le dilemme terrible pour une équipe occidentale de ne pas pouvoir opérer un enfant parce qu'il est « pris » par un génie alors que nous savons que le Noma a comme point de départ une infection buccale sur un terrain dénutri. Nous croyons cependant qu'il ne faut pas toucher le corps sans l'accord de la famille, du chef de village et du tradithérapeute local. Opérer un visage ce n'est pas forcément guérir un enfant mutilé et ce n'est probablement pas traiter un problème familial que seule certaines « autorités locales » pourront régler. La chirurgie plastique a cela de particulier qu'elle transforme le corps visible pour essayer de traiter un corps invisible. La chirurgie plastique c'est aussi opérer l'invisible mais nous ignorons ce qu'est vraiment cet invisible qui peut, de plus, changer d'un pays à l'autre. Nous devons quand même essayer de traiter cet invisible car le travail du chirurgien plasticien sur le terrain semble être efficace dans de nombreux cas même si nous ne savons pas toujours comment. Nous ne connaissons pas la vraie portée de notre geste, mais le simple fait d'avoir « apporté » ou « fait » quelque chose au patient peut parfois suffire et cela reste le plus important.

<sup>6</sup> OMS. Technical Report Series, n°1

<sup>7</sup> L'influence qui guérit. Tobie Nathan. Poches Odile Jacob, 2001

De surcroît, et paradoxalement, c'est dans la réparation du Noma que l'expression « chirurgie esthétique humanitaire »<sup>8</sup> a pris toute sa portée. En effet, nous pourrions opposer la profondeur des lésions du Noma à l'image superficielle de la chirurgie esthétique. C'est lors de ma première rencontre avec cette horrible maladie et ses réparations chirurgicales en 1999, à Sokoto au Nord du Nigéria, que le terme d'« esthétique humanitaire » m'est venu à l'esprit. En effet, croire que seul un gros lambeau de peau inesthétique pouvait « traiter » la béance nauséabonde de la face était un leurre. Nous avons tout au plus « fermé » un orifice. La cicatrice du geste chirurgical, aussi belle soit elle, signera toujours la maladie et le patient restera stigmatisé par son étiologie originelle. Le visage porteur d'un gros lambeau n'est pas guéri ; il reste une mutilation voilée. La maladie est toujours là (ou perçue comme cela par le patient selon les croyances locales) et elle est visible [Photographie 4]. Dans le Noma, la finalité de la chirurgie réparatrice est esthétique car c'est par l'esthétique retrouvée (ou ressentie) que le patient se sentira guéri. De surcroît, trop de techniques chirurgicales proposées oublient que dans le terme « plastique » il y a plusieurs composantes. Trop de techniques oublient que la chirurgie plastique c'est aussi reconstruire l'esthétique. Raymond Vilain disait : « l'esthétique, c'est déjà la fonction ». Nous pourrions proposer qu'en mission la fonction devrait aussi être esthétique...

Après ce long travail d'immersion, il nous reste à comprendre comment est compris ou interprété notre action thérapeutique. C'est là que l'ethnochirurgie essaiera de répondre à nos interrogations. Il reste à comprendre comment « l'autre » nous voit, comment « il » voit notre médecine moderne... L'ethnochirurgie c'est un peu de l'anthropologie mais à l'envers. On voudrait savoir comment l'autre nous voit. Normalement, l'anthropologue observe l'indigène dans son environnement et l'ethnopsychiatre interprète le migrant quand il est sur notre territoire. En mission, c'est nous les étrangers que l'on regarde. Nous sommes devenus les migrants... Par exemple, aujourd'hui, on dit à Bello Tounga (petit village du Nord du Bénin peuplé principalement de Dendi) que notre dentiste est celui qui a les secrets de la bouche, que notre anesthésiste est celui qui a le secret de la mort et que le chirurgien travaille avec le fer et qu'il a le secret du corps... Quel espoir quand on sait que la caste des forgerons (celui qui travaille le fer) dans certains pays d'Afrique est bien placée dans l'ordre des choses. Quel satisfaction quand on sait que ce qui « sort » de la bouche est très puissant. Quel succès quand on a appris que celui qui a le secret de la mort est considéré comme un génie... Je ne sais pas si le fait de comprendre comment est vu notre travail sera un plus pour nos patients mais cela aura au moins le mérite de mieux communiquer avec nos confrères locaux et avec la population. Et communiquer, dans ces régions du monde, c'est déjà commencer à traiter...

### **Ethnochirurgie, en pratique:**

A titre d'exemples, voici trois situations sur lesquelles nous avons évolué dans notre façon de raisonner en mission et qui peut expliciter la notion plus spécifique d'ethnochirurgie.

#### **1) Le lipome, intervention de présentation.**

Dans la pratique thérapeutique traditionnelle, tout ce qui est caché est sacré. Les traitements faits dans l'intimité d'une case peuvent être interprétés comme étant des thérapeutiques magiques ou maléfiques (sorcellerie). Tout en voulant préserver la dimension magique de nos actes chirurgicaux, nous avons appris à débiter les missions en faisant certaines interventions au grand jour. En réalité, la raison en est double : opérer dans de meilleures conditions et pouvoir présenter notre « travail » au village.

- En effet, l'expérience nous a conseillé d'éviter d'opérer dans des blocs trop confinés, mal aérés, mal nettoyés où nous avons beaucoup plus d'infections postopératoires. Nous préférons le grand air et, comme notre chirurgie le permet (chirurgie des téguments moins sensibles à l'infection), nous travaillons dehors à l'ombre voire sous une grande moustiquaire. Dans ces pays où l'on peut avoir des températures importantes dans la journée, la petite brise de l'harmattan reste un cadeau

---

<sup>8</sup> Chirurgie esthétique humanitaire. Patrick Knipper. Rapport 2004 de la Sof CPRE.

bienveillant du génie du vent :) Au risque de surprendre nos hygiénistes français, les microbes ne sautent pas et nous n'avons pas plus d'infections dans ces conditions. Raymond Vilain nous l'avait déjà démontré à l'hôpital Boucicaud. Mais nous restons fidèles aux principes enseignés : lavage du patient au savon avant de l'allonger sur un banc (table d'opération) qui est désinfecté entre chaque patient, pré-badigeonnage à la bétadine, etc, et surtout multi-lavages des mains des soignants entre chaque acte, etc... L'avantage de faire tout cela devant le village est de bien montrer les choses et de faire une forme d'enseignement en matière d'hygiène de base.

- La présentation de notre acte chirurgical est capitale et m'a permis de qualifier cette intervention : « intervention de présentation ». Je réserve ce qualificatif au lipome car il s'agit d'un acte simple, sous anesthésie locale, sans douleur, à la gestuelle efficace sans saignement, au résultat final spectaculaire et aux suites le plus souvent simples. La présentation de l'intervention enlève toute ambiguïté sur nos intentions. Nous sommes là pour « soigner » et nous le montrons. Nous présentons notre travail sans imposer un langage médical trop sophistiqué. Nous proposons une façon de travailler sur la tumeur sans imposer d'interprétation. Nous laissons aux visiteurs (les gens du village) le choix de la traduction. Je dis bien « visiteurs » car l'intervention a inversé l'ordre des choses. Au début, c'est nous qui sommes les visiteurs puisque nous sommes les étrangers. Ensuite, ceux sont les villageois qui deviennent les visiteurs de notre action. Ils deviennent les visiteurs dans leur propre village. Cela nous redonne une meilleure position car, en Afrique, le « visité » est toujours mieux placé sur le plan social. En présentant notre intervention, nous avons laissé le choix aux villageois de venir nous rencontrer, nous avons montré sans ambiguïté notre façon de travailler, nous nous sommes présentés et, de surcroît, nous sommes devenus les visités. C'est pour cela que l'on parle d'intervention de présentation.
- Les scènes avec les interventions en public que nous proposons peuvent rappeler, chez certains observateurs, « *les photos de l'époque coloniale où l'on voyait des Britanniques poser d'un air raide et impénétrable. En Afrique, on s'applique le plus souvent à marquer les différences de position dans la hiérarchie sociale, non sans ostentation. Le commun des mortels passe son temps à s'agenouiller, à ramper, à s'aplatir, à s'égratigner- ce qui choque pas mal d'Européens. Mais c'est leur infliger un affront que de refuser de se prêter aux manifestations de leur soumission* »<sup>9</sup>. Le fait de travailler de la sorte m'a été, en quelque sorte, imposé par notre action au village. Ce n'est pas par choix personnel. Initialement, j'ai cherché à recréer mon « univers » chirurgical comme vous c'est-à-dire à travailler dans une structure « dure » qui pouvait ressembler à un bloc opératoire. Ceux sont les chefs des villages et l'enseignement reçu par les tradithérapeutes qui m'ont fait évoluer vers ce genre de pratique. C'est plus par respect des traditions locales que nous travaillons ainsi et en aucun cas pour une « pseudo » position de supériorité vis-à-vis de nos hôtes. Il nous a fallu, par ailleurs, plusieurs missions pour pouvoir s'adapter à ce genre d'organisation de travail.

## 2) La fente labiale, intervention de médiation.

Comme dans toutes spécialités, il y a des interventions que l'on aime bien montrer. La fente labiale est à la chirurgie humanitaire ce que la prothèse mammaire est à la chirurgie esthétique. Je m'explique !

Quand un « grossiste » en chirurgie esthétique passe dans une émission de télévision grand public, devinez quelle intervention il va présenter : les prothèses mammaires ! Et pourquoi ? Parce que l'intervention ne présente pas de difficultés si l'indication est bien posée, les suites sont assez simples et prévisibles, le résultat est toujours spectaculaire et « présentable » aux téléspectateurs (ménagères de moins de 50 ans, cible privilégiée des publicitaires) à une heure de grande écoute. Quand je dois « vendre » mes interventions humanitaires, je fais comme notre grossiste en esthétique. Je présente une fente labiale car l'intervention est simple, les suites sans difficulté et le résultat spectaculaire. Cela fait « vendre » ! J'appelle cela une intervention de médiation. Dans médiation, il y a « média ». Comme vous le savez, le savoir-faire c'est bien mais le faire savoir c'est

---

<sup>9</sup> Un anthropologue en déroute. Nigel Barley. Edition Petite Bibliothèque Payot, 1992, page 68.

vital pour une petite ONG comme la notre. Toutes nos actions nécessitent des fonds et c'est en se faisant connaître, en ayant une image, que l'on pourra mieux se vendre pour obtenir des financements. L'image du petit enfant Peul opéré de sa fente labiale est plus porteuse en matière d'image (pour la ménagère de 50 ans...) que le gros lambeau de grand dorsal sur un noma effroyable<sup>10</sup> ...

Mais cela va un peu plus loin pour moi en mission. En effet, médiation signifie également conciliation, compromission, intercession voire transaction... Et tout cela est nécessaire pour pouvoir opérer dans nos missions. Rappelons-nous, on ne touche pas le corps sans l'accord et pour toucher le patient il va falloir discuter, se compromettre et être conciliant. Il va falloir attendre que le génie de la forêt soit d'accord. Il va falloir accepter d'attendre et que la confiance s'installe. Dans ce long processus, la médiation est importante et l'image positive de ma fente labiale opérée sera très importante. Elle me servira à montrer que cela en vaut la peine et que réparer une lèvre fendue avec la médecine moderne n'enlève rien au pouvoir de la médecine traditionnelle. De surcroît, l'esthétique aura ici un grand pouvoir de négociation car rien n'est plus beau pour des parents que le visage de leur enfant réparé.

### 3) La hernie inguinale, intervention de négociation.

Pour bien comprendre l'importance de la négociation en mission humanitaire, il convient de rappeler quelques notions de base que nous avons apprises et déjà évoquées:

- Tout se négocie, surtout en Afrique.
- Le gratuit n'existe pas et tout se paye, surtout en mission.
- En humanitaire, le patient paye même si vous donnez tout.
- En mission, il y a des intermédiaires à chaque étape et il prend leur « commission ».
- Le vieux passe avant l'enfant et, cela, quelque soient les circonstances. « *En Afrique, un vieillard qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle* » (Amadou Hampâté Ba).
- Etc...

Alors pourquoi devons-nous négocier ici? Tout simplement pour opérer. Je vous entends déjà dire : « mais s'ils ne veulent pas qu'on les opère, alors ne les opérons pas ! » Vous avez probablement raison mais en pensant ainsi on ne pourra jamais opérer ceux qui en ont le plus besoin ; c'est-à-dire les vrais pauvres, ceux qui sont inaccessibles, ceux qui ont des maladies que personne ne veut soigner car non rentable, les enfants misérables qui ne valent rien, les nouveau-nés du Lac Volta au Ghana que l'on noie à la naissance parce qu'ils présentent une malformation congénitale, les enfants du Fleuve Niger qui ont la maladie du vent (Noma), les enfants sorciers de l'Est du Bénin que l'on élimine parce qu'ils sont nés avec une dent sur le maxillaire supérieur, etc. Non, il faut arriver à « toucher » ces enfants, à les soigner et pour cela, il faut négocier ! J'ai été trop souvent dans des villages pour opérer et il n'y avait pas de patients ou, plutôt, on ne me présentait pas de patients. J'ai mis trop de temps à comprendre pourquoi on ne me présentait pas ces enfants. C'est malheureux à dire mais je crois avoir trouvé une des explications car, forcément, il y en a plusieurs. Les enfants pauvres ne payent pas et leurs parents qui sont de la tribu « misère » n'ont pas les moyens de financer l'intervention. Je vous entends encore dire : « mais, en humanitaire, l'ONG paye tout ; les patients n'ont rien à payer ! » Vous avez encore raison, nous prenons tout en charge mais pour travailler dans un pays, il faut l'accord des autorités locales, l'accord du chef de village voire l'accord de l'ensemble du groupe, etc... Et, surtout, pour travailler nous avons besoin d'intermédiaires qui vont identifier les patients, les chercher dans les villages, coordonner la mission, organiser les consultations, assurer les suites, etc... Pour tout ces gens, le seul intérêt sera la « commission » qu'ils vont pouvoir espérer sur les différentes étapes. Malheureusement, le pauvre qui n'a pas d'argent ne sera pas mis sur la liste d'attente pour la mission de l'ONG et ne sera pas opéré.

Heureusement, nous avons trouvé une solution : l'intervention de négociation. Dans notre expérience au village, c'est la hernie inguinale. Elle est fréquente chez le vieux, et c'est lui qui a la richesse. On s'en est rendu compte car sur nos listes opératoires, il y avait beaucoup d'hernies inguinales. Nous avons gentiment indiqué que nous étions plasticiens et que les hernies pouvaient être opérées par les chirurgiens locaux. Mais l'explication était simple, les vieux ont de l'argent pour payer les « commissions » et de surcroît nous faisons les interventions gratuitement alors que le

---

<sup>10</sup> Peaux de Chagrin. La chirurgie plastique au service de l'humanité. Patrick Knipper. Edition Michel Lafon, 2007.

chirurgien local se faisait payer (ce qui, par ailleurs, était complètement normal). Tout était concordant, ici le vieux est plus important et c'est lui qui a l'argent. C'est donc lui qu'il faut opérer. Nos désirs d'opérer les enfants pauvres ne correspondaient pas avec la logique pécuniaire de nos amis intermédiaires. En gardant à l'esprit le principe de négociation que nous a enseigné l'ethnochirurgie, nous avons préféré négocier : je t'opère une hernie (et tu prends ta commission) mais tu me laisses opérer un enfant. L'intervention de négociation était née ! Ce n'est peut-être pas la meilleure solution, mais cela me laisse le temps de réfléchir, de continuer à m'interroger sur la « vraie » bonne solution tout en respectant le fait que je dois m'adapter. Surtout, j'essaie de ne pas perdre de temps pour opérer le plus possible ces enfants de...négociations...

## **Conclusion**

Nous pensons que tout patient devrait être traité par les moyens techniques les plus sophistiqués mais dans le respect du milieu dans lequel il évolue. La prise en charge d'un patient devrait également se faire en fonction de ses origines, de son histoire, de sa culture, de son ethnie en considérant les traditions locales et, cela, quelque soit le pays. Nous définissons ainsi le concept d'ethnochirurgie qui associe une prise en charge chirurgicale moderne à une médecine plus traditionnelle. A travers ce concept, nous essayons de traiter le patient dans sa totalité c'est à dire dans ses parties visible et invisible. Plutôt que d'opposer les différents procédés thérapeutiques entre eux, nous pensons qu'il vaut mieux les associer en fonction du patient à traiter. Plutôt que d'essayer d'adapter le patient à une médecine, nous préconisons de laisser le patient choisir sa médecine.

Nous voulons surtout donner un rôle primordial au regard du patient que nous soignons en mission sur la médecine importée chez lui. L'ethnochirurgie c'est transformer le corps sans désaccord avec le milieu et cela, quelque soit le lieu.

**Patrick Knipper**



*Photographies :*

Photographie 1 :



*Bloc opératoire nomade installé dans un village sur le Fleuve Niger (Mission Interplast-France, Photo F. Gaty)*

Photographie 2 :



*Les tradithérapeutes assistent aux interventions chirurgicales pour mieux expliquer le traitement aux patients, Bénin 2004).*

Photographie 3 :



*Jeune fille Togolaise présentant des séquelles de Noma. Photographies avant et le lendemain de l'intervention après reconstruction par lambeau musculo-cutané de grand pectoral associé à une plastie labiale (Cas clinique Dr P. Knipper, Dr C. Paulus, Lomé 2000).*

Photographie 4 :



*Enfant opéré, par une équipe allemande, pour des séquelles du Noma par un lambeau fascio-cutané delto-pectoral (Sokoto, Nigéria, 1999).*