



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 273

Aléas de la prise en charge de masse dans les compagnes SOS Face Marrakech

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/11/2018

PAR

Mr. **JAMAL EDDINE Khalid**

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Humanitaire - Formation - Chirurgie Maxillo-faciale -
Compétence- Fente faciale

JURY

M.	M. KHALLOUKI Professeur d'anesthésie réanimation	PRESIDENT
Mme.	N. MANSOURI Professeur de chirurgie maxillo-faciale	RAPPORTEUR
M.	A. R. EL ADIB Professeur d'anesthésie réanimation	} JUGES
M.	B. ABIR Professeur agrégé de chirurgie maxillo-faciale	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي متبت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

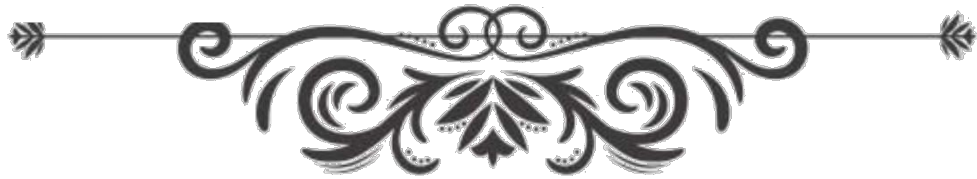
Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAJAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A

ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale

BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie-générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

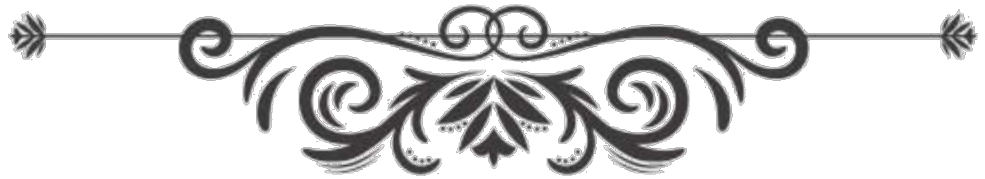
Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie

BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



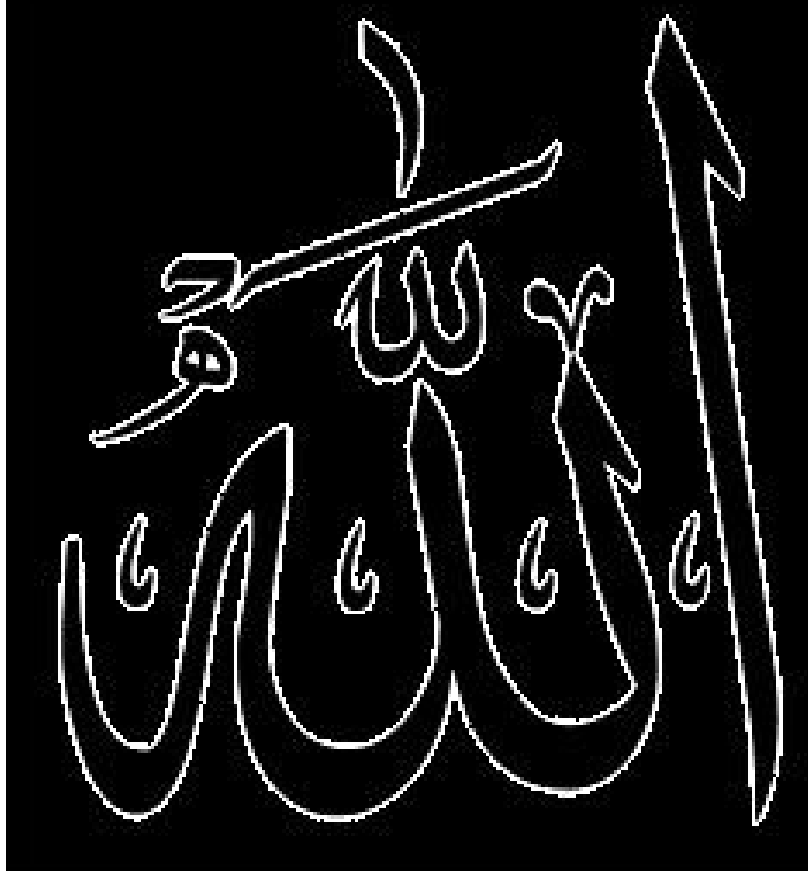
DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,
Le respect, la reconnaissance...
Aussi c'est tout simplement que*



Je dédie cette thèse à... 



*Tout puissant
Qui m'a inspiré*

*Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*

A MON ADORABLE MAMAN

*Je ne trouverai jamais de mots
pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour
l'amour, la tendresse et surtout pour ta présence dans les moments les
plus difficiles.*

Si j'en suis arrivée là, ce n'est que grâce à toi ma maman adorée.

*Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et dévotion.
Tu es mon exemple dans la vie. Tu es la lanterne qui éclaire ma voie.*

*Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une
reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la
fierté d'être le fils unique.*

Longue vie à toi maman. Je t'aime très fort.

A MON CHÉR PAPA

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour, estime et
respect que j'ai pour toi.*

*Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et continue à
le faire.*

*Vous m'avez appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la
Responsabilité. En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves et
J'espère ne jamais vous décevoir.*

Que Dieu te protège et te prête longue vie.

{ وقت ربي ارحمنا كما ربناي حيرا }

A la mémoire de mon grand père

*Puisse ton âmes repose en paix. Que Dieu, le tout puissant, te couvre de
Sa Sainte miséricorde et t'accueille dans son éternel paradis.*

A ma très chère grand-mère

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi.

J'espère que ta bénédiction m'accompagnera toujours.

Avec toute mon affection que Dieu te protège. Je t'aime très fort

JADATI.

*A mes chères tantes : Rokia , Didij, Aicha et fatima ALLAH
ichafiha.*

A mon cher oncle Zizou et son épouse Hanane .

A mon cher oncle Mustapha et oncle Ahmed

*A mes chères cousines : Mouna, Fatiha, Nada, Yasmine, Amal, Rihaab et
Khadija.*

A toute la famille Jamal Eddine

*J'aurais aimé vous rendre hommage un par un en témoignage de mon
attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez
à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre
égard, et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour vous
honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé...*

A mon cher frère : koussay hattab

A mes deux chers frères : yassine bennaoui et mehdi maskouf

A mes chers frères de Nizma Chamila :

*soufiane bensghir, mohamed amine raouah, taieb el baroudi, omar ksiks,
ali laalou, radouane irrou, taoufik et younes benhoumich, hamza
oualhadj, oussama barchah, mohssine arraji, mohamed karmil, rachid ait
benadi, et hamada.*

A mon frère : reda el hadek .

A mes deux frères : soulaïmane kandri rody et mouad gourti .

*A mes frères : rabii kharchi, hamza achegri, hicham ncir, mohamed
amine elmansouri, yassine jaouhari, abderrahmane jouira, yassir jabbar,*

A mes deux chers : mehdi et ouail raouah

A mes deux meilleures amies : soumaya jellal, meriem lamhani

*A mes chères amies : sara rochd, zineb benatia, ghita el baroudi, zinah
idrissi, fadoua jaafari, kenza kandri rody, dalila souni slitine, meriem
jalami, et nouhaïla syrine el hijazi, soukaina bouchebti,*

A docteur nawar ibnouelghazi : que je remercie infiniment

A mes chers amis et collègues :

*Amine et fahd berradad, , yazen el badri, , ferouk hattab, tarik
igarramen, oussama jaddi, abdelhamid el moula, youssef hssaine, anas
argane, nabil hamouch, mohamed amine haouane, abdelghafour jaifi,
yassine kherchetou, smail derkaoui, mohamed amine el kettani, jaouad
fares, reda izaabel, mohamed mahdaoui, farid mahwane, ayoub moul
elkssour, ahmed kobi, ahmed elkhalidi, karim elwaadoudi, aziz jbara,
anas ouhmani, abdellah enoughbi, salaheddine elmoujahid, amine
nejemeddine, yassine chait, mohamed haddou, najib blila, mohamed
benchouk, amine elbokhti, walid et reda chniber, aymane ismail, amine
elkhadir, abderrazak chachi, adil lamhani, reda hadrami, hamza
ayyadi, amine boutouil, yassine fath elkhir, mohamed amine mousaid,
adil habab, mehdi boutajnouit, mohamed ait chtouk.*

*Aux familles de mes amis : elmansouri, raouah, bensghir, ksiks, irrou,
laalou, benhoumich, arraji, barchah, aitbenadi, karmil, bennaoui,
maskouf, aitlhaj*

*A mes amis du lycée ben toumert : amine lakhmour, mohamed khachii,
abdellah elhamzaoui, yassine bounagui, ismail rajil, mohamed younes,
lahoucien aitibourk, aziz didi, abderrazak bouguela.*

A Hind et madame el amrani de l'école agnodice.

A l'ALSE :

*Madame Benslimane, et Monsieur dahbi,
et amis : amri, mouni, yassine, noureddine, nabil, amine, abbas, ali,
mohamed, ali.d,*

*A mes amis et frères depuis l'enfance : mes chers youssef ait lhaj, et amine
lakhmor.*

Au R.C.A

*A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.
tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce
travail.*



Remerciements



A Notre Maître et Rapporteur de Thèse :

Professeur Nadia MANSOURI HATTAB

*Professeur de chirurgie maxillo-faciale et esthétique. Chef de service de
Chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech et ma
seconde mère, Je suis très touché par L'honneur que vous m'avez fait en
acceptant de me confier ce travail qui vous tient particulièrement à
cœur.*

*Vous m'avez éblouie par votre sérieux, votre sympathie, votre
modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines,
professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour
votre profession, qui seront pour moi un exemple à suivre dans
l'exercice de cette honorable mission.*

*Je vous remercie également pour votre présence et votre disponibilité
qui m'ont été précieuses, vous avez pu me supporter malgré mes
défauts.*

*Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.
Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de mon estime et de mon
profond respect. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que
vous m'avez accordée.*

*A notre maître et président de thèse Professeur Mohamed Khallouk,
professeur d'anesthésie et réanimation, directeur de l'hôpital Ibn
Toufail marrakech, et chef de service d'anesthésie et réanimation à
l'hôpital Ibn Toufail de Marrakech.*

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la
présidence de notre jury de thèse. Homme de grandes valeurs, vous
nous avez toujours marqué par votre compétence, votre charisme et
votre humilité. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre
haute considération et de notre sincère respect.*

*A notre maître et juge de thèse : Professeur Ahmed Ghassane el Adib
professeur d'anesthésie et réanimation, chef de service de réanimation
maternelle*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à
notre jury de thèse. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur
aux grandes qualités humaines et professionnelles. Votre compétence et
votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice
de la profession médicale. Veuillez croire, chère Maître, à l'expression
de notre sincère reconnaissance et notre grand respect.*

*A notre maître et juge de thèse : Professeur Badereddine Abir professeur
agrégé de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital militaire
Avicenne de Marrakech*

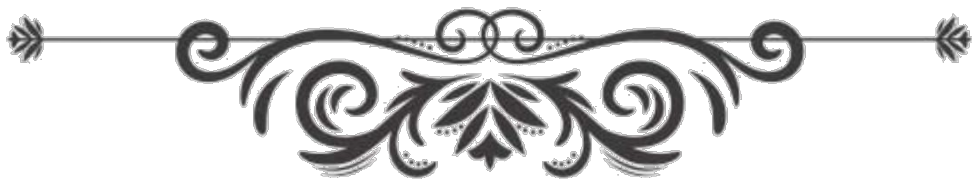
*Vous avez spontanément accepté de faire partie de notre jury. Cet
honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre
profonde reconnaissance. Nous apprécions vos qualités professionnelles et
humaines.*

*Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond
respect.*

*A l'ensemble des enseignants de tout mon parcours scolaire et ceux de la
faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.*



Plan



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	3
I. Matériel:.....	4
1. Type et période de l'étude :	4
2. Cadre de l'étude :	4
3. Population de l'étude :	5
II. METHODES D'ETUDE :	6
1. Mode opératoire :	6
2. Variables de l'étude :	7
III. Analyse statistique des données :	15
RÉSULTATS	16
I. DONNEES DES PATIENTS.....	17
1. les données Epidémiologiques :	17
2. Données anesthésiques.....	19
3. Les techniques opératoires instaurées,.....	20
4. La durée d'hospitalisation,.....	22
5. L'évolution en post- opératoire.....	23
II. DONNEES SUR LES PARTICIPANTS AUX COMPAGNES :	23
1. Effectif Global.....	23
2. Le public cible :	23
III. DONNEES SUR L'EDITION.....	26
IV. LES INCIDANTS ET DIFFICULTES RENCONTREES LORS DES DEUX EDITIONS ?	27
DISCUSSION	28
I. Histoire de la médecine humanitaire.....	29
1. Phase d'humanisation de la médecine.....	29
II. Médecine humanitaire :	33
1. l'action humanitaire.....	33
2. L'action humanitaire dans le domaine de la santé ou médecine humanitaire.....	35
III. L'association « S.O.S FACE MARRAKECH TENSIFT-EL HAWZ» « S.O.S.F.M»	40
1. Création et but.....	40
2. Raisons d'être.....	40
3. Activités.....	42
4. Objectifs et moyens.....	42
IV. Discussion.....	43
1. Forces de l'étude.....	43
2. Limites de l'étude :	44
3. Discussion des résultats.....	44
4. La stratégie de formation des 17ème et 18ème éditions SOS Face Marrakech comparées aux données de la littérature :	50
V. Aléas et difficultés des missions humanitaires de SOS Face Editions 17 et 18.....	53

1. Difficultés générales à toutes les missions humanitaires.....	53
2. Les difficultés inhérentes au manque de ressource et les moyens pour mener une chirurgie de et une formation de masse.....	55
3. Insuffisance du support financier.....	58
RECOMMANDATIONS.....	59
CONCLUSION.....	61
RÉSUMÉS.....	63
BIBLIOGRAPHIES.....	67



La médecine humanitaire s'adresse à des populations marginalisées, éprouvées par une crise ou privées d'accès aux soins. Elle n'a d'autre objectif que de se rendre utile.

La médecine s'inscrivant dans un parcours personnel, professionnel mais également idéologique qui évolue au fil du temps et qui n'est pas généralisable.

Pourquoi partir en mission humanitaire ? Quelles motivations et quelles attentes ? quels sont les difficultés rencontrées lors de ces missions ?

Les motivations intrinsèques à un individu font que celui-ci conduira une action uniquement par l'intérêt et le plaisir qu'il y trouvera, sans attente de récompense externe. Au contraire, une action provoquée par une circonstance extérieure à l'individu (récompense, punition, pression sociale, etc. relèvera d'une motivation extrinsèque.

On distingue communément deux types de missions : les missions d'urgence et les missions d'aide au développement.

SOS Face Marrakech est une ONG , association professionnelle de chirurgiens maxillo-faciaux axée sur le développement qui assure régulièrement des missions humanitaires depuis sa création en 2009 ,Sa particularité étant d'organiser des compagnes humanitaires essentiellement « intra muros » au CHU Mohamed VI de Marrakech intégrées dans le cadre de formation modulaires des résidants en chirurgie maxillo-faciale

L'évaluation de deux éditions 17 et 18 qui traitaient la thématique des fentes labio-palatines au profit de 90 patients et de 97 apprenants soulève les aléas de ce mode organisationnel, deux problématiques celles du traitement des pathologies orphelines articulée à celle de la formation des résidants ; objet d'étude de ce travail de thèse ;

Il s'agit d'une étude analytique de deux éditions intitulées respectivement les ESTIVALES 2017 et les HIVERNALES 2018 organisées au CHU Mohamed VI de Marrakech à l'hôpital Ibn Tâfail et à la faculté de médecine entre Juin 2017 et Février 2018 au profit de 90 patients et 97 apprentis.

Le but de l'étude étant :

- De rappeler la médecine humanitaire
- D'étudier le profil des utilisateurs et des patients ainsi que l'édition
- D'évaluer les aléas de ces éditions
- De proposer des recommandations



Patients et Méthodes



I. Matériel:

1. Type et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive allant du mois de Juin 2017 au mois de Mars 2018.

2. Cadre de l'étude :

L'étude a été réalisée au service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique et stomatologie situé à l'Hôpital Ibn Tofail au centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech, sous l'égide de l'association « SOS FACE MARRAKECH » et en collaboration avec la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Elle a concerné deux éditions de campagnes humanitaires et de formation chirurgicale ciblée au profit des enfants porteurs de fentes labio-palatines et au profit d'un public cible apprenant fait [de médecins mais aussi de personnels para médical.

- La 17^{ème} édition des Journées de formation chirurgicale ciblée de Marrakech : «Estivales SOS Face Marrakech des fentes labio-palatines », du 10 au 12 Juillet 2017.
- La 18^{ème} édition des Journées de formation chirurgicale ciblée de Marrakech : «Hivernales SOS face Marrakech des fentes labio-palatines », du 05 au 15 Février 2018.

Les campagnes humanitaires chirurgicales ont lieu à l'hôpital Ibn Tofail, les patients sont accueillis au service de chirurgie maxillo-faciale et sont tous pris en charge à l'unité d'hospitalisation du service de CMF et suivis au centre diagnostic de l'hôpital IBN Tofail.

La formation des apprenants a eu lieu respectivement à la faculté de médecine de Marrakech sous forme d'ateliers et de conférences plénières et aussi en live Surgery au bloc opératoire de l'hôpital Ibn Tofail.

3. Population de l'étude :

Notre population générale étant constituée de deux catégories :

- Les patients porteurs de fentes labio-palatines.
- Les apprenant fait de médecins mais aussi de personnels para médical.
- Les deux Editions **SOS** face Marrakech.

3.1. Critères d'inclusions :

Nous avons inclus dans notre étude les sujets répondants aux critères suivant :

- Concernant les patients :
 - porteurs de fentes labio-palatine,
 - admis à la consultation dédiée à la compagne,
 - et Opérés pendant la compagne
- Concernant les apprenants :
 - chirurgiens, médecins résidants et internes
 - Disciplines : chirurgie maxillo-faciale et plastique, ORL, pédiatrie et gynéco obstétrique.
- Editions de compagnes humanitaires comportant une formation avec porte folio et canevas pédagogique.

3.2. Critères de non inclusion :

Nous avons exclu de notre étude :

- les patients :
 - malformés non porteurs de fentes labio-palatines
 - et qui ont été perdus de vue
 - les dossiers incomplets
 - Les critères de sélection opératoire

- Age : inférieur à 6 mois
- Poids : inférieur à 3 Kg
- Présence d'une infection respiratoire
- Anémie : Hb < 10 dg/L
- les apprenants : sont exclus de cette étude les externes et étudiants en médecine.
- Les compagnes humanitaires ne comportant pas de formation structurée.

3.3. Echantillon de l'étude :

Le tirage aléatoire simple était notre technique d'échantillonnage, car tous les dossiers des patients admis pour fente labio-palatines étaient recrutés avec les mêmes chances.

En fonction de nos critères d'inclusions, l'échantillon de notre étude a été constitué de 90 patients.

II. METHODES D'ETUDE :

Les patients répondants aux critères d'inclusions ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique sur dossier.

1. Mode opératoire :

Pour chaque dossier une analyse minutieuse était réalisée de l'admission jusqu'au service en faisant ressortir les éléments épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de chaque patient et inscrits sur une fiche d'enquête. Collecte des images scanographiques, et des photos pré et post-opératoires.

Pour chaque Edition SOS Face « estivales » et « hivernales » une analyse aussi minutieuse des affiches, des photos des compagnes, liste des inscrits et des renseignements sur le mode et la stratégie organisationnelle globale (courrier, procédure ...)

2. Variables de l'étude :

2.1. les patients :

a. **La collecte des données des patients :**

Pour la réalisation de notre travail, nous avons établi une fiche d'exploitation afin de recueillir les données relatives aux items à l'étude.

b. **Les items de l'étude sont comme suit :**

- Les données épidémiologiques : L'identité et les antécédents,
- Les particularités de l'examen clinique :
 - ❖ Paramètre :
- Type de fente.
- Caractère primaire ou secondaire.
 - ❖ **Classification des fentes** : [2]
 - ✓ CLASSIFICATION

Les divisions labiomaxillaires présentent une topographie stable et un polymorphisme clinique qui font l'objet de classifications variables selon les critères mis en exergue par leurs auteurs.

La classification d'un défaut congénital a deux buts principaux: clinique bien sûr, mais aussi scientifique afin de bénéficier de bases de données standardisées utiles à la recherche clinique. L'enregistrement des données et leur schématisation doivent intervenir avant toute chirurgie et être simples et claires afin d'être utilisés par n'importe quel membre de l'équipe. La représentation symbolique de l'étendue de la déformation doit permettre immédiatement l'identification des conditions préopératoires du patient ; et après l'avoir complétée par des données supplémentaires issues des modèles d'étude et des études céphalométriques par exemple, la classification participe à l'évaluation objective de l'influence à long terme du type de fente et du traitement sur la croissance faciale.

○ Classification de Veau :

Elle schématise les désordres anatomiques engendrés par les fentes faciales, sans prendre en compte les fentes purement labio-alvéolaires.

Division du voile et de la voûte palatine ne dépassant pas le foramen incisivaire... Figure 1.

Division du voile et de la voûte palatine associée à une fente labio-alvéolaire unilatérale. Figure 2.

La fente intéresse la lèvre et les procès alvéolaires qu'elle franchit dans la région de l'incisive latérale, zone de fusion entre le massif médian et le bourgeon maxillaire. Cette dent est de ce fait fréquemment dédoublée ou absente. Le palais est divisé en un grand fragment comprenant la région incisive et la moitié du palais dur, et un petit fragment. Le vomer est partiellement ou complètement fusionné au grand fragment.

Division du voile et de la voûte palatine associée à une fente labio-alvéolaire bilatérale totale. Figure 3

Le tubercule médian portant les incisives est isolé du palais secondaire et projeté vers l'avant du fait de l'absence de sangle labiale et de la croissance du septum nasal.



Figure 1 : Division du voile et de la voûte palatine d'après Veau.



Figure 2 : Fente labio-alvéolo-palatine unilatérale totale d'après Veau.

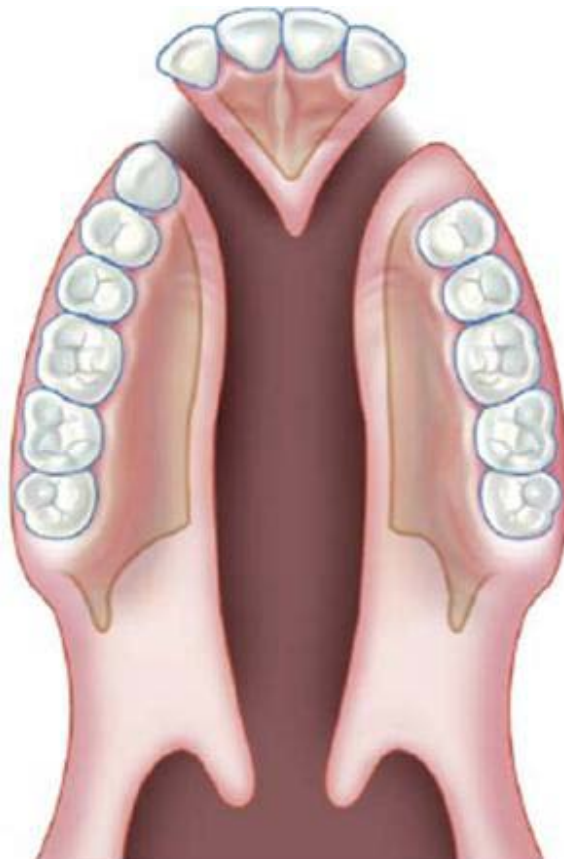


Figure 3 : Fente labio-alvéolo-palatine bilatérale totale d'après Veau.

○ **Classification internationale : classification de Kernahan et Stark**

La confédération internationale de chirurgie plastique a adopté depuis 1967, la classification suivante :

● Fente intéressant le palais primaire : figure 4

On subdivise ces fentes en :

- Fente unilatérale incomplète du palais primaire (1/3, 2/3, 3/3 de la lèvre). Figure 4A
- Fente unilatérale complète du palais primaire (1/3, 2/3 alvéolaire). Figure 4 B
- Fente bilatérale complète du palais primaire (3/3 alvéolaire). Figure 4 C 2.

Association palais primaire et palais secondaire : figure 5 On distingue:

- Fente unilatérale complète du palais primaire et secondaire. Figure 5 A
- Fente bilatérale complète du palais primaire et secondaire. Figure 5 B
- Fente unilatérale incomplète du palais primaire et secondaire. Figure 5 C

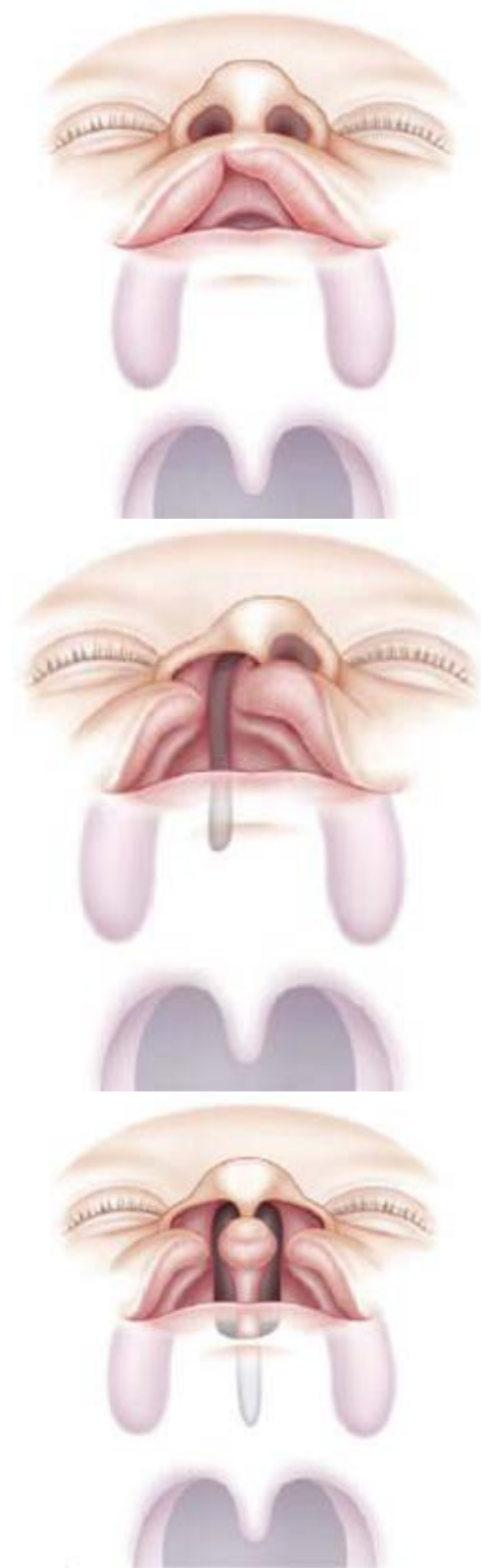


Figure 4 : Fente intéressant le palais primaire d'après Kernahan et Stark.



Figure 5 : Association palais primaire et palais secondaire d'après Kernahan et Stark.

○ **La classification moderne :**

Actuellement la classification de KERNAHAN et STARK établie en 1967 est abandonnée, au profit de la classification moderne qui distingue les formes bénignes et les formes malignes.

◆ Les formes bénignes : figure 6

Elles intéressent la lèvre et le rebord alvéolaire en avant du trou palatin antérieur. Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales. Quand le rebord alvéolaire est intact, on parle de fente labiale simple.

◆ Les formes malignes : figure 7

Dans cette forme, l'os maxillaire est fendu, elles intéressent le voile et la voûte palatine, c'est la fente labio-alvéolo-palatine ou totale.

Tous les intermédiaires peuvent se voir depuis la division de la lèvre jusqu'à la fente du maxillaire ou du palais osseux.

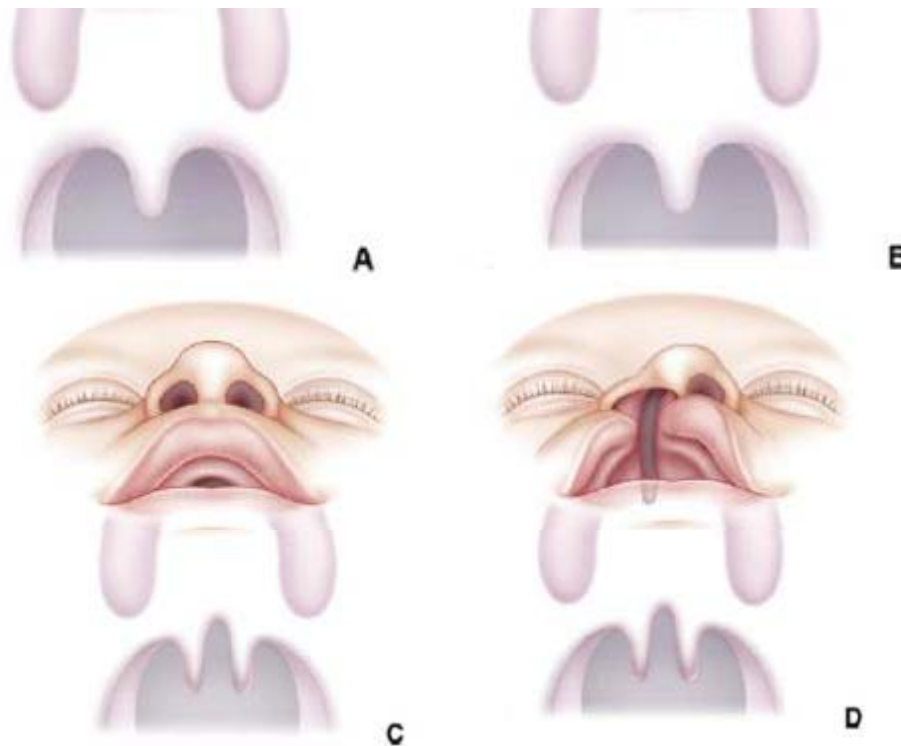


Figure 6 : Exemples de formes bénignes.

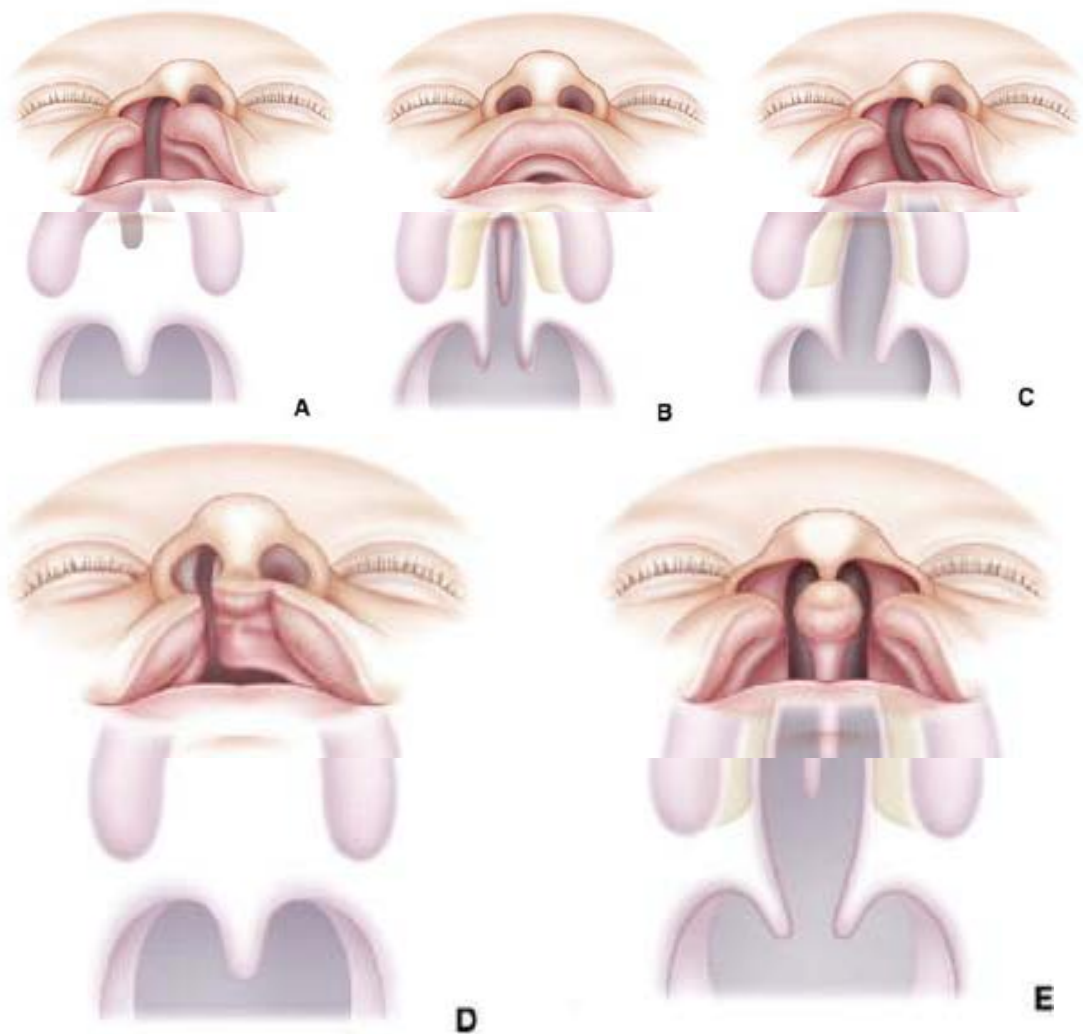


Figure 7: Formes malignes.

- Les techniques opératoires instaurées,
- le Type d'anesthésie
- La durée d'hospitalisation,
- L'évolution en post- opératoire.

2.2.LES PARTICIPANTS à la formation :

- Les apprenants 97 participants :
 - Leur grade
 - Leur spécialité

- Ville d'origine
- Les formateurs encadreurs
 - Grade
 - Spécialité
 - Origine

2.3.LES compagnes :

Pour le complément d'analyse de l'étude il a été proposé les items suivants concernant les éditions humanitaires SOS Face :

- Stratégie organisationnelle
- Particularités de chaque édition
- Incidents et problème lors des eux éditions de compagne humanitaires

III. Analyse statistique des données :

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel version 15.26 pour la confection de la base des données, pour le traitement des données et pour l'élaboration des graphiques. Les résultats des variables quantitatives étaient exprimés en moyenne +/- écart type et ceux des variables qualitatives étaient exprimés en effectif ou en pourcentage. La saisie des textes a été faite sur le logiciel Word version 15.26



I. DONNEES DES PATIENTS

1. les données épidémiologiques :

1.1.Effectif des patients Consultants :

- Nombre total de consultants était de 90 patients, tous évalués sur le plan chirurgical et anesthésique, à J-7 de la date de la campagne humanitaire
- Nous avons reçu à la consultation à J -7 :
 - Lors de la 17eme édition : 31 patients
 - Lors de la 18eme édition : 59 patients

1.2.AGE :

L'âge moyen le jour de la consultation est de 11 ans avec des extrêmes d'âge allant de 9 mois à 35 ans

- Les patients qui ont consulté pour la première fois entre l'âge de 1 mois et 9 mois représentaient : 4 %
- Les patients entre 0 et 5 ans représentaient 16 %.
- Les patients entre 5 et 10 ans représentaient 35 %.
- Les patients entre 10 et 20 ans représentaient 40 %
- Les patients entre 20 et 30 ans représentaient moins de 5%.

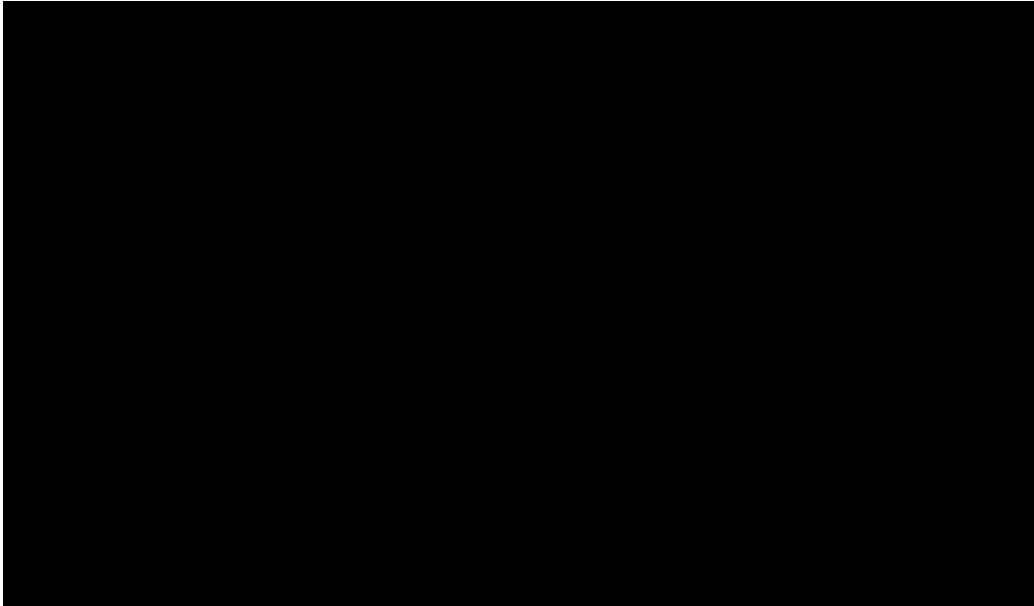


Figure 8 : Effectif des tranches d'âge

1.3.SEXE :

Dans notre série, on a noté une légère prédominance féminine à 52 %

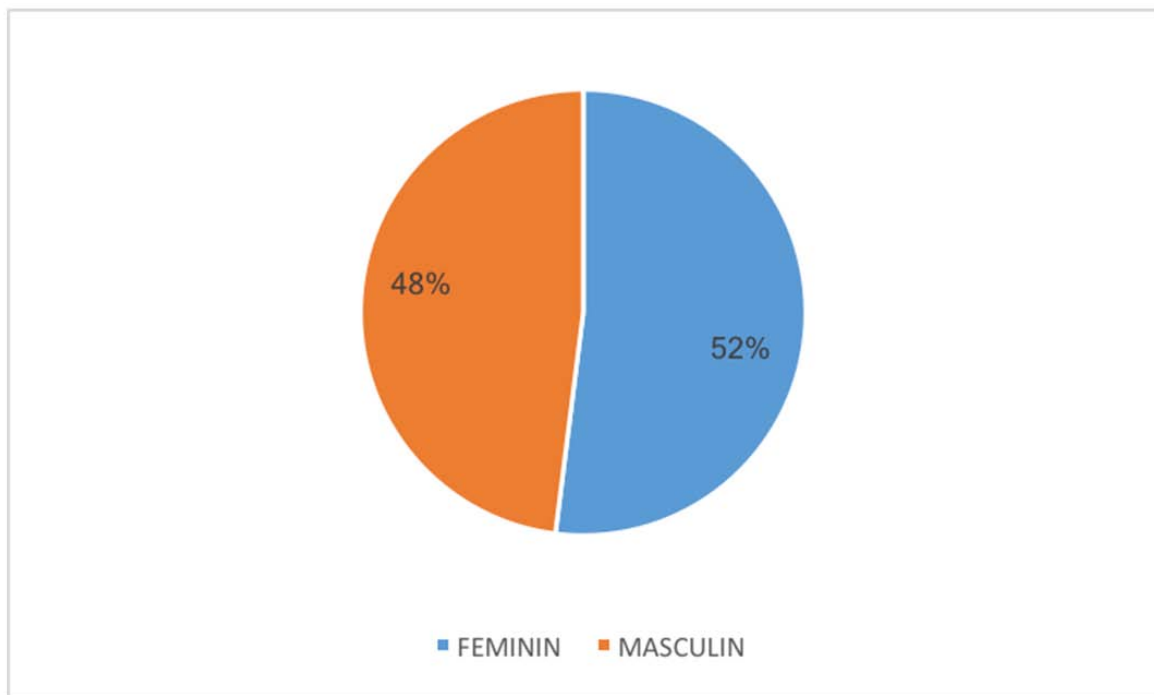


Figure 9 : Effectif du sexe



1.4.LES ANTECEDENTS

a. Antécédents familiaux :

Les cas similaires de fentes labio palatines sont retrouvés dans la famille dans 5% des cas et concernent les fentes syndromiques. La notion de consanguinité chez les parents est retrouvée chez 11% des cas.

Antécédents personnels :

b. Antécédents personnels

La grande majorité de nos patients ont déjà bénéficié d'un geste chirurgical pour fente labio-palatine dans 72% des cas.

- **Les particularités de l'examen clinique : rejoint la classification des fentes.**

- **Fente primaire**

- Type de fente /Classification

- Caractère primaire ou secondaire

- **Séquelles de fentes**

- Nasales

- Labiales

- Vélares

- Palatines

- Maxillaires

2. Données anesthésiques

Toutes les interventions ont été réalisées par le même opérateur dans les mêmes conditions et précautions qu'une chirurgie primaire.

2.1.le Type d'anesthésie

Il a été pratiqué 50 gestes sous anesthésie générale et 9 cas sous anesthésie locale soit 15 % des patients concernant les cas de chéiloplasties

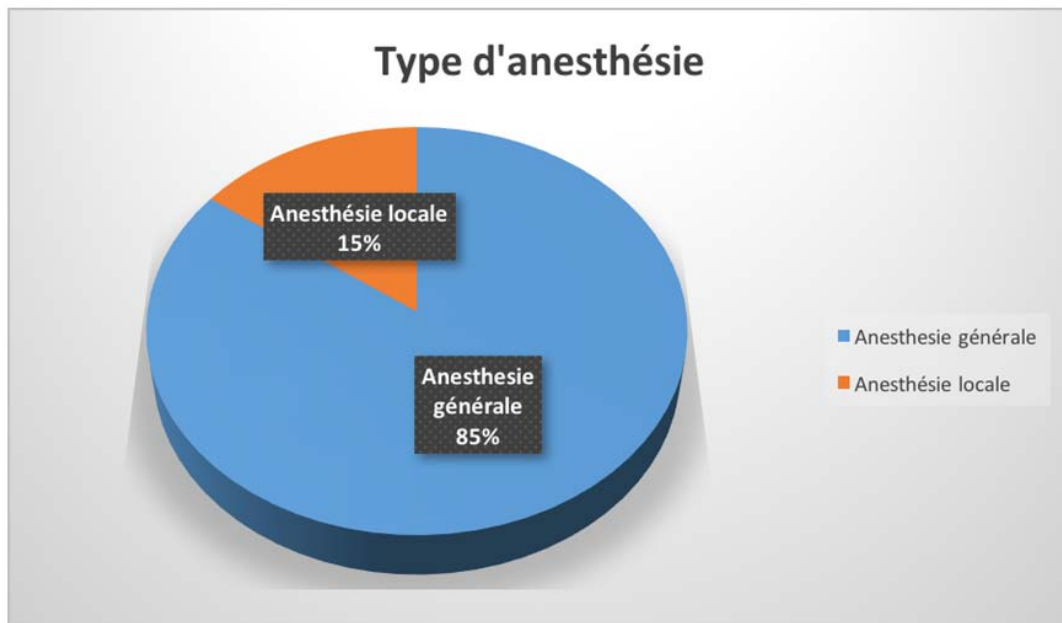


Figure 11 : Répartition selon le type,d'anesthésie

2.2.Type d'intubation :

Le contrôle des voies aériennes supérieures a été assuré majoritairement par intubation orale (56 cas) alors qu'une intubation nasale a été requise pour 3 cas de réparation de fistule par lambeau de langue.

3. Les techniques opératoires instaurées,

Il a été réalisé et enseigné techniquement :

- 13 cas chéiloplasties et retouche de chéiloplastie.
- 2 cas de greffe osseuse.
- 2 cas uranoplasties par lambeau de langue.
- 4 cas rhinoplastie isolée.
- 4 cures de fistules palatines.

- Le reste des techniques reste à étudier.
- les hivernales ont comporté beaucoup de voile et de palais qui a été le thème principal

Tableau I :Programme de la chirurgie ambulatoire

Sami E.: approfondissement vestibulaire	
Kaoutar R. : reprise cheiloplastie	
Imane H. : Révision labiale	
Fatiha O. : Lipofiling labial	
Yusra O. : Cheiloplastie+Extraction 12+plastie V-Y vestibulaire	
Fatiha B. : Réduction labiale	
Rachida L. : Fente labial	
Mohamed C. : Van der woude	
A. Abdelaziz : cheiloplastie	



Tableau II :Programme opératoire du 11 /07/2017

SALLE 1	SALLE 2
A. Hajar : Reprise cheiloplastie 1 an	Khadija E. : reprise Cheiloplastie
J. Majda : Cure fistule 1 an	Khadija e. : Reprise Cheiloplastie
Rayane : 9 mois	F. Karima : Greffe osseuse 6ans
B. Ilyass : Uranoplastie par lambeau de langue 4 ans	K. Karima : Rhinoplastie 14 ans
Aya A. : Rhinoplastie 8 ans	Zakia B. : Uranoplastie par lambeau de langue (22 ans)
A. Neffah : Ostéotomie maxillaire	

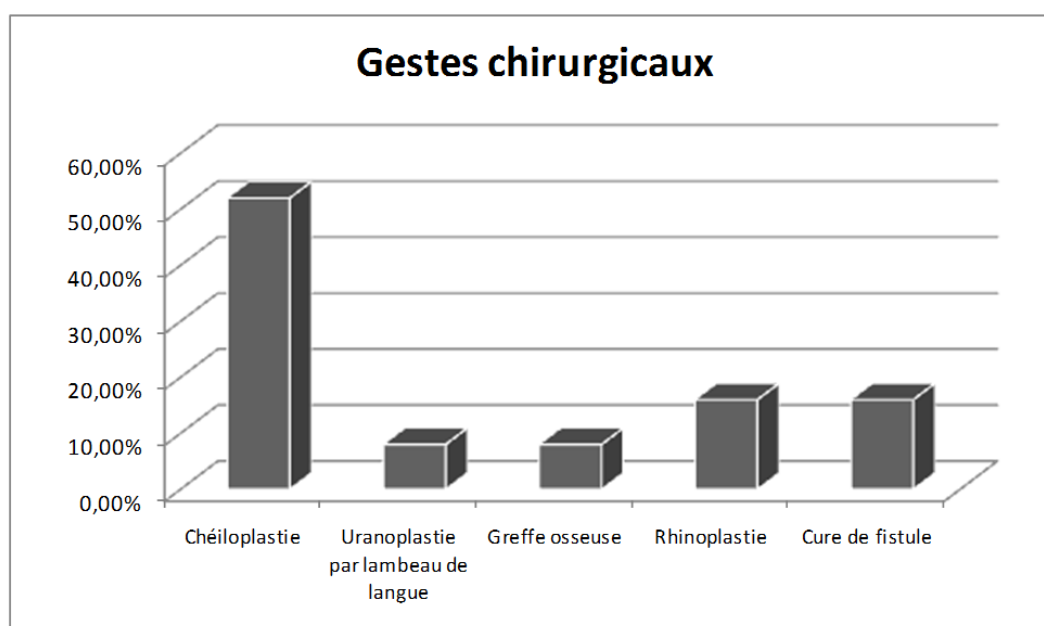


Figure 12 : gestes chirurgicaux

4. La durée d'hospitalisation,

Elles sont en général simples avec une durée d'hospitalisation de courte durée

5. L'évolution en post- opératoire

Les malades sont revues de façon régulière afin d'évaluer le résultat esthétique et fonctionnel et corriger d'éventuelles séquelles. Les malades seront orientés par la suite de façon systématique pour un suivi orthophoniste et une consultation orthodontique.

II. DONNEES SUR LES PARTICIPANTS AUX COMPAGNES :

1. Effectif Global

Le nombre total de participants était de 97, dont 75 résidents en chirurgie maxillo-faciale de diverses villes qui ont profité d'un training chirurgical orchestré par un coordinateur, 17 enseignants et 5 spécialistes en chirurgie maxillo-faciale.

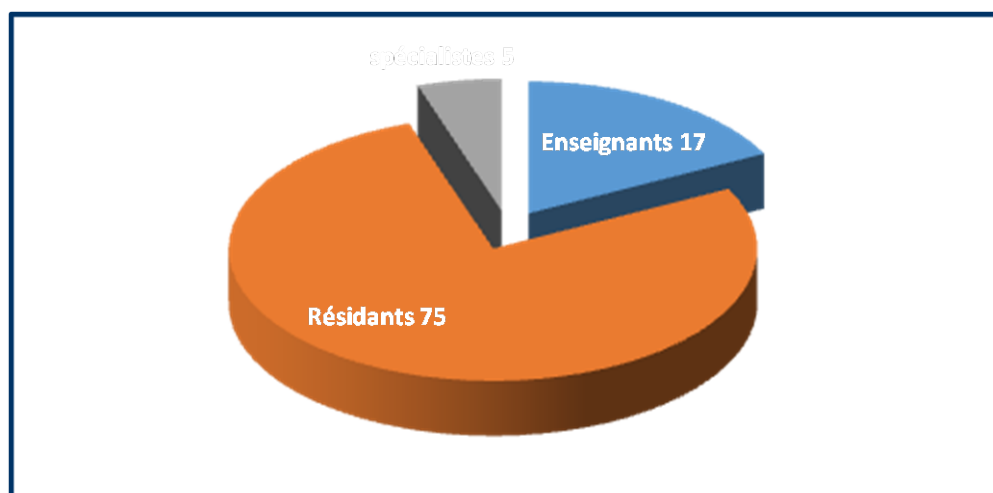


Figure13 : Répartition des participants par titre

2. Le public cible :

- Effectif des apprenants publics cible de la formation par spécialité :
 - Chirurgie maxillo-faciale
 - Chirurgie plastique

- ORL
- Pédiatrie
- Gynéco obstétrique



➤ **Effectif des apprenants publics cible de la formation par grade**

Ces journées ont ciblé un public élargi incluant 97 participants :

- 75 internes et résidents en diverses spécialités : chirurgie maxillo-faciale, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, génétique et chirurgie pédiatrique.
- 5 chirurgiens spécialistes
- 2 maîtres assistants en chirurgie maxillo-faciale

➤ **Effectif des formateurs**



- Effectif global : 23
- La coordination de la formation : Un seul coordinateur de la formation chirurgicale assure la coordination qui est directeur de la spécialité à la FMPM et un seul enseignant coordinateur de l'anesthésie.
- La formation chirurgicale ciblée pratique et théorique Etant assurée, réalisées et démontrées selon la même technique par thème et par 23 opérateurs dans les mêmes conditions et précautions :
 - Participants de l'édition américaine ; Consultation des patients: J1 et J3, Nombre de patients: 59
 - Participants de l'édition estivale :
- Jour de la consultation: 06/07/2017
- Nombre de patient qui ont bénéficié de la consultation: Nombre de patient: 31
- **Sous AG:**
 - J1: 10 patients
 - J2: 13 patients
- **Sous AL: 8 patients**

III. DONNEES SUR L'EDITION

Lors de ces éditions la même stratégie étant utilisé ci-joint la démarche et plan d'action

algorithme organisationnel des compagnes SOS Face Marrakech

Stratégie du plan d'action

1. Evaluation des besoins pédagogique, social et de soin de la pathologie malformative type fente labio-palatine dans notre région à partir des registres du service concernant les patients en attente et du planning de formation résidentielle selon guide de stage des résidents et des modules de formation.
2. Etablissement du plan d'action pré compagne
 - Réserver la disponibilité de la **structure d'accueil** de la chirurgie et de la formation avec ressources et plateau technique au préalable.
 - Etablir un premier **organigramme de travail sommaire à j-30** de la compagne
3. Etablissement du plan d'action de compagne
 - Organiser une **compagne de consultation à j-7** de l'édition
 - Evaluer et Sonder l'effectif des patients opérables après consultation médicale (chirurgicale et anesthésique) et mise au point à J-7de la compagne avec l'équipe médicale et paramédicale
 - Réviser le **planning opératoire définitif** après la consultation et le **canevas pédagogique de formation**
 - Evaluer les **Besoins postopératoires**
 - Revoir le **Support financiers** et sponsoring
4. Organiser une Consultation J+7 /J+30 spéciale compagne
5. Mettre en place un calendrier de suivi à long terme des patients opérés et des patients en attente de chirurgie

IV. LES INCIDANTS ET DIFFICULTES RENCONTREES LORS DES DEUX EDITIONS :

Les principales problématiques de ces 2 éditions sont :

- La difficulté de leur préparation,
- Le manque de moyens locaux,
- La barrière de la langue.
- Manque de produits anesthésiques.
- Une évaluation préopératoire souvent incomplète,
- L'équipement au bloc opératoire est souvent rudimentaire.
- Le suivi est parfois inexistant.
- Les incidents médicaux



I.

Histoire de la médecine humanitaire

Elle peut avoir commencé avec la mise en place des hôpitaux et l'histoire des hôpitaux

1. Phase d'humanisation de la médecine

1.1. Avant l'avènement de l'islam , l'influence de l'école persane sur le monde

Djundaysabur ville persane abritait un grand bîmâristân centre intellectuel où se mêlaient les pensées persane, syriaque, indienne et grec.

Le bîmâristân, est une forme avancée de l'hôpital proprement dit, souvent abrégé en Mâristân, est l'équivalent de ce que nous appelons aujourd'hui l'hôpital.

Le terme bîmâristân est un mot persan composé de deux éléments: bimar qui signifie malade et stan qui désigne le lieu.

Le bîmâristân, étant le lieu des malades, une manière d'humaniser la médecine, particulièrement les malades à isoler qui étaient voués au rejet, un mode de traitement habituel en Europe jusqu'au 17^{ème} siècle

L'influence de cette école perse sur le développement et l'humanisation de la médecine et la médecine arabo musulmane est incontestable et ce bien avant la conquête de la Perse par les armées arabes.[3]

1.2. Epoque Médiévale

a. Dans le monde arabo musulman

a.1. Monde oriental

- la naissance de l'idée d'hôpital chez les musulmans remonte aux premières années de l'Islam selon Ibn Hicham et attribue sa construction au Prophète lui-même « une tente à l'intérieur de la mosquée à Médine pour y accueillir Saad Ben Maad » blessé dans la Bataille du Khandaq

- Al-Harit Ibn Kilada, le 1^{er} médecin arabe au temps du Prophète, avait fait ses études dans le bimaristane de Djundaysabur avant même l'avènement de l'Islam
- le khalife Al Mansour avait fait appel, en 148 H/765 JC, à Georgish Ben Bakhtishu, le chef des médecins de Djundaysabur pour le soigner
- Jabril Ben Bakhtishu fils de Georgish veille à la construction à Bagdad d'un bimaristane du temps de Haroun Ar-rachid (170-193 H) semblable à celui de Djundaysabur qui devint le prototype de nombreux établissements hospitaliers dans d'autres villes du monde islamique

Vers le 8^{ème} siècle et jusqu'au 13^{ème} siècle, âge d'or des connaissances dans le monde arabo musulman, on assistât alors une révolution de l'approche médicale devenue désormais plus scientifique, universitaire et à dimension sociale avec humanisation de la médecine dans les Bîmâristâns arabo musulmans : séparation des sexes et de spécialités médicales, mode de gestion structuré, architecture saine et majestueuses, allocation rendues aux familles de patients hospitalisés nécessiteux.

a.2. Histoire de l'humanisation de la médecine au Maroc

le premier grand Bîmâristân humanisant la pratique médicale connu au début du XII^{ème} est celui que le sultan Almohade Yaakoub al Mansour (580-595 H./1184-1199 J.C.) créa à Marrakech. (3)

Ce bîmâristân, que l'historien marocain Abd Al Wahid Al Murrakuchi décrit, dans son livre « Al Mu'jib », comme un magnifique établissement à dimension hospitalo universitaire et sociale, semble avoir été détruit, mais on ne sait pas par qui ni à quelle date, « l'hôpital Dar Alfaraj n'a pas son pareil au monde ».

- **Choix du lieu** : bien orienté par rapport au soleil et à proximité des locaux du Calif et de la grande mosquée

Selon Charles Alain Gaston Duverdun, Istibssar, Almoojib le Kalif Almansour de la dynastie Marocaine Almowahid ordonna la construction du plus grand Bimaristane de l'époque à Marrakech approximativement Entre la mosquée Koutoubia et la mosquée Al Mansour (Moulay Liazid) près des locaux du kalif

وضع دارالفرج شرقي الجامع المكرم
تخير ساحة فسيحة باعدل موضع في البلد

○ **Fonction hospitalo-universitaire à dimension sociale**

- Fonction hospitalière et sanitaire : maladies organiques et mentales.
- Dimension sociale : **Payement des allocations aux nécessiteux leur permettant de subsister jusqu'à leur rétablissement**
- Fonction universitaire : Abu Ishaq Adani et ces deux fils donnaient des cours de médecine (Mémorial du Maroc) . Ces bîmâristâns servaient de lieu de d'apprentissage de la médecine par d'imminents médecins de l'époque tels Ibn Sina ,Ibn Rochd, Aboulkacem Zahraoui avec enseignement de la médecine à leur niveau.

○ **Mode de gestion** : Etablissement public sous la responsabilité du makhzen qui le subventionnait directement et non sous les dépendances des instances religieuses du pays tel en occident européen, sans aucun bénéfice **avec des services gratuits.**

○ **Organisation médicale structurée** : Séparation des sexes, Spécialisation des locaux, l'organisation des services médicaux, la maison des sirops et des pommades, le corps des hommes et des femmes médecins, les Apothicaires qui assurent la préparation des sirops, des pommades, des onguents et alcools

○ **Organisation administrative structurée** : La notion d'hiérarchie, Secrétaire ou l'administrateur , Médecin, Abu Ishak Addani, Corps médical et infirmier ,Personnel de Gestion, financement ,Personnel de Ménage, Buanderie, Cuisiniers,

- Architecture Stylée et majestueuse : La cour à bassins et à péristyle, Plantes odoriférantes, Arbres fruitiers, Bains, Cuisines, Buanderie, Décoration et esthétique Garniture en tissus précieux: laine, lin, soie.

L'influence de la médecine arabo musulmane sur le développement et l'humanisation de la médecine est incontestable et ce bien avant la renaissance dans le monde occidental et ce jusqu'au 17^{ème} siècle

- En occident européen

L'hôpital du V^e au XV^e siècle en France était à Vocation religieuse, une véritable œuvre de charité sous la dépendance de l'église : accueil des humbles et ou L'assisté était considéré comme un pénitent, sa souffrance étant soulagée par la compassion.

La notion de l'humanisation du soin au vrai sens du mot était loin de la réalité vue la structure particulière de l'hôpital européen de l'époque :

- Sa Situation
 - A l'ombre de la cathédrale
 - A proximité de l'eau et l'évacuation.
- Ses Fonctions : l'isolement des pestiférés, des lépreux, L'hospice des Incurables et Grands enfermements des indésirables
- Ses Ressources financières : Charité individuelle
- Ses Ressources humaines : Placées sous l'autorité de l'évêque et Sous les ordres spécialisés de l'église
- Son Architecture : monumentale Vaste halle

Vers le XII^e siècle ,l'humanisation des hôpitaux peut avoir commencé avec les Hospitaliers Lors de leurs croisades, les Hospitaliers construisent des hospices ,les plus grands hôpitaux seront construits à Saint-Jean-d'Acre à Rhodes puis à Malte pour éviter les épidémies ,ces hôpitaux étaient sous la dépendance de l'église avec les particularités suivantes :

- les malades sont un par lit, voire par chambre à l'époque une tenture en toile ;
- les draps peuvent être changés tous les trois jours ;
- la quarantaine est utilisée ;
- les médecins sont recrutés du monde arabo musulmans, juifs ou chrétiens qui étaient à l'époque en plein essor scientifique étant donnée le mode évolué de la médecine hospitalière structurée et scientifique de l'époque

À cette époque, les hôpitaux européens sont très en retard sur ces méthodes.

1.3.Époque contemporaine

L'évolution de la médecine hospitalière s'est assise dès le 19^{ème} siècle avec l'avènement des 1^{ère} et 2^{ème} guerres mondiales ou on assiste à une révolution médico-chirurgicale.

II. Médecine humanitaire :

1. l'action humanitaire

1.1.Définitions

L'adjectif humanitaire (du latin humanitas : nature humaine) qualifie les organisations œuvrant pour le bien-être et le bonheur de l'humanité, l'amélioration de la condition des hommes et le respect de l'être humain.

Ainsi l'humanitaire se veut aider les plus défavorisés au nom de la solidarité humaine.

Le terme humanitaire est apparu pour la première fois sous la plume de Lamartine pour désigner une attitude de bienveillance envers l'humanité, humanité considérée comme un tout.

L'action humanitaire comprend la protection des civils et des personnes qui ne participent plus aux hostilités, ainsi que l'approvisionnement en nourriture et en eau, la fourniture d'un abri et d'articles de première nécessité, et la prestation de services d'hygiène et de santé.

Elle est entreprise dans l'intérêt des personnes touchées et en vue de faciliter le retour à la vie et à des moyens de subsistance normaux (Code de bonne conduite en matière d'assistance humanitaire Approuvé à Stockholm, le 17 juin 2003) [5]

Rony Brauman, ancien président de Médecins sans Frontières (MSF), a donné de l'humanitaire sa définition suivante : « l'action humanitaire est celle qui vise sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ces capacités de choix ».

Philippe Ryfman définit le concept ainsi : « l'action humanitaire est une assistance fournie par un seul ou une conjonction d'acteurs, s'insérant à des niveaux variés dans un dispositif international d'aide, régie par un certain nombre de principes, et mise en œuvre, au profit de populations dont les conditions d'existence du fait de la nature ou de l'action d'autres hommes (conflits armés internes ou internationaux) sont bouleversées, l'intégrité physique atteinte, voire la survie compromise » [6]

1.2. Les objectifs de l'action humanitaire sont les suivants :

Sauver des vies, alléger les souffrances et maintenir la dignité humaine pendant ou après les crises d'origine humaine et les catastrophes naturelles, ainsi que prévenir ces situations et mieux s'y préparer.

- Une action humanitaire devrait être encadrée par les principes humanitaires suivants : L'humanité, dont le rôle central est de sauver des vies humaines et d'alléger les souffrances peu importe où elles se trouvent ;
- L'impartialité, soit la mise en œuvre de mesures axées uniquement sur les besoins, sans discrimination entre les populations touchées ou en leur sein
- La neutralité, c'est-à-dire que l'action humanitaire ne doit favoriser aucune des parties dans un conflit armé ou tout autre différend où une intervention est menée ;

- L'indépendance, c'est-à-dire l'autonomie des objectifs humanitaires par rapport aux objectifs politiques, économiques, militaires ou autres que peut exprimer une des parties pour des secteurs dans lesquels une action humanitaire est réalisée.

2. L'action humanitaire dans le domaine de la santé ou médecine humanitaire

2.1. Définition de La médecine humanitaire

La médecine humanitaire s'adresse à des populations marginalisées, éprouvées par une crise ou privées d'accès aux soins. Elle n'a d'autre objectif que de se rendre utile. La médecine s'inscrivant dans un parcours personnel, professionnel mais également idéologique qui évolue au fil du temps et qui n'est pas généralisable.

2.2. Bases de fondement

La déclaration des droits de l'homme ,la structuration du code de déontologie ,l'atrocité des guerres ,l'inaccessibilité des populations nécessiteuse dans le mode au soins avec le devoir d'ingérence, il faut soigner et témoigner, parler, dénoncer les atrocités qui se produisent dans le monde : c'est un devoir pour les médecins, au même titre que porter assistance, distribuer des vivres et délivrer des soins¹[réf. à confirmer].

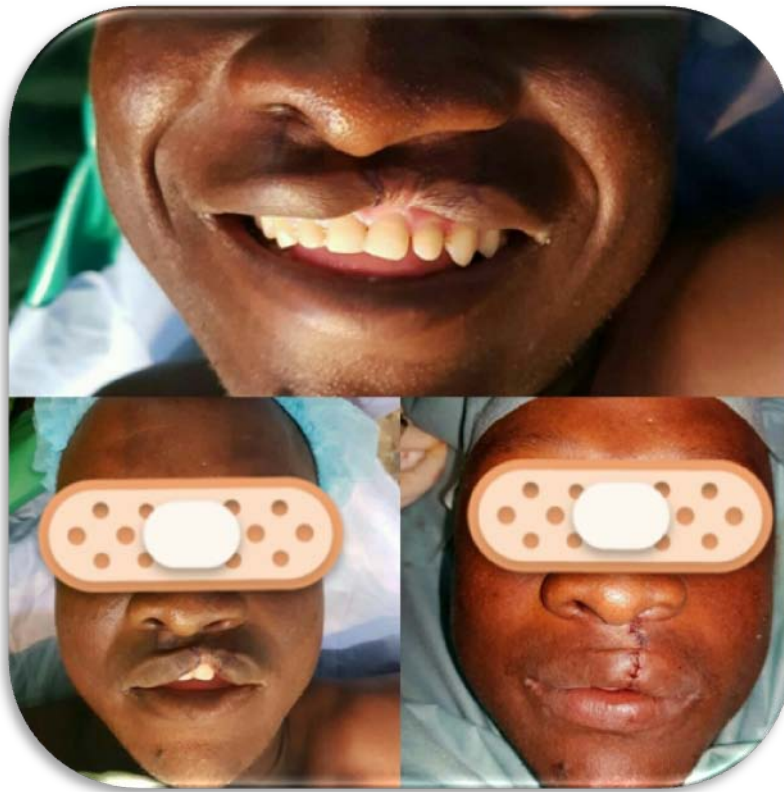
Tous ces aspects voient développer la médecine humanitaire au près des associations humanitaires (croix rouge, croissant rouge) voir dans des associations humanitaires de médecine générale ou bien médicales spécialisées : médecin du monde , médecins sans frontières ,Opération Smile)

L'associations humanitaire de la Croix-Rouge fort ancienne et comporte aujourd'hui

- Comité international de la Croix-Rouge humanitaire s'occupe de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance.

- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge humanitaires, (sans conflits armés, sans situations de violence) s'occupe de l'organisation des secours en cas de catastrophes, de la préparation aux catastrophes, de l'aide médicale communautaire et du développement des capacités locales.
- Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

2.3. Différents types de missions humanitaires



Compagne humanitaire au Nigeria

On distingue trois grandes catégories de missions humanitaires

a. Les missions de substitution, ou le modèle américain

- **Missions d'urgences** Il s'agit d'intervention d'urgence en période de crise (conflit armé ,épidémie ,catastrophe ...)nécessitant une action immédiate

médicale de logistique .Elles s'inscrivent dans une logique de substitution du fait de la défaillance du système de santé .Elles sont en général de courte durée et limitées géographiquement (cas de mission médicales assurée par les militaires au Maroc à cause de difficulté d'accès au soin par catastrophe naturelles ,intervention dans les fronts de guère.. ...)

- Des **opérations de chirurgie réglée de masse** permettant d'opérer le maximum de patients avec une infrastructure très conséquente en moyens humains et en matériel. L'efficacité de ces missions de substitution est maximale, néanmoins elles n'ont pas pour vocation première l'enseignement local.

b. Missions de développement

Les missions de formation, ou modèle européen : en plus de la chirurgie en masse Elles ont pour but la promotion de la santé des population en renforçant l'accessibilité aux soins en collaboration avec le personnel local ce qui implique un appui et non une substitution. Cela passe par la formation et l'encadrement pratiques du personnel médical et paramédical et la mise en place de projets de développement des structures hospitalières spécialisées intégrés dans le contexte culturel et politique afin d'assurer leurs pérennité ; Ils sont étalés sur plusieurs années .

c. Le modèle de partenariat avec jumelage de 2 hôpitaux et échanges réguliers de personnels : missions sur place et formation dans d'autres pays

SOS Face s'inscrit dans la dimension de développement avec la particularité en plus d'axer les deux éditions 17 et 18 sur la formation pédagogique structurée en intra muros.

2.4.Médecin humanitaire

Généraliste ou spécialiste, le médecin humanitaire a un triple rôle : soigner des populations dans un contexte de crise, mettre en place des programmes de prévention et de développement des soins, former des équipes médicales sur place. Il est recruté par une organisation non gouvernementale (ONG) pour une mission de quelques mois ou 1 an. De nombreux médecins alternent missions humanitaires et exercice dans leurs pays avec la possibilité d'évoluer vers la fonction de coordinateur médical de mission.

a. Les missions

Sont élaborées dans un projet de soin général avec l'équipe soignante

La plupart des ONG recrutent leur personnel expatrié sous statut de volontaire. Les volontaires de la solidarité internationale bénéficient d'une prise en charge du transport, de l'hébergement et des frais de vie sur place, de la couverture sociale et d'une indemnité mensuelle. Les personnels médicaux représentent environ 6 % du nombre total de volontaires en mission, mais plus de 30 % des départs dans une ONG comme Médecins sans frontières.

Les missions durent en moyenne de 6 mois à 1 an. Le volontariat médical s'insère relativement facilement dans la continuité d'une carrière. Les médecins libéraux alternent souvent missions et remplacements de médecins en France. Ceux qui ont participé à des actions de santé publique éprouvent parfois le besoin de continuer dans cette voie, de retour en France.

Avec de l'expérience, le médecin humanitaire peut évoluer vers la gestion de programmes de santé humanitaire. Le coordinateur médical participe à l'analyse des besoins. Il élabore aussi des projets en relation avec les autorités locales. Certains médecins accèdent à des postes de coordinateur au siège de l'ONG.

b. Salaire

Variable en fonction des missions et de l'employeur. Tous ses frais sont pris en charge. Au bout d'un an, il perçoit un salaire à hauteur du SMIC, qui augmentera en fonction de ses responsabilités. Le mode d'action est basée sur le bénévolat, en général les équipes sont logés et nourris lors des compagnes, dans tous les cas les statuts des ONG varie d'une association à l'autre, les missions varient également d'une action à l'autre .

c. Cadre d'exercice

Le médecin humanitaire travaille pour une organisation non gouvernementale (ONG) dans un pays où celle-ci assure un programme d'urgence ou de développement. Sur place, il exerce dans un dispensaire, un hôpital, un camp de réfugiés, ou au sein d'équipes mobiles. En urgence, il peut intervenir lors de conflits armés, de catastrophes naturelles...

En fonction du programme de la mission, différents moyens sont mis en œuvre : consultations et soins, enquêtes épidémiologiques, enquêtes nutritionnelles, réunions d'information et de formation. Le médecin collabore avec d'autres soignants (sages-femmes, infirmier, puéricultrices...) et avec des équipes locales. Il a un rôle pédagogique important auprès de celles-ci. Un programme de développement se poursuit après le départ de la mission humanitaire.

d. Compétences

Généraliste ou spécialiste

Les missions humanitaires font appel à des médecins généralistes et spécialistes. Les formations en santé publique, épidémiologie, médecine tropicale, maladies infectieuses et médecine d'urgence sont un atout. Les pathologies et les traitements diffèrent souvent des pratiques occidentales.

e. Nature du travail

e.1. Urgence ou développement

Le médecin humanitaire intervient dans différents contextes : soins d'urgence lors de conflits ou de catastrophes, mise en place de services de santé de post-urgence, programmes de santé orientés vers la prévention et l'éducation à la santé.

e.2. Consultations et soins

Le médecin, généraliste ou spécialiste, assure des consultations dans des centres mobiles ou des hôpitaux. En situation de crise, il doit adapter sa pratique à des moyens techniques limités.

e.3. Prévention et éducation

Dans le cadre d'un programme de développement, le médecin humanitaire évalue les besoins de la population et met en place des actions de prévention : programmes axés sur la

tuberculose, les maladies tropicales, le sida, la drogue... Médecin nutritionniste, il peut piloter des projets de prévention de la malnutrition et mettre en place des centres de renutrition. Quel que soit le contexte, il encadre des infirmiers et du personnel local.

III. L'association « S.O.S FACE MARRAKECH TENSIFT-EL HAWZ» « S.O.S.F.M»

1. Création et but

Appelée « S.O.S Face Marrakech Tensift El Haouz » et dont le sigle est « S.O.S F.M », L'association est une organisation marocaine à caractère Régional à Marrakech et à but non lucratif ,créée et domiciliée en Décembre 2009 au service de chirurgie maxillo-Faciale à l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohamed de Marrakech .

SOS Face Marrakech a pour but de lutter contre la défiguration afin de répondre au besoin quotidien de prise en charge adéquate de la face traumatisée délabrée ,malformée ou bien cancéreuse forcément défigurée et l'handicap qu'elle engendre.

2. Raisons d'être

2.1.Le constat de l'équipe de chirurgie maxillo-faciale du CHU Mohamed VI de Marrakech

a. d'un flux important de patients particuliers

- d'une pathologie riche avec des cancers dépassés, des malformations inclassables adultes et pédiatriques et d'une traumatologie endémique
- Patients en majorité nécessiteux qui conjuguent à l'ignorance l'éloignement des centres de santé
- Patientèle porteuse de défiguration faciale particulièrement jeune et demandeuse de réparation.

b. D'une volonté de s'organiser en association pour s'impliquer plus dans le processus du soin et de la formation

Un besoin de nécessité constaté par les membres fondateurs de SOS Face Marrakech, tous chirurgiens ou résidants en chirurgie maxillo-faciale, lors de leur pratique au quotidien.

Ces médecins qui partagent le souci, en quête d'une prise en charge globale, l'espoir continu et continué d'aide aux patients nécessiteux dans les régions enclavées du Maroc profondet le besoin d'assurer la formation adéquate et continue nécessaire pour les médecins en cours de formation.

c. Le constat d'actions sporadiques menées par des associations internationales

Le Maroc comme beaucoup d'autres pays africains connaissait beaucoup de campagnes humanitaires de traitement des fentes labio-palatines organisées par des organisations internationales non gouvernementales.

Ces campagnes ramènent avec elles leur propre personnel chirurgical et paramédical et font faiblement appel aux compétences locales mais elles soulevaient la problématique d'une prise en charge sporadique avec le constat suivant :

- Caractère sélectif des patients
- Pas de suivis des patients
- Pas de personnalisation du soin.
- Pas de formation d'une équipe locale

2.2. Opportunités régionales

1. L'existence du CHU Mohamed VI et de la Faculté de Médecine de Marrakech disposant d'un projet hospitalo-universitaire conscient des particularités régionales et axé entre autre sur de la médecine solidaire
2. La création d'un service et d'une équipe de chirurgie maxillo-faciale performante, engagée et leader au Maroc
3. La nécessité de former une génération de médecin résidant demandeuse d'une formation solide et d'une autonomie à l'issue de leur formation.

3. Activités

L'association contribue au progrès de la chirurgie maxillo-faciale en se basant sur les efforts de recherche existants, encourage les réseaux de recherche, en particulier avec les institutions de tous les pays et développe la collaboration avec les instances et les agences nationales et internationales pertinentes et recherchera toute affiliation adéquate.

4. Objectifs et moyens

Le constat au Maroc d'une chirurgie Maxillo-faciale encore timide nécessitant en même temps le recours à la société civile et à plusieurs spécialistes travaillant dans ce champ d'action clinique partageant la même philosophie de pensée et d'action Il a été crée ainsi cette association afin de regrouper tous les chirurgiens maxillo-faciaux issues du CHU Mohamed VI .

Les objectifs de l'association issue des statuts de SOS Face Marrakech sont comme suit :

1. Organiser et coordonner toutes formes d'actions en faveur de la protection du patient et de la pratique médicale en chirurgie maxillo-faciale stomatologie plastique esthétique
2. Assurer son travail traditionnel d'être disponible pour :
 - Améliorer les conditions de la traumatologie Maxillo-faciale et ses séquelles.
 - Progresser dans le domaine de la Carcinologie
 - Gérer les grands « défigurés » de la face.
 - Traiter la malformation crânio-maxillo-faciales
3. Renforcer le fonctionnement du CHU Mohamed VI : performances techniques , formation continue, recherche, développement ...EN chirurgie Maxillo-faciale **stomatologie ,plastique et esthétique**).
4. Articuler la relation Faculté de médecine et CHU Mohamed VI: la formation médicale continue , la recherche scientifique et l'Organisation et le sponsoring des activités scientifiques dans les domaines de la chirurgie maxillo-faciale
5. Renforcer l'ouverture du CHU Mohamed VI sur La santé la régionale

6. Participer aux débats sociétaux inhérents à la discipline : l'Handicap/ Défiguration, Chaumage /Accidents de la voie publique, santé de la femme et de l'enfant /Malformations cranio-faciales, maladies transmissibles / hygiène buccale/ Caries dentaires fléau social
7. Contribuer à l'approfondissement de la prise de conscience de la société civile : prévention et de prise de dispositions.
8. Renforce l'ouverture du CHU Mohamed VI sur le monde culturel et artistique de la région
9. Consolider des liens scientifiques, d'amitié et de fraternité entre les membres de l'association et du corps de la chirurgie maxillo-faciale sur le plan national, Maghrébin, Arabe, africain et du monde entier
10. Utiliser tous les moyens légaux tels que l'édition d'un journal d'information et d'un site web sur les activités de l'association

IV. Discussion

1. Force de l'étude

1.1.Représentativité de l'échantillon

L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique [7]. Il avait été sélectionné, les formateurs, le public cible de la formation ainsi que les patients bénéficiant des soins pour les deux compagnes, pour pouvoir mener la réflexion sur la problématique et répondre aux objectifs de l'étude à la question de l'étude : aléas de la prise en charge des patients en compagnes SOS Face Marrakech .?

Les interviewées étaient exclusivement des chirurgiens maxillo-faciaux spécialistes et diplômés plus de trois années ou bien des enseignants en médecine et qui ont participé à au moins une mission de développement SOS face Marrakech humanitaires. Ils étaient d'âge variés, de milieux d'exercice mixte privé et public mais en majorité enseignants ce qui nous avait permis d'obtenir un échantillon diversifié. Le but de cette sélection était d'avoir une population avec une richesse d'opinions différentes travaillant en partenariat avec les instances

représentatives de ces spécialités (Collège National de chirurgie maxillo-faciale ,la faculté de médecine de Marrakech et le chu Mohamed VI de Marrakech, l'association marocaine des chirurgiens maxillo-faciaux)

1.2.La méthode

Nous avons choisi une étude descriptive qualitative réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés dont les guides d'entretien comportant des questions ouvertes permettaient aux interlocuteurs de s'exprimer librement.

Ils ont émis leurs opinions selon leurs vécus et les problématiques avec lesquelles ils avaient été confrontés. Le plan ainsi que l'ordre des questions définis arbitrairement n'étaient pas fixes, laissant la liberté d'expression à l'interviewé. Après chaque entretien semi-directif, les guides d'entretiens avaient été l'objet de quelques modifications afin d'intégrer les nouveaux éléments qui apparaissaient

2. Limite de l'étude :

Les conditions de réalisation des entretiens : Afin de ne pas être obligé de réduire géographiquement les recherches, un certain nombre d'entretiens ont été réalisés par téléphone. En effet, il a permis une certaine qualité d'interrogation favorables au dialogue sans influence .Néanmoins le phénomène temporel d'interviewer les chirurgiens enfin de journées rendaient les réponses contraignantes, plus rapide, succinctes et incomplètes

3. Discussion des résultats

3.1.La formation des chirurgiens maxillo-faciaux

Parmi les pays offrant une formation de base spécifique de chirurgie maxillo-faciale, Le Maroc, le diplôme étant délivré au terme de sept années d'étude et de cinq années de résidanat Cependant la chance de pouvoir maitriser la compétence chirurgicale utile dans les pathologies orphelines telles les fentes labio palatines ne pouvant être acquise qu'en chirurgie de masse ou bien un training Cadré telle nos compagnes SOS Face Marrakech.

3.2.L'expérience professionnelle :

Les ONG, demandent une expérience professionnelle entre deux et cinq ans d'expérience avant un premier départ.

Pour les chirurgiens comme pour les organisations humanitaires, il s'agit de reconnaître et d'exploiter au mieux les savoirs acquis, quelques soient leurs natures : expériences et formations sont à l'origine des compétences professionnelles. Celles-ci ne peuvent exister que s'il y a maîtrise du sens :il est nécessaire d'investir la mission pour en comprendre la finalité, en d'autres termes, comprendre les objectifs et les moyens à disposition permettant leurs mises en œuvre les praticiens de des deux éditions ont plus de 3 ans d'exercice et en majorité enseignants maîtrisant l'art de la démonstration académique

Guy le Boterf⁹ définit la compétence comme «l'action au cours de laquelle sera utilisée la compétence (...) la compétence ne se résume donc pas à la combinaison des connaissances mais découle de divers processus : l'action passée, actualisée sous forme d'expérience, l'action présente, qui révèle et valide, la compétence, et expérimente pour générer des compétences futures (...) la compétence ne préexiste pas à un acte, elle en émerge » (Le Boterf, 1994) [9].

3.3.L'engagement en humanitaire versus qualités humaines

L'engagement humanitaire n'est pas qu'affaire de compétences professionnelles et les qualités humaines ont une place prépondérante. Certaines ONG y accordant davantage d'importance qu'un diplôme ou une formation complémentaire relative à la médecine humanitaire Les capacités d'adaptation à une situation inconnue et l'ouverture d'esprit sont des qualités venant souvent de l'éducation reçue et s'acquièrent parfois par l'expérience. Certains individus y sont davantage prédisposés. L'élan de solidarité, l'envie d'aller vers l'Autre et la volonté de donner sans attendre de contreparties, cités souvent par nos équipes, sont des qualités rares et l'on peut dire quel choix du métier mobilise déjà ces dispositions. De même, les capacités à s'auto-évaluer, et à remettre ses pratiques en question sont fondamentales dans un pays où sa légitimité n'est pas toujours évidente aux yeux du personnel local et parfois des patients.

L'exercice humanitaire dans les pays en voie de développement implique une confrontation quotidienne avec la difficulté, dans notre contexte, nous faisons face à notre culture, à nos croyances et à une médecine à double vitesse au sein d'un même cadre universitaire, celle des nécessiteux se faisant en compagnie ce qui nous impose l'intra muros et celle des autres se faisant en activité habituelle. Il est indispensable pour les soignants de faire preuve de flexibilité, de souplesse, de respect et surtout d'humilité.

Ces exigences sont plus strictes à l'étranger, les expatriés voient inévitablement les populations locales et leur environnement avec leurs yeux d'occidentaux. Ainsi, la culture européenne, fabrique souvent un jugement erroné sur certains aspects de la vie locale. Le risque est de ne pas chercher à comprendre et à estimer ses propres pratiques prévalentes. Comme le souligne Albert Jacquard : « Il faut prendre conscience de l'apport d'autrui, d'autant plus riche que la différence avec soi-même est plus grande. »[10]. L'inter-culturalité définie comme « l'ensemble des processus (psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels) générés par les interactions des cultures, dans un rapport d'échange réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation »[11] nécessite de la part des soignants expatriés de conjuguer les savoirs réciproques, après avoir identifié les difficultés de santé en lien avec les questions culturelles, les écueils qui découleraient des croyances et des pratiques, et de repérer les itinéraires d'accès aux soins préexistants.

C'est ainsi que dans le cadre humanitaire, les chirurgiens doivent redoubler d'efforts pour recueillir des signes et des symptômes que le patient a du mal à transmettre de par sa langue, et de par une culture scientifique inexistante.

L'esprit de solidarité qui caractérise ces chirurgiens se traduit par un élan vers l'Autre, et sûrement une certaine capacité à se penser « citoyen » réfléchissant à l'impact de la citoyenneté et pourquoi pas à la mondialisation quand on est en mission internationale dans le quotidien, pour chercher ensemble des solutions.

Cette conscience de ses responsabilités s'exprime dans le fait que défendre les droits des autres, c'est peut-être aussi vouloir préserver ses propres droits. C'est justement l'existence de

zones de non-droit qui est emblématique d'une mise en péril des droits de l'Homme. L'engagement humanitaire de ces chirurgiens était peut-être une manière de permettre un accès à ces droits qui font souvent défaut aux populations de beaucoup de pays [12].

3.4.Des compétences et une éthique pour la pratique en humanitaire

Des changements s'opèrent inévitablement lors des missions humanitaires : que ce soit au niveau du regard sur notre système de santé qu'au niveau personnel. Tout ce qui sort quelqu'un de ses habitudes, toutes ces missions intra muros, à l'étranger ou toute autre expérience inhabituelle créent une modification du regard, un certain recul par rapport à sa vie et sa culture.

Ce qui est commun à tous les volontaires, quelles que soient leur fonction sur le terrain ou le temps passé dans une mission, est ce changement de vision, que ces changements soient positifs, négatifs ou une combinaison des deux.

Concernant la perception du système de santé, la mission humanitaire permet de responsabiliser les praticiens face aux coûts du matériel médical et aux soins en général. Elle favorise également une prise de recul dans l'analyse des problématiques de santé au Maroc ou bien ailleurs. Maurice Mimoun¹¹ exprime ainsi que, dans ces pays, le principe de précaution est un luxe, le principe de nécessité est un combat : « Premier coup de bistouri à Paris. Curieux. Tout ce monde autour de soi, toutes ces procédures de sécurité, tous ces appareils, tout ce luxe de précautions, toute cette propreté. (...) Comme il a fallu s'habituer au manque, il faut reprendre ses aises, revenir du principe de nécessité au principe de précaution. »[13].

Au niveau personnel, la majorité des chirurgiens se trouvent enrichies par leur expérience humanitaire et aucun ne dit regretter l'expérience de ces deux éditions SOS Face Marrakech

Aussi, la confrontation aux inégalités permet une meilleure prise en charge des patients précaires et des populations migrantes.

a. Rony Brauman écrit à ce propos :

«Toutes les sociétés produisent leurs représentations du corps, de ses atteintes, de ses failles, des troubles et de leurs raisons (...) Pour qu'un patient accepte de suivre un traitement,

il faut qu'il en saisisse la logique, ce qui présuppose des références culturelles communes. Cet appauvrissement prive le médecin étranger de toute possibilité de comprendre comment les troubles sont vécus et nous cantonne dans l'exercice d'une médecine quasi-vétérinaire. »[14].

3.5. La mission humanitaire : entre fantasmes et réalités

Pourquoi partir en mission humanitaire ? Quelles motivations et quelles attentes ?

Selon J.C. Rufin¹², dans *l'Aventure humanitaire* [15], il faut que le soignant retourne à une vision plus globale de sa mission ; il ne faut pas seulement soigner, nourrir, mais aussi éduquer et « permettre au patient de se développer ». Il doit observer une approche éthique de son exercice sans quoi toute forme de médecine humanitaire serait vouée à l'échec. Ainsi, le gor Gran¹³ affirme que : « le fait qu'un être humain, persuadé d'être dans une juste cause, aveuglé par un discours masquant la réalité, peut vouloir faire le bien, et finalement malgré lui, être amené à faire le mal. »[16].

Les motivations intrinsèques à un individu font que celui-ci conduira une action uniquement par l'intérêt et le plaisir qu'il y trouvera, sans attente de récompense externe. Au contraire, une action provoquée par une circonstance extérieure à l'individu (récompense, punition, pression sociale, etc. relèvera d'une motivation extrinsèque [17].

Nos deux éditions sont dynamisées par la formation et le social ce qui rend nos prises en charges académiques et sécuritaires des patients et loin de cet esprit de chirurgie de masse à vouloir opérer à tout un maximum de patient

Nos deux éditions sont intra muros, nos patients sont régulièrement suivis, nos éditions sont par conséquent organisées humainement avec beaucoup de rigueur.

L'approche humanitaire des chirurgiens SOS Face est loin d'être inscrite dans l'image mythique du «héros humanitaire», elle implique l'engagement comme une religion car l'humanitaire ou la médecine solidaire intra muros dans le contexte de Marrakech est presque «imposée» par le profil de la patientèle versus le besoin de formation, éthique quand au mode de soins donnés aux patients et au mode d'apprentissage prodigué aux résidents.

L'humanitaire sauvage continu d'être pratiqué au Maroc profond sans impunité, l'équipe SOS Face fait un travail de fond dans ce sens « plus de chirurgiens formés dans la région pour remettre les patients de plus en plus dans le circuit normal.» comme l'a exprimé la coordinatrice des Editions SOS Face Marrakech.

La relation asymétrique entre donateurs et receveurs de l'aide entraîne une inégalité évidente. Il faut être vigilant à ne pas tomber dans l'approche victimaire et ne pas réduire le patient comme corps à soigner : «Au nom du bien on peut aussi déposséder l'autre de ses droits. en ne considérant l'autre que comme une pathologie ou un symptôme, un corps à soigner ou à nourrir. » (Troubé, 2009) [18].

De plus, l'intolérance aux autres idées qui peut régner au sein du monde humanitaire décrite par Sylvie

Brunel, ancienne président d'Action Contre la Faim (ACF) dénote une certaine ambiguïté car tous les acteurs de l'humanitaire sont *a priori* animés de bonnes intentions

3.6.Particularités des Editions 17 et 18 des compagnes SOS FACE

a. Lieu : Intra muros

La campagne nous avons mené a été en intra-muros voulue, préparée, et réalisée sous l'égide de l'association SOS FACE MARRAKECH en collaboration avec la Faculté de Médecine et le chu Mohamed VI de Marrakech

b. Compétences :

Elle a mis souvent à contribution des compétences locales le cas de la 17^{ème} édition et pour certaines éditions des compétences internationales qui collaborent étroitement l'équipe SOS Face le cas de la 18^{ème} édition.

c. Cadre et distinctions

Les éditions SOS Face sont toutes intégrées dans un cadre institutionnel hospitalo universitaire, dit «intra muros», au sein du CHU et de la Faculté de médecine.

Les compagnes s'inscrivent dans le cadre institutionnel de ses partenaires :

- **l'ouverture** de la faculté et du CHU vers la société
- **Leur implication** dans la médecine solidaire un projet far de la FMPM, du CHU et de la région
- **L'Assurance de la responsabilité institutionnelle** sociale de la FMPM envers la population locale et le rôle incontournable du CHU de Marrakech du CHU dans l'offre de soins de la région
- **L'assise du rôle classique articulé du CHU et de la FMPM** dans la formation continue des résidents en offrant gracieusement leurs ressources humaines plateaux techniques mais aussi un enseignement moderne véritablement « intégré. »
- **L'amélioration du rendement** de l'équipe soignante de chirurgie maxillo-faciale et d'anesthésie réanimation du chu Mohamed VI et la qualité du service rendu ,un objectif aussi institutionnel au CHU .

Les compagnes SOS Face sont par excellences distinguées :

- **Sécuritaires** , elles permettent des actions menées au CHU avec un suivi réguliers des patients qui sont très vite remis au circuit classique des soins au CHU après chaque compagne.
- **Scientifiques** universitaire, elles permettant ainsi de mener des études de recherche clinique sur le terrain pour l'amélioration de la formation et des soins
- **Et Pédagogiques** car elles assurent formation continue structurée a la faculté de médecine utilisant tous les moyens disponibles : simulation, TICE, télémédecine ,...

4. La stratégie de formation des 17ème et 18ème éditions SOS Face Marrakech comparées aux données de la littérature :

Un souci constant à SOS face Marrakech lors de chaque compagne humanitaire qui se transforme simultanément en une compagne « cadrée » , un terrain de stage et une véritable tribune de training chirurgical .

Le programme de formation théorique et pratique sont ciblés et organisé selon porte folio pédagogique autour d'une thématique principale.

Ce programme comporte constamment :

D'abord un apprentissage théorique et pratique préalable, à la faculté de médecine, basé sur le cours théorique, les ateliers pratiques de simulation et de cas cliniques discutés en petits groupes

Et un apprentissage in vivo au CHU basé sur le compagnonnage avec raisonnement clinique à la consultation et au staff, la démonstration chirurgicale en live et la pratique assistée de la technique enfin de compagne pour tous les apprenants

La formation théorique étant assurée par des enseignants selon un canevas pédagogique répondant aux objectifs tracés par le guide de stage des résidents en chirurgie maxillo faciale pour chaque édition

La formation pratique au bloc est assurée par une équipe qui maîtrise la technique et le savoir de la démonstration académique.

Le temps dédié à la formation par opération est toujours plus long que la pratique habituel étant donné les exigences pédagogiques de l'apprentissage à l'opposé des campagnes humanitaire classique où l'objectif essentiel est le rendement chirurgical : opérer le plus de patients possible.

Lors des 17èmes et 18èmes éditions objet de notre étude, Les séances de consultations didactiques ont, elles, été étalées dans le temps et ont donc permis aux résidents d'acquérir progressivement les bases fondamentales de l'approche clinique du patient. Chaque résident voyait en moyenne 20 à 30 patients par séance et était responsable directe de 5 à 7 patients par consultations et au bloc opératoire. La répartition des types de patients entre les résidents était aléatoires (faite par la secrétaire)

4.1.Stratégie de soins aux éditions 17 et 18 SOS Face Marrakech

Les expériences antérieures de mission à caractère humanitaire du Service de Santé des Armées et civiles , que ce soit dans un contexte de conflit armé où la France était plus ou moins

partie prenante, Jordanie en 2013 comme au Kurdistan Irakien en 1992 et au Rwanda en 1994 ou, plus fréquemment lors de catastrophes naturelles (Haïti, Timor Oriental, Turquie, Pakistan etc.), ont eu lieu dans des contextes à chaque fois différents, avec des moyens et des organisations sanitaires spécifiques, ce qui rend toute comparaison impossible[19] .

Sur le plan chirurgical, nous retenons deux spécificités de nos deux éditions: D'une part la le caractère intra muros de la compagne au CHU Mohamed VI de Marrakech ,capacité litière offerte par le service ce chirurgie maxillo-faciale , des locaux de bloc opératoires offert par le service de chirurgie ambulatoire pour ne pas interférer avec le programme habituel du CHU et du service ,d'un équipement pharmaceutique en provenance de la pharmacie centrale du CHU , marquant la volonté du CHU Mohamed VI dans son action solidaire , nos collaborateurs du CHU , qui après nous avoir fait bon accueil au patient , se sont efforcés de faciliter notre activité.

Les communications nécessaires à un acheminement rapide des besoins à la demande ont été assurées grâce à l'investissement total du personnel du service hospitalier, du personnel du bloc ambulatoire, de notre antenne chirurgicale du bloc central et du service d'anesthésie réanimation.

D'autre part, la difficulté de gérer le flux des patients ,de faire patienter les patients de la nécessité d'attendre une autre compagne ou bien d'être programmé dans un planning classique alors que les conditions de la mission excluaient a priori soit les patients non programmés ou bien hors thème .

Nos deux éditions sont largement bénéfiques puisqu'elles ont pu faire bénéficier 90 patients de soins chirurgicaux et 97 apprenants à assoir les techniques de chéiloplastie et de velo-uranoplasties dans les fentes labio palatines et qui ont fait l'objet de formations théoriques et pratiques.

L'évaluation de l'action humanitaire ne fait pas, à ce jour, l'objet de standards généralisables. Récemment, l'équipe américaine de Waller a proposé un outil d'évaluation des missions de médecine humanitaire militaire, déclinant un certain nombre de critères et de conditions à remplir ou à évaluer avant, pendant, et au décours de la mission.

Welling et al ont énoncé « les sept péchés capitaux », pièges à éviter pour respecter une éthique de l'action humanitaire :

- Un niveau technique de l'aide inadapté aux moyens locaux ;
- une chirurgie pouvant générer des complications que l'on ne pourra pas gérer ;
- une action concurrente des autres intervenants (ONG, agences internationales, états, etc.) ;
- l'incapacité d'assumer le suivi nécessaire ;
- faire du mauvais humanitaire pour des motivations politiques ;
- faire de bonnes actions pour de mauvaises raisons.
- L'engagement du service de santé dans une mission humanitaire peut être mise en cause par certains. « l'action humanitaire n'est pas un instrument de résolution des conflits », et « que l'aide humanitaire ne peut en aucun cas être instrumentalisée à des fins politiques ou militaires ».[20]

Dans nos éditions, nous nous inspirons des sept commandements de Waller néanmoins nous sommes en quête d'améliorer nos compagnes afin de gérer le flux et de pouvoir assurer tous nos patients programmés.

Discussion des résultats :

V. Aléas et difficultés des missions humanitaires de SOS Face Editions 17 et 18

1. Difficultés générales à toutes les missions humanitaires

1.1.Des difficultés à organiser une mission humanitaires

La difficulté réside dans le fait que les grandes ONG proposent davantage de missions difficiles, durant plusieurs mois, et très peu de premières missions. Les conditions au départ

sont souvent un frein (être disponible dans les trois mois suivant la candidature, abandonner son logement et son travail, etc.) ainsi que la précarité au retour de mission (pas de droits aux allocations chômage, réinsertion professionnelle parfois compliquée, etc.).[15]

La difficulté dans nos éditions c'est de pouvoir coordonner en plus nos actions avec des enseignants et avec la faculté de médecine et la disponibilité des locaux au CHU en intra muros afin de les intégrer dans un cadre modulaire de formation résidentielle ce qui explique notre pénurie en enseignants capables d'assurer la démonstration académique

1.2. Difficultés techniques

La chirurgie dans les campagnes humanitaires se déroule fréquemment dans des conditions précaires et très éloignées des lieux de pratiques quotidiennes.

Les conditions de travail sont plus difficiles. Une multitude de patients doivent être vus en consultation en très peu de temps.

Les principales problématiques de ces campagnes sont :

- La difficulté de leur préparation,
- Le manque de moyens locaux,
- La barrière de la langue est fréquente.
- Manque de produits anesthésiques,
- Une évaluation préopératoire souvent incomplète,
- L'équipement au bloc opératoire est souvent rudimentaire.
- Le suivi est parfois inexistant.
- Les incidents médicaux

« SOS FACE MARRAKECH » est une association marocaine à caractère Régional, organisation à buts médical, scientifique, culturel et social qui œuvre selon le mode de Missions de développement avec ses particularités propres d'agir en intra muros et d'axer simultanément sa stratégie sur la formation et l'humanitaire .

2. Les difficultés inhérentes au manque de ressource et les moyens pour mener une chirurgie de et une formation de masse

2.1. Manque de ressources humaines :

a. Manque de formateurs

Le nombre de formateurs disponibles au bloc insuffisant, soit 7 lors de la 17^{ème} édition, influence incontestablement la qualité de formation enfin de mission par épuisement de l'équipe qui doit faire face au compagnonnage de 75 résidents en 3 jours de formation.

La charge importante de travail pour le chirurgien sénior assurant les consultations de tri des patients, l'encadrement des résidents (discussion de cas ...) et par la suite la démonstration au bloc implique un renforcement de nos équipes avenir.

Une faille dans cette formation est que nous n'avons pas prévu de réaliser une évaluation des aptitudes pratiques à l'issue de cette campagne.

Le compagnonnage reste chronophage pour l'enseignant, avec l'augmentation du nombre des résidents versus une stabilité du nombre d'enseignants, d'autre part l'amplification de la pression médico-légale « jamais la première fois sur un patient ».

- ❖ Manque personnel soignant rodé malgré toute la bonne fois de notre personnel hospitalier, le caractère bénévole de l'action nous mette en face d'une réflexion assise sur l'organisation des ressources car seuls

11 infirmiers interviennent pour 90 malades

b. Demande pressante des bénéficiaires des éditions

b.1. Les apprenants :

Concernant les apprenants et contrairement au personnel, nos campagnes sont attractives et suscitent de plus en plus de demande.

L'explication étant due aux raisons suivantes :

- à la qualité de la formation pédagogique structurée
- la gratuité de notre formation
- la proximité du lieu de la formation
- aussi l'absence de formation modulaire identique sur le royaume non menée en dehors du royaume ce qui explique la demande de l'étudiant
- le caractère cyclique de la formation, les éditions SOS FACE MARRAKECH s'individualisent par l'aspect continu dans le temps contrairement à beaucoup d'opérations humanitaires qui sont ponctuelles. Cet aspect permet au jeune chirurgien d'évoluer dans sa pratique et d'en évaluer la courbe d'apprentissage, on en trouve l'exemple type dans la reprise des séquelles de fentes labio-palatines.

De ces éditions sont formées six chirurgiens opérateurs et qui sont devenus également formateurs

b.2. Les patients article anesthésie

Sont de plus en plus demandeurs car malgré nos insuffisances pour assurer une compagne qui recrute 50 patients le cas de l'édition 18 et qui n'assure que 30 ,les patients restent fidèles et reviennent nous solliciter malgré l'existence d'autres compagnes étant donné le suivi régulier et leur intégration dans un protocole précis.

2.2.Manque de ressource matériel :

- Chirurgical : Il existe une pénurie en matériels consommables et en boites chirurgicales.
- Anesthésie : Il y a aussi une pénurie en agents anesthésiques, en respirateur et en matériel d'anesthésie.

2.3. Gestion du flux des patients

a. Première difficulté : la gestion du flux des consultants

Ce flux est conditionné par la pratique de séances de consultations didactiques qui sont étalées dans le temps et à la réception à la fois des anciens malades et des nouveaux cas. Le médecin doit assurer en moyenne 20 à 30 patients par séance.

b. Deuxième difficulté : l'établissement du planning chirurgical

Sos face à un double objectif humanitaire et pédagogique mais sur le terrain nous procédons d'une politique de priorisation dictée par le besoin pédagogique au détriment du besoin de la masse vue la mission essentielle de l'équipe universitaire d'abord formation alors que classiquement dans d'autre équipe c'est l'humanitaire qui prime.

Ce qui explique le rendement chirurgical bas par rapport aux recrutements en précampagne .Sur 90 patients, recrutés ,59 ont seulement été opérés, le reste des patients ont été pris en charge après la campagne dans les semaines qui suivent afin d'assumer le rôle humanitaire SOS FACE.

c. Troisième difficulté : Le flux des patients opérés

Le flux des patients nous imposent des consultations de suivi spécial campagnes qui pèsent sur le CHU quand à leur gratuité et leur circuit.

Tous les patients sont revus en postopératoire en intra muros et sont suivis régulièrement, et programmés selon un calendrier pour les prochaines campagnes. Alors que dans d'autre campagne parallèles. les patient sont livrées a eu même, l'équipe quittent les locaux ou même le pays, le suivi n'étant pas assuré.[21]

3. Insuffisance du support financier

Dans notre contexte, la population de niveaux socio-économique bas doit payer elle-même sa prise en charge, et fournir ses médicaments et matériels, le CHU assure en partie la prise en charge.

SOS Face s'implique peu, c'est une insuffisance liée directement à notre mode d'action très axée sur le côté pédagogique et peu dynamique dans la levée des fonds, un axe à développer au sein de SOS Face

Stratégie à améliorer les Soins postopératoire.



Recommandations



A partir de cette étude et en revenant aux données de la bibliographie il nous a semblé utile de proposer des recommandations qui sont comme suit :

1. *Recommander le mode de compagnes humanitaires intra muros comme mode organisationnel dans notre contexte*
2. *L'Organiser à chaque fois que les conditions le permettent selon une stratégie ficelée à visée pédagogique de préférence selon le modèle porte folio*
3. *Observer une approche éthique dans le respect absolu du patient lors de son exercice sans quoi toute forme de médecine humanitaire serait vouée à l'échec*
4. *Proposer des formations en accord avec les exigences de la mission en question.*
5. *Disposer de compétences relationnelles et sociales ainsi que des capacités d'adaptation sont à considérer avec attention au cours de l'exercice humanitaire dans les pays en voie de développement*
6. *Se Préparer et être disposé à la confrontation quotidienne avec une autre culture, des croyances et des pratiques professionnelles différentes.*



La médecine humanitaire s'adresse à des populations marginalisées, éprouvées par une crise ou privées d'accès aux soins. Elle n'a d'autre objectif que de se rendre utile. La médecine s'inscrivant dans un parcours personnel, professionnel mais également idéologique qui évolue au fil du temps et qui n'est pas généralisable.

Pourquoi partir en mission humanitaire ? Quelles motivations et quelles attentes ? Quels sont les difficultés rencontrées lors de ces missions ?

SOS Face Marrakech est une ONG ,association professionnelle de chirurgiens maxillo-faciaux axée sur le développement qui assure régulièrement des missions humanitaires depuis sa création en 2009 ,Sa particularité étant d'organiser des compagnes humanitaires essentiellement « intra muros » au CHU Mohamed VI de Marrakech intégrées dans le cadre de formation modulaires des résidents en chirurgie maxillo-faciale

L'évaluation de deux éditions 17 et 18 qui traitaient de la thématique des fentes labio palatines au profit de 90 patients et de 97 apprenants soulève les aléas de ce mode organisationnel , deux problématiques celles du traitement des pathologies orphelines articulées à celle de la formation des résidents Object d'étude de ce travail de thèse ;

Il s'agit d'une étude analytique de deux éditions intitulées respectivement les ESTIVALES 2017 et les hivernales 2018 organisées au CHU Mohamed VI de Marrakech à l'hôpital Ibn Tâfail et à la faculté de médecine entre juin 2017 et février 2018

Il a été noté les problématiques générales de l'humanitaire à l'image des données de la littérature liés particulièrement au flux des patients et aux insuffisances matériels mais aussi aux insuffisances des encadrants pour répondre aux exigences académiques de la démonstration chirurgicale.

Il a été noté le bénéfice tiré sur le plan social, académique mais aussi un aspect plus sécurisant et éthique, cette particularité des éditions SOS Face de « compagnes bien cadrées. » en partenariat institutionnel hospitalo-universitaire de Marrakech en dehors de l'organisation classique en masse ou prime la quantité de patients à opérer.





FICHE FENTES LABIOPALATINES

Date/...../.....N° /2018

Diagnostic.....

.....

.....

NOM Prénom.....Sexe /Masculin Féminin
Age Date de naissance .../.../..... Tél
PèreMère..... OrigineAdresse.....
Médecin traitant Dr..... TéléphoneContact
correspondant.....
Adressé par MédecinInfirmier Sage femme Patient Autres.....Dentiste
..... Orthophoniste ORL odf

Bilan de la fente primaire

Palais primaire

- FENTE LABIO ALVEOLAIRE sous cutanée D G Bilat
- FENTE LABIALE Nez sous cutanée D G Bilat
- Fente labiale D G Bilat

Palis secondaire :

- FENTE PALATINE sous muqueuse D G Bilat
- FENTE VELAIRE sous muqueuse
- Fente vélaire

Particularités :

.....Forme syndromique Vandel Wood Pierre Robin Apert

Séquelles

- Labiales.....
-
- Nasaes.....
-
- Palatines.....
-

- Vélaires.....
.....
- Maxillaires.....
.....
- Dentaires.....
.....

Protocole:

Orthopédie/ Plaque Autres.....

Chirurgie

1^{er} temps Le / /

2^{ème} temps Le / /

3^{ème} temps Le / /

4^{ème} temps Le / /

5^{ème} temps..... Le / /

Dentaire/Dentiste.....

ODF.....

ORL.....

Orthophonie.....

Antécédents :

Chirurgie de la fente :

Chirurgie primaire de la fente Age.....

Lèvre âge..... D G Bilat Technique

Palais âge Voile Nez age.....

Chirurgie secondaire Lèvre Nez

Palais Alveole voile

maxillaires Greffe osseuse

Odonto stomatologiques

- ODF.....
- Soins dentaires.....
- Plaque palatine.....

ORL

Orthophonie.....

Autres.....

Antécédents médicaux :

Anémie Bronchopneumopathie à répétition Otites Rhinopharyngite

Diabète Allergie : Prise médicamenteuse :

Autres :

Antécédents Chirurgicaux :

Chirurgie primaire de la fente : Lèvre âge : Droite.... Gauche..... Technique /Mila Tenison
Palais âge : Voile Nez

Chirurgie secondaire Lèvre ,nez ,palais ,voile ,maxillaires

AnomaliesAgeTechnique

Reprise de séquelles :

Greffe osseuse :

Autre chirurgie spécifiez :

Facteurs de risques :

Notion d'hérédité dans la famille Infection prénatale Prise de plantes médicinales

durant la grossesse

Supplémentation folique prise ?

3. Autres

Vaccination 1- à jour 2- incomplète 3- non effectuée

Enquête familiale :

A. MÈRE

Nom et prénom.....

Age (année) :

Antécédents médicaux :

1- HTA

2- Diabète

3- Épilepsie

4- Hémoglobinopathie

5- asthmes

6- Phénylcétonurie

7- Autres

Gyneco-obstetriques :

1-Primipare

2-Multipare (G.....)

3.Mort-né

4-Accouchement prématuré

5-Avortement

6.Pathogravidique

7- Infections génito-urinaires

8-Césarienne

9- Autres.....

Notion de prise de médicament :

1.Antibiotiques

2.Anticoagulants

3.Thalidomide

4.Antiemetiques

5.Anticonvulsivantes

6. Antiparasitaires

7.Psychotropes

8.Hormones

9.Antalgiques

10.Vitamines A et dérivés

11.Anti mitotique

99.Indéterminé

13.autres :

Toxiques divers chez la mère

1- Alcools

2- Tabac

3- Oxyde de carbone

4- Thé

5- Colas

6- autres.....

Malformation chez la mère le père et leurs parents :

Principales activités de la mère :

Principales activités du père :

Examen clinique :

Poids : Kg

Taille : cm

Pouls

FR :

Conscience :

1 – éveillé(e)

2– non éveillé(é)

État nutritionnel :

1– bon état

2– mauvais état

Ictère 1– oui

2– non

Œdème : 1– oui

2– non.

Signes fonctionnels :

1– Vomissements

2– Rhinorrhée

3– Gène respiratoire

4 Trouble de la succion

5– Trouble de la phonation

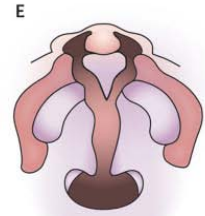
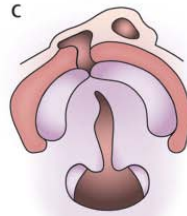
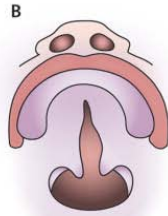
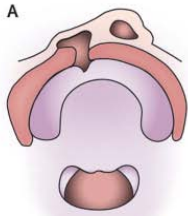
6– Trouble de la déglutition

7– Nausées

si autre à préciser.....

Inspection :

Description générale :



1.fente labiale unilatérale droite

3.fente labiale bilatérale

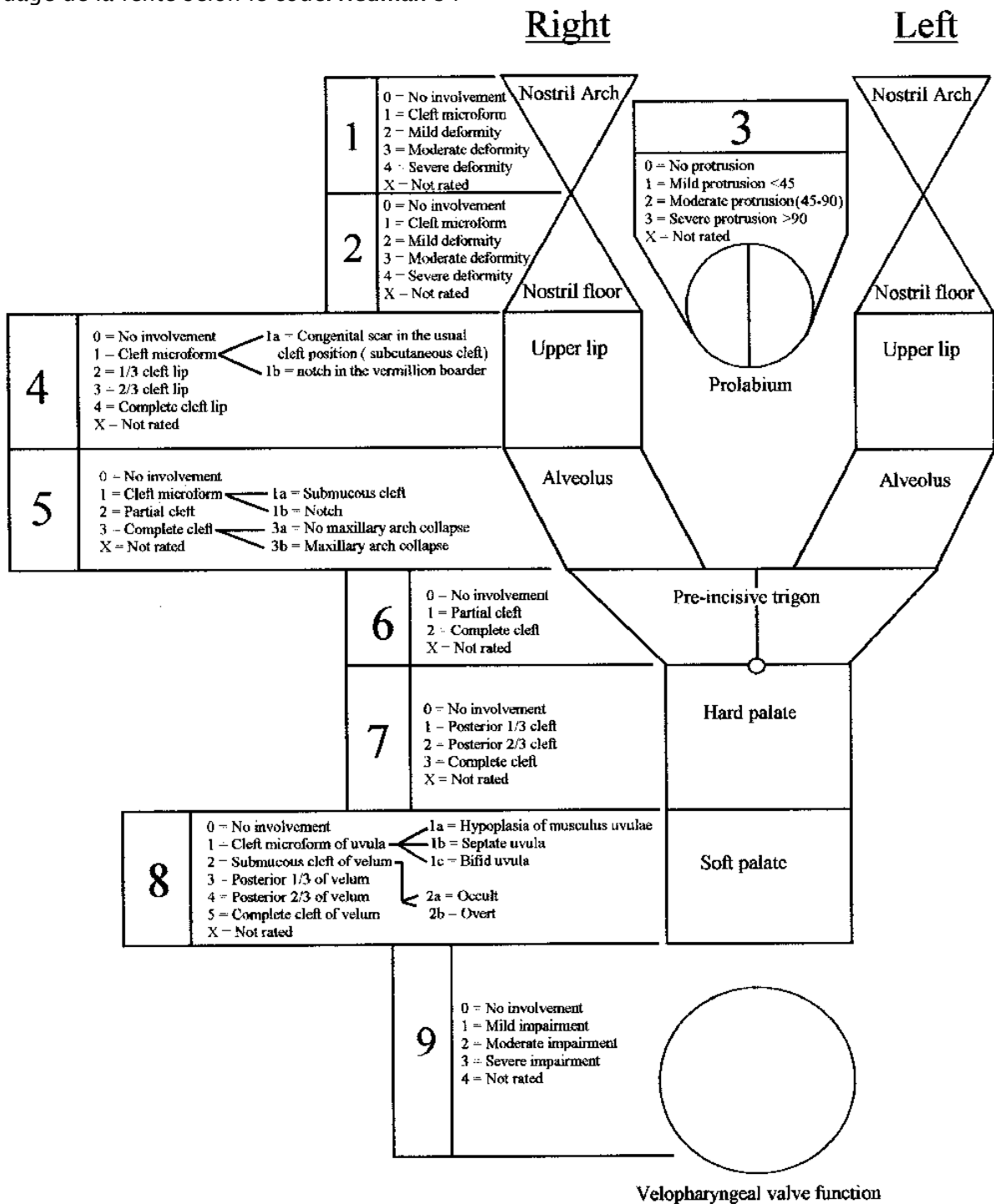
5–fente labio– palatine gauche

2.fente labiale unilatérale gauche

4.fente labio– palatine droite.

6. fente palatine isolée

Codage de la fente selon le code Friedman's :



Communication bucco-nasale

1- oui

2- non

Association avec d'autres malformations congénitales

1- Non

7- Syndrome oro-digital

2- Spina bifida	8- Omphalocèle
3- Brides amniotiques	9- Anencéphalie
4- Hydrocéphalie	10- Agénésie oculaire
5- Pied bot equin	11- Polydactylie
6- Épicanthus	12- Autres.....
Anomalies dento- alvéolaires :	
1- malformations dentaires	2- Malpositions dentaires
3- Agénésies dentaires	4- Dents surnuméraires
5- Troubles occlusaux	6- Inclusion
7- Pertes dentaires prématurées	8- Autres.....
9- Absente	

Examens paracliniques :

NFS / Hg...	GB:	Pq...	TP...	Tck...	INR...
Groupage...	Urée...	Créat:	glycémie...	Autres:	



Résumés



Résumé

L'aide humanitaire peut se définir comme une action visant à aider tout homme qui en a besoin, soutenue par des valeurs d'altruisme et d'engagement personnel. Les crises humanitaires résultent de catastrophe d'origines humaines ou de phénomènes naturels pour lesquelles l'aide humanitaire intervient. On distingue communément deux types de missions : les missions d'urgence et les missions d'aide au développement.

SOS Face Marrakech est une association axée sur le développement et assure régulièrement des campagnes depuis sa création en 2009, Sa particularité étant d'organiser des campagnes humanitaires, intra muros au CHU Mohamed VI de Marrakech intégrées dans le cadre de formation modulaires des résidents en chirurgie maxillo-faciale

L'évaluation de deux éditions 17 et 18 qui traitent de la thématique des fentes labio palatines au profit de 90 patients et de 97 apprenants nous soulève les aléas de ce mode organisationnel , deux problématiques celles du traitement des pathologies orphelines articulée à celle de la formation des résidents

Il a été noté les problématiques générales de l'humanitaire à l'image des données de la littérature liés particulièrement au flux des patients et aux insuffisances matériels mais aussi aux insuffisances des encadrants pour répondre aux exigences académiques de la démonstration chirurgicale.

Il a été noté le bénéfice tiré sur le plan social, académique mais aussi un aspect plus sécurisant et éthique, cette particularité des éditions SOS Face de « campagnes bien cadrées. » en partenariat institutionnel hospitalo-universitaire de Marrakech en dehors de l'organisation classique en masse ou prime la quantité de patients à opérer.

Abstract

Humanitarian aid can be defined as the process of providing help to whoever needs it, with a strong sense of altruism, philanthropism and personal engagement.

Natural disasters, along with human ones, often lead to a humanitarian crisis that needs the intervention of humanitarian aid.

Two types of missions can be individualized: emergency missions, and those for development assistance.

SOS Face Marrakech is a development based association that has emerged in 2009, ensuring several humanitarian campaigns for residents inside the university hospital center, mostly modular trainings.

Both the assessments made for the 17th and 18th editions, that had cleft lips and cleft palates in 90 patients as a theme, and discussed by 97 learners, shed the light on the drawbacks of this organizational mode. Two major setbacks showed up: providing an appropriate treatment for orphan diseases along with an adequate training for the residents.

In the same spirit, similar problems found in the humanitarian field were also described in the medical data, let them be linked to the huge surge of patients, the lack of material or even qualified mentors who are fluent with surgical demonstration.

Thus, there were many social, academic, and ethical benefits of these SOS Face editions, that were qualified as securing and well supervised, for they managed to conciliate work between the University Hospital Center and the organization of mass treatment, where the amount of patients is an important matter.

ملخص



التعاون الإنساني هو عبارة عن مبادرة تهدف إلى مساعدة كل إنسان في وضعية احتياج، مجندة بمبادئ الإيثار و الالتزام الشخصي بتقديم يد العون للغير و حب فعل الخير. الأزمات الإنسانية تنتج عن آفات و مصائب من أصل الطبيعة أو أخرى تحدث بسبب الإنسان نفسه، و التي من أجلها يتدخل التعاون الإنساني.

نستطيع بذلك أن نفرق بين نوعين من المهام : المهمات الاستعجالية و مهمات التعاون من أجل التطور. SOS الوجه بمراكش هي جمعية تهتم بالتطور و تنظم منذ تاريخ إنشائها في عام 2009 بشكل دائم و متكرر حملات إنسانية داخل المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش ، يدخل هذا التنظيم أيضا في إطار تكوين الأطباء المقيمين بمصلحة جراحة الوجه.


تقييم المرحلتين 17 و 18، و اللتان تهتمان بموضوع "الحنك المشقوق" عند 90 مريض و 197 متعلم، يسمح لنا باكتشاف خبايا هذا البرنامج التنظيمي، مشكلتين تم التطرق إليهما و هما علاج الأمراض "اليتيمة" و تكوين الأطباء المقيمين.

تم أيضا ذكر المشاكل الإنسانية العامة على ضوء المعطيات التي جادت بها القراءات النظرية، و المرتبطة خصيصا بالكم الهائل للمرضى، والخصاص في الموارد البشرية والاقتصادية للاستجابة للالتزامات الأكاديمية فيما يخص التمثيل الجراحي.

و قد تم أيضا تحديد الربح المستخلص سواء على المستوى الاجتماعي، الأكاديمي، الأخلاقي. وهذا ما يعتبر خاصية تتميز بها SOS الوجه بمراكش خارج إطار التنظيم الكلاسيكي المكتل حيث يتصدر عدد المرضى لائحة الاهتمامات.



Bibliographies



1. **Rony Brauman**
La médecine humanitaire, édition : *Que sais-je ?* 06/06/2018
2. **E.NOIRRIT-ESCLASSAN E,**
Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labio-maxillaire. Encyclopédie médicochirurgicale, stomatologie :22-066-B-55.
3. **Hiroual ,**
Les hôpitaux de Marrakech : depuis le moyen âge jusqu'à l'ère contemporaine.These 06 ,2010
4. **المراكشي عبد الواحد تحقيق محمد سعيد العريان ومحمد العربي العلمي.**
المعجب في تلخيص أخبار المغرب
دار الكتاب الدار البيضاء الطبعة السابعة 1978
5. **Merlin M, Chevalier P.**
L'humanitaire : ses exigences, ses enjeux. Médecine tropicale : revue du Corps de santé colonial.2002;62(4):349-54.
6. **Philippe Ryfman,**
La question humanitaire, Paris, Ellipses, 1999, p. 17.
7. **Mays N, PopeC. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000 ;320(7226) : 50-2**
8. **Statut de l'association S.O.S FACE MARRAKECH TENSIFT-ELHAWZ,**
en date du 6 Moharam mille quatre cent trente et un de l'Hégire correspondant au Mercredi 23 Décembre 2009.
9. **Le Boterf G.**
De la compétence, essai sur un attracteur étrange. Organisation Eds D'; 1994. 176 p.
10. **Jacquard A.**
Petite Philosophie à l'usage des non-philosophes. Le Livre de Poche; 1999. 250 p.
11. **Clanet C.**
L'interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines. PUM. Toulouse; 1990.
12. **Tafelmacher C.**
La chasse aux abus contre les droits. Prat Cah Médecine Utop. 2009;(46):38-9.

13. **Mimoun M.**
S'empêcher d'en faire trop. Paris: Albin Michel; 2004. 200 p.
14. **Brauman R.**
Penser dans l'urgence parcours critique d'un humanitaire. Editions du Seuil. Paris; 2006. 270 p.
15. **Rufin J-C.**
L'Aventure Humanitaire. Gallimard; 1994. 176 p.
16. **Médecins du Monde.**
Fictions humanitaires. Rev Humanit. 2009;(21):14-45.
17. **Motivation intrinsèque et extrinsèque – Deci – Management [Internet].** [consulté le 12/03/2018].
Disponible sur : <<http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article19>>
18. **Troubé C.**
L'humanitaire, un business comme les autres? Larousse. Paris; 2009. 127 p.
19. **N Mocellin,**
Action humanitaire et Service de Santé des Armées : Expérience d'une antenne, chirurgicale en Jordanie sur la frontière syrienne. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2014, 13 (2) : 028-03
20. **Welling DR, Ryan JM, Burris DG, Rich NM.**
Seven sins of humanitarian medicine. World J Surg.2010;34:466-70.
21. **Zoumenou E, Gbénou S, Assouto P, Ouro- Bang'na Maman AF, Lokossou T, Hounnou G,**

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 273

سنة 2018

مخاطر الدعم الشامل في قوافل SOS الوجه مراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/11/09

من طرف

السيد جمال الدين خالد

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

إنسانية – تكوين – جراحة الوجه والفكين – كفاءة – شق الوجه.

اللجنة

الرئيس

السيد م. الخلوقي

أستاذ في الإنعاش والتخدير.

المشرفة

السيدة ن. منصوري

أستاذة في جراحة الوجه والفكين وجراحة التجميل

السيد أ. غ. الأديب

أستاذ في الإنعاش والتخدير

الحكام

السيد ب. عبير

أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفكين