

# Quel avenir pour la formation chirurgicale humanitaire ?

## The Future of Humanitarian Surgical Formation?

Patrick Hérard

*Surgical Advisor - Médecin Sans Frontières - Centre Opérationnel de Paris.*

### Mots clés

- ◆ Chirurgie humanitaire
- ◆ Formation chirurgicale
- ◆ MSF France

### Résumé

La formation actuelle des chirurgiens et ses conséquences sur la chirurgie humanitaire à travers l'expérience de Médecins Sans Frontières.

L'évolution de la formation des chirurgiens en France, mais plus globalement dans tous les pays développés pour des raisons à la fois techniques mais aussi juridiques, a conduit à une hyperspécialisation incompatible avec la chirurgie de terrain des humanitaires.

Comme le montre une étude sur les sept dernières années, avec plus de 150 000 interventions chirurgicales réalisées par les équipes MSF-France et au vu de la variété de ces interventions, seules aujourd'hui les « anciennes générations » de chirurgiens ont les connaissances de base pour traiter aussi bien la fracture ouverte, les brûlures sévères ou effectuer une laparotomie d'urgence pour péritonite ou césarienne.

En l'absence de création d'une formation généraliste universitaire, les ONG n'auront plus à court/moyen terme en Europe les ressources humaines chirurgicales indispensables.

Des formations chirurgicales complémentaires existent à différents niveaux : CICR, MSF, Armée Française, Royal College of Surgeons... Ces formations sont soit trop théoriques soit minimalistes pour faire face aux carences en traumatologie des chirurgiens viscéraux et réciproquement. La dernière catastrophe à Haïti a été à cet égard particulièrement démonstrative.

Le besoin de la création d'une formation de chirurgie générale, au sens large du terme, cautionnée par une institution Académique est une vraie nécessité dont l'Académie de Chirurgie pourrait être l'instigateur.

Les accords que nous avons avec des CHU en Afrique, la télé-médecine sont des exemples d'outils qui après une formation théorique en France permettraient à travers une forme de tutorat à de jeunes Chefs de Clinique qui le souhaitent d'obtenir ce type de qualification.

### Keywords

- ◆ Humanitarian surgery
- ◆ Surgical formation
- ◆ MSF France

### Abstract

The past eight year study within surgical facilities in MSF France (200 000 interventions) clearly shows the wide spectrum of surgical knowledge needed.

With our structural, medical and human constraints, the need for a professional "know how" becomes increasingly nonnegotiable. The huge progression in terms of protocols, guidelines telemedicine and equipment in humanitarian surgery is obvious but linked with more and more specialized surgery. A reformation for future general surgeons, such as more holistic academic institutions, is urgently needed.

L'évolution de la formation des chirurgiens en France, mais plus globalement dans tous les pays développés pour des raisons à la fois techniques et juridiques, a conduit à une hyperspécialisation incompatible avec la chirurgie de terrain lors d'interventions humanitaires.

### État actuel de la chirurgie humanitaire

L'étude des huit dernières années d'activité chirurgicale à Médecins Sans Frontières - France (MSF-F) avec près de 200 000 interventions (Fig.1) de nature très variées (Fig.2), montre bien qu'aujourd'hui seules les anciennes générations de chirurgiens ont les connaissances pour traiter aussi bien la

fracture ouverte que les brûlures sévères ou pour effectuer une laparotomie d'urgence pour péritonite ou césarienne.

Au cours de ces huit dernières années, MSF-F a fourni des soins chirurgicaux de niveau 2 en République Démocratique du Congo, au Congo Brazzaville, au Sud Soudan, au Nigéria, au Yémen, à Gaza, en République Centrafricaine, au Sri Lanka, au Pakistan, au Mali, en Afghanistan, en Arménie et aux Philippines ; de niveau 3 pour de la chirurgie spécialisée en orthopédie, maxillo-faciale et gynécologique en Haïti, en Irak, au Nigéria et en Jordanie. La Figure 2 montre bien la variété des pathologies traitées. Notre activité chirurgicale est cependant le reflet de nos priorités : 18 % de nos interventions sont liées à la violence et nous n'opérons pas par exemple les hernies simples, les pathologies urinaires, les malformations

### Correspondance :

*Dr Patrick Hérard, Surgical Advisor MSF-OCP*

*Tel : 01 40 21 27 23*

*E-mail : patrick.herard@paris.msf.org*

Disponible en ligne sur [www.acad-chirurgie.fr](http://www.acad-chirurgie.fr)

1634-0647 - © 2015 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2015.3.001

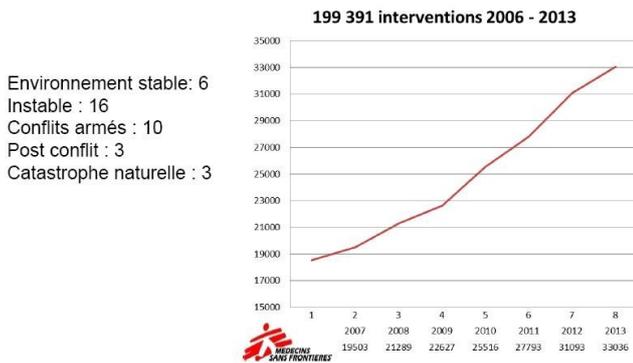


Figure 1. MSF France (8 dernières années).

congénitales ou les pathologies tumorales. Nos pourcentages d'interventions en obstétrique (14 %) et en traumatologie (52 % dont la moitié pour des brûlures) sont ainsi plus élevés que ceux rapportés à l'échelle mondiale (6 % et 38 % respectivement) (3).

Dans cette activité, nous sommes confrontés à trois types de limites et de difficultés : structurelles, médicales et humaines.

- Structurelles dues à la limitation de l'accès aux soins des populations, la résistance de certaines autorités gouvernementales, les difficultés logistiques de réhabilitation et l'insécurité liée aux conflits.
- Médicales, de par les présentations tardives des patients et des lésions parfois aggravées par la médecine traditionnelle.
- Humaines, de par la spécialisation des chirurgiens, l'absence de formation spécifique des chirurgiens et des difficultés à passer des pratiques dans les pays développés aux spécificités de la chirurgie de terrain.

Nous avons également pu montrer que le coût de la chirurgie était loin des idées reçues. Tant au Nigéria qu'à Haïti, le coût d'une fracture de fémur ostéosynthésée était respectivement de 172 US\$ et 223 US\$ contre 3 800 US\$ par Daly's aux États-Unis (4).

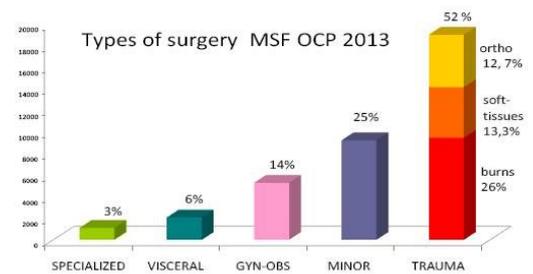
La chirurgie est actuellement considérée comme une priorité sanitaire par l'Organisation Mondiale de la Santé. La grande disparité entre bénéficiaires (30 % de la population mondiale bénéficie de 74 % des interventions), l'absence d'accès à la chirurgie pour deux à trois milliards de personnes, le bon rapport coût / efficacité dans de nombreuses pathologies sont des faits connus de tous. Diverses publications confirment ces chiffres, ainsi une étude menée en Sierra Leone a montré que 25 % des décès survenus au cours d'une année auraient pu être évités par la chirurgie (1).

La traumatologie représente la plus grande proportion des problèmes chirurgicaux en Afrique, loin devant les complications obstétricales, les cancers et les malformations congénitales. Les accidents ont tué en 2001 plus que VIH, tuberculose et malaria réunis chez les enfants de plus de cinq ans (2).

De plus, la présence d'un service de chirurgie de par ses infrastructures, sa logistique et ses ressources humaines agit comme un important levier sur la qualité globale des systèmes de santé.

La chirurgie humanitaire a évolué vers un professionnalisme affirmé au cours de la dernière décennie avec le recueil et l'exploitation des données, le développement de protocoles, l'accès à la télémedecine, l'amélioration des infrastructures (tentes gonflables, salle de réveil, soins intensifs) l'évolution du matériel (ALR, fast-écho,...). Il existe certes des possibilités pour de jeunes chirurgiens d'exercer leur spécialité dans des centres de brûlés, des centres de traumatologie avec introduction de l'ostéosynthèse, des missions de chirurgie de la

2013: 34 689 interventions



Départ de 177 chirurgiens volontaires

Figure 2. Les types d'interventions.

main ou de chirurgie pulmonaire sur la tuberculose mais l'essentiel des activités de MSF-F relève d'une pratique globale de la chirurgie.

## La formation actuelle

En 2014, le jeune chirurgien généraliste n'existe plus. Le viscéral n'a pas de compétences en traumatologie des membres, il est devenu un spécialiste de la chirurgie endoscopique et pariétale. L'orthopédiste se spécialise en genou, rachis, ... et n'a aucune notion des principes de traitement des fractures de guerre. Les obstétriciens n'ont pour leur grande majorité jamais vu une rupture utérine, ne connaissent pas les techniques de symphysiotomie ou de craniotomies pour extraction de fœtus mort. Enfin les brûlés sont traités par les plasticiens. Des organisations civiles ou militaires organisent des formations complémentaires ou spécifiques. En France, on peut citer les formations dispensées par le service de Santé des Armées (Cachirmex), la formation en Chirurgie réparatrice en situation précaire (Pr Doursounian), ou encore celles organisées par Gynécologie sans Frontières (Université de Lille et de Nantes). A l'étranger, le CICR, le « Surgical training for austere environments » à Manchester « L'Emergency war course » aux États-Unis. Ou encore la formation MSF à Düsseldorf. Toutes ces formations sont soit trop théoriques soit trop succinctes pour pallier aux carences en traumatologie des chirurgiens viscéraux et réciproquement. Le tremblement de terre en Haïti a été à cet égard particulièrement révélateur du manque de professionnalisme et de formation de la part de nombreuses d'équipes.

Le télé-enseignement pourrait être mieux développé à l'instar du Pan- African network du gouvernement indien (partenariat entre cinq universités indiennes et 53 centres hospitaliers en Afrique), de la Chaire Unesco de Télémedecine ou du Raft basé à Genève pour l'Afrique Francophone.

## Conclusion

Sans une vraie formation généraliste universitaire, à court/moyen terme les intervenants humanitaires n'auront plus en Europe les ressources humaines chirurgicales indispensables à la pratique de la chirurgie humanitaire. Un enseignement théorique en France suivi d'un à deux semestres de pratique avec tutorat dans des centres hospitaliers africains permettrait à de jeunes chefs de clinique qui le souhaitent d'obtenir ce type de qualification et de valider une formation de « Chirurgien humanitaire »

La création d'une formation en chirurgie générale, au sens large du terme, cautionnée par une institution, est ainsi une

vraie nécessité dont l'Académie de Chirurgie pourrait être le promoteur.

## Références

1. Groen RS, Samai M, Stewart KA, Cassidy LD, Kamara TB et al. Untreated surgical conditions in Sierra Leone: a cluster randomised, cross-sectional, countrywide survey. *Lancet*. 2012;380:1082-87.
2. Ozgediz D, Riviello R. The "other" neglected diseases in global public health: surgical conditions in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2008;5:e121.
3. Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Second edition. Oxford University Press. 2006;Table 67.2.
4. Gosselin RA, Maldonado A, Elder G. Comparative cost-effectiveness analysis of two MSF surgical trauma centers. *World J Surg*. 2010;34:415-9.