

La formation à la coelio-chirurgie a-t-elle une place dans l'humanitaire ? À propos de deux expériences au Mali et à Madagascar

Do education & trainee to coelio surgery have a place in humanitarian medicine? About two experiences in Mali & Madagascar

Jean-Luc Mouly

Président de Chirurgie Solidaire

Mots clés

- ◆ Chirurgie humanitaire
- ◆ Technique de la modernité
- ◆ Formation chirurgicale
- ◆ Compagnonnage
- ◆ Chirurgie Solidaire

Keywords

- ◆ Humanitarian surgery
- ◆ Up to date technical skills
- ◆ Training & mentoring
- ◆ Chirurgie Solidaire

Résumé

La place de la coelio-chirurgie dans l'humanitaire est encore actuellement controversée. Pourtant, tous les chirurgiens, où qu'ils soient, souhaitent appliquer les techniques de la modernité à leur exercice professionnel. Pour se faire, un compagnonnage sur place est nécessaire, c'est le rôle de Chirurgie Solidaire, avec deux exemples de formation réussie : l'hôpital du point G à Bamako (Mali) et l'hôpital Andranomadio à Antsirabé (Madagascar).

Abstract

Coelio surgery is still subject to controversy in the humanitarian medicine field. Nevertheless, all surgeons, whatever they are, wish to use the most up to date technical skills. To do so, a local training through mentoring is required. This is the aim of "Chirurgie Solidaire" with two successful examples: Hospital of point G (Bamako, Mali) & Hospital of Andranomadio (Antsirabé, Madagascar).

Cette question, qui a donné lieu à bien des controverses, contient en elle-même un élément de réponse : Comment peut-on être en recherche de développement et ne pas aspirer aux techniques de la modernité, dans notre monde où il n'y a plus de frontière aux moyens de communication. Les chirurgiens, où qu'ils soient, souhaitent appliquer les techniques actuelles à leur exercice professionnel. « *Il serait discriminant et injuste de considérer que la coelio chirurgie, dont tout le monde reconnaît le bien-fondé et les avantages pour les patients, soit réservée à quelques-uns* » (Pr Djibril Sangaré, Bamako).

Restent deux problèmes majeurs à résoudre :

- Le prix élevé des matériels à acquérir, mais de nombreux pays font ces investissements en ayant compris leur importance pour la santé des populations ; et l'entraide internationale entre pays riches et pays pauvres peut prendre ici toute sa place.
- La formation, et les accidents et incidents dits de la « courbe d'apprentissage », comme cela a été parfois toléré dans les pays occidentaux en début d'expérience, sont des obstacles majeurs à la crédibilité de cette technique dans un pays en développement. C'est là qu'intervient une association humanitaire, comme Chirurgie Solidaire, qui se consacre exclusivement à la formation basée sur l'entraide et

Le compagnonnage chirurgical.

Une autre réponse à la question initiale est donnée par l'activité coelio-chirurgicale existante actuellement, et je prendrai comme premier exemple le service de chirurgie A de l'hôpital du point « G » à Bamako. Cette activité coelio-chirurgicale y a démarré en 2001, au décours d'un premier congrès sur place, sous le patronage des professeurs Jacques Périssat et Jean-Gabriel Balique, et s'est développé ensuite sur quatre ans, grâce à trois facteurs : le financement du matériel par l'ambassade de France, le dynamisme et l'efficacité, sur place, des professeurs Sambou Soumaré et Djibril Sangaré, et de nombreuses missions de formation par compagnonnage (à raison d'une semaine par mois hors saison des pluies) avec l'aide précieuse du docteur Edmond Estour et de son journal de coelio-chirurgie qui publiait le planning et les rapports de missions.

Nous pouvons suivre le devenir de la coelio chirurgie dans ce service sur une période qui s'étale de 2001 à 2010 grâce à une thèse faite récemment (Femory Cogola). Sur un total de 5 762 malades, 1 227 ont été opérés par coelio-chirurgie, soit 21,30 % ; dont 85 % de femmes et un âge moyen de 34 ans. La pathologie digestive représente 29,6 %, avec une nette prédominance des cholécystectomies, dont les durées d'intervention sont comprises entre une et deux heures pour 76 % des

Correspondance :

Jean-Luc Mouly

Président de Chirurgie Solidaire, 36 rue du Moulin de Pierre, 95220 Herblay.

E-mail : jlmouly@hotmail.com



Figure 1.
Laparotrainer
à Bamako.

cas. La pathologie gynécologique représente 67,9 %, avec une nette prédominance de la pathologie tubaire. Les autres cas : hernies et staging des cancers sont peu nombreux, de l'ordre de 2 %.

En per opératoire : les incidents sont principalement dus à des fuites de gaz et des pannes électriques ; dans les accidents, on compte quatre hémorragies dont trois ont intéressé l'artère cystique et nécessité une conversion.

Soixante-dix malades ont eu une conversion en chirurgie ouverte, soit 5,7 % du total ; avec une prédominance pour des adhérences ; à noter 10 malades ouverts pour geste laborieux, et quand l'acte coelioscopique est sans progression pendant 30 minutes, le principe est à la conversion.

Les suites post opératoires ont été simples dans 98 % des cas, avec cependant quatre décès, pour des complications d'ordre cardio vasculaire.

La durée de séjour est de un à trois jours dans 87 % des cas, ce qui est très appréciable dans ce pays où le coût de l'hospitalisation reste à la charge des malades, avec la famille qui fait la cuisine sur un brasero dans la cour de l'hôpital.

Une page de coelio-chirurgie s'est ouverte à Bamako (Fig. 1), avec un avenir prometteur car tous les étudiants qui passent dans ce service universitaire se familiarisent avec cette technique, et les chirurgiens y sont devenus eux-mêmes formateurs. Un Institut de Recherche et de Formation Chirurgicale, inauguré en 2005, assure la poursuite de cette aventure.

Chirurgie Solidaire, en partenariat avec l'équipe de l'hôpital du point « G », s'est ensuite tourné vers les capitales régionales du pays, par des missions de compagnonnage déjà effectuées à Kayes et Ségou, avec apport du matériel de Bamako. La pratique de cette technique est maintenant conditionnée, dans ces villes, par l'acquisition du matériel nécessaire.

Un DIU de coelio chirurgie, étendu à l'ensemble des pays d'Afrique de l'Ouest, est programmé pour fin 2013, sous l'impulsion du professeur Djibril Sangaré.

Ce programme au Mali est malheureusement en attente actuellement de jours meilleurs que nous souhaitons proches pour les habitants de ce pays.

Un deuxième exemple, à Madagascar : c'est l'équipe chirurgicale de l'hôpital Andranomadio (Fig. 2) de la ville d'Antsirabé qui a été formée par plusieurs missions de compagnonnage. La dernière, il y a un peu plus d'un an, a permis de donner confiance au chirurgien, le docteur Harison, dans ses capacités réelles pour la coelio-chirurgie. Nous savons, par nos échanges, qu'il pratique maintenant cette technique et est devenu lui-même formateur pour son service. Mais cette ex-



Figure 2. Équipe chirurgicale de l'Hôpital Andranomadio.

périence est trop récente pour avoir fait l'objet d'une étude. Actuellement, chaque semaine, deux matinées opératoires sont consacrées à cette technique coelio-chirurgicale.

À l'hôpital de Tuléar, capital de la région sud de Madagascar, une colonne de coelio-chirurgie (financée par l'Australie) était encore dans les cartons depuis deux ans, faute de formation des chirurgiens. Une équipe complète de Chirurgie Solidaire, avec chirurgien, anesthésiste et infirmière de bloc opératoire, comme c'est souhaitable chaque fois que possible, y a fait déjà une mission en octobre 2012 pour y démarrer cette formation. Une autre est programmée en avril 2013, puis un rythme de trois missions par an a été retenu. Dans quelques temps, les malades de cette grande ville pourront, eux-aussi, connaître les atouts indiscutables de cette pratique chirurgicale.

En conclusion il ne reste qu'un constat : la coelio chirurgie dans les pays en développement n'est pas un luxe mais une nécessité, et le désir de formation de plus en plus important des jeunes collègues de ces pays, en est un formidable plaidoyer, en même temps qu'une des raisons d'exister de notre association, Chirurgie Solidaire.

Discussion en séance

Question de X Pouliquen

La difficulté de la maintenance du matériel de coelio chirurgie qui est de plus en plus sophistiqué ?

Réponse

Très curieusement, ces matériels ont une durée de vie beaucoup plus longue en Afrique qu'en France. Cela tient à deux facteurs :

1. Les difficultés et les délais attendus pour l'acquisition de ces matériels les rendent « précieux », et un soin tout particulier leur est donc apporté.
2. La « débrouillardise » africaine, bien connue quand ils le veulent, trouve ici un champ d'application.

Commentaire de J Barbier

Les médecins quittent actuellement le Mali et l'approvisionnement de l'hôpital n'est plus assuré.

Réponse

Le Mali est malheureusement, et surtout actuellement, un pays où la vie est difficile et un certain nombre de médecins quittent leur pays. Mais il y en a aussi qui restent pour se battre contre l'adversité et tenter de servir leur pays et surtout, dans le cas présent ses malades. Ceux-là méritent notre considération et notre aide.