

La formation à la chirurgie essentielle : un concept, une évidence

Training in Primary Surgery: An Evident Concept

JP Lechaux [1], I Bars [2], JL Didier [3], R Sani [3]

1-Chirurgie viscérale - Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie.

2-Infirmière de salle d'opération.

3-Département de chirurgie et spécialités chirurgicales - CHU Niamey - BP 238 Niamey, Niger.

Résumé

La carence de personnel chirurgical dans les pays en développement et ses conséquences dramatiques humaines et économiques ont été démontrées par la commission du Lancet : « Global Surgery 2030 » justifiant la formation à la chirurgie essentielle, la chirurgie de tous les jours, des médecins généralistes ou des non-médecins, seule façon de permettre l'accès à la chirurgie pour tous. L'efficacité de cette formation. L'accès à la chirurgie est un droit humain universel nécessitant une action internationale.

Mots clés

- ◆ Chirurgie essentielle
- ◆ Formation

Abstract

Shortage of surgical workforce in low and middle income countries and its dramatic human and economic consequences have been outlined by the Lancet commission : « Global Surgery 2030 ». Training of general practitioners or non medical staff in essential surgery, every day surgery, is the only way to obtain surgical access for everybody. Efficiency of such a training has been highlighted in Niger. Reliable access to surgery is an universal human right which needs an international action.

Keywords

- ◆ Primary surgery
- ◆ Training

Correspondance

Jean-Pierre Lechaux

Chirurgie viscérale - Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie - 2 place Edmond Rostand 75006 Paris.

E-mail : lechauxjp@yahoo.fr

Le concept de formation à la chirurgie essentielle des médecins généralistes ou des soignants non médecins dans les pays en développement est désormais une évidence, seul remède à la carence chirurgicale aux conséquences dramatiques humaines et économiques dénoncées par la Commission « Global Surgery 2030 » du Lancet (1).

Commission du Lancet

Dans ce travail qui a évalué l'état de la chirurgie dans 111 pays à revenu faible ou intermédiaire, il est rapporté notamment que cinq milliards d'êtres humains n'ont aucun accès à la chirurgie ; que 16.9 millions de décès sont dus à l'absence ou à l'insuffisance de chirurgie, chiffre supérieur à la mortalité cumulée du sida de la tuberculose et du paludisme ; que 951 millions de femmes n'ont aucun accès à la chirurgie en cas de grossesse ; que 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté à cause des dépenses de santé.

Causes et solutions

Les causes de cette carence sont multiples : absence ou éloignement excessif des structures de soins, manque de matériel et surtout insuffisance de personnel chirurgical. Ainsi, selon l'OMS, l'Afrique qui représente 25 % de la charge pathologique mondiale ne dispose que de 1.3 % du personnel qualifié. Il faudrait 2.2 millions de chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens supplémentaires. Le remède à cette situation ne peut être la formation de chirurgiens diplômés : études longues et coûteuses, réticence pour l'exercice en zone rurale et fuite des cerveaux. La seule issue est l'implantation dans les hôpitaux de district de médecins généralistes ou de non-médecins préalablement formés à la chirurgie essentielle.

La chirurgie essentielle

C'est la chirurgie « de tous les jours » et celle pour laquelle le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, une chirurgie simple à enseigner et à pratiquer, sans matériel spécialisé, à faible morbidité avec un taux de réussite élevé, effectuée en temps utile, abordable physiquement et financièrement et adaptée aux pathologies les plus fréquentes, au premier rang

desquelles, l'obstétrique qui représente 80 % de l'activité avec la césarienne, le traitement des ruptures utérines et des grossesses ectopiques. Vient ensuite la traumatologie avec les accidents de la voie publique et les conflits armés, également toutes les urgences non traumatiques, appendicites, péritonites, hernies étranglées etc... et la chirurgie réglée dominée par la cure de hernie et de l'hydrocèle vaginale alors que l'adénomectomie prostatique, la trépanation et la chirurgie de la cataracte sont, en général, exclues de ce cadre.

La formation

Elle concerne soit de jeunes diplômés soit des médecins déjà en exercice dans des hôpitaux de district, par groupes de six ou huit. Les hôpitaux sélectionnés doivent répondre à certaines exigences : un bloc opératoire fonctionnel, une source d'énergie électrique, un infirmier anesthésiste qui bénéficie également d'une formation spécifique. La réhabilitation et l'entretien de ces structures doit être à la charge des organismes responsables. Les formateurs sont des expatriés, chirurgien de diverses spécialités en fonction des modules d'enseignement, anesthésiste et infirmier/ère de salle d'opération auxquels peuvent s'associer des éléments locaux. La formation est à la fois pratique par compagnonnage au bloc (Fig 1) et théorique concernant la chirurgie mais aussi l'anesthésie de base essentiellement loco régionale et les notions d'hygiène, d'asepsie, de stérilisation et de gestion d'un bloc opératoire. Dans le protocole mis au point par la Chaîne de l'Espoir (CDE), deux sessions de deux ou trois semaines sont organisées chaque année pour une durée totale de deux ans au terme desquelles, après un examen oral et la validation des activités chirurgicales, un certificat de capacité chirurgicale est attribué reconnu par l'Université.

Résultats

Le principe de cette formation a été adopté et reconnu officiellement dans plusieurs pays d'Afrique (Niger, Burkina Faso, Bénin, Ethiopie, Ouganda, Mozambique...) mais aussi au Canada (2) et en Australie (3). Quelques séries comparant les résultats opératoires obtenus par les médecins ainsi formés et des chirurgiens diplômés au Niger (4), au Canada (5) et au Mozambique (6) dans la cure de hernie et la césarienne n'ont pas montré de différence de morbi-mortalité mais un coût inférieur.

Expérience congolaise

Elle a débuté dans le cadre de l'ONG Chirurgie Solidaire qui a inauguré cette formation en 2010 en RDC, au Nord Kivu à l'Université Catholique du Graben à Butembo. Puis, la Chaîne de l'Espoir a organisé, à partir de 2015, à Goma, la capitale provinciale, la formation d'un groupe de six médecins en exercice dans des hôpitaux de district. Un nouveau projet est en cours d'élaboration par la CDE au Tchad où les besoins sont immenses en zone rurale. Enfin, à titre personnel, une formation fut initiée au Sud Kivu, à Bukavu, à la demande de D Mukwege.

Expérience nigérienne

L'expérience de l'équipe de la faculté de Médecine de l'Université de Niamey dirigée par le Pr Rachid Sani est exemplaire (7). Pionnière dans ce domaine, elle a formé à la chirurgie essentielle, de 2006 à 2017, 143 chirurgiens. La formation dure 12 mois dont trois mois en stage au CHU suivi de neuf mois en hôpital de district sous la direction et l'évaluation de « superviseurs » issus des hôpitaux régionaux ou de la faculté de médecine aboutissant, après examen, à l'attribution d'un diplôme appelé « capacité de chirurgie de district ». L'objectif est de « donner un nouveau rôle au chirurgien pour résoudre les problèmes chirurgicaux de sa population et avoir le leadership ». Cette formation vise les médecins généralistes déjà installés dans les hôpitaux des zones rurales. La réussite de ce programme est aussi liée à la formation en parallèle du personnel paramédicale en appui pour le bloc opératoire (technicien supérieur en anesthésie-réanimation et aide chirurgien).

Conclusion

La commission du Lancet a mis en évidence le rôle de la chirurgie dans le développement humain et économique et la lutte contre la pauvreté. L'accès à la chirurgie est un droit de l'homme universel. La formation des médecins généralistes ou des non-médecins à la chirurgie essentielle dans les pays en développement permet d'obtenir la « chirurgie pour tous ». La prise en charge de cette formation ne peut relever des seules ONG. La contribution des états, de l'Agence Française de Développement, des Sociétés savantes telles que l'Académie Nationale de Chirurgie est indispensable pour que cesse ce scandale sanitaire, cette injustice, cette disparité entre le robot chirurgical au nord et la main nue du médecin au sud (Fig 2).

Références

1. Global surgery 2030 : evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. Meara JG, Leather HJM, Hagander L et al. Lancet 2015 : 386;569-624
2. Humber N, Frecker T : Rural surgery in British Columbia : is there anybody out there ? Can J Surg 2008 : 51 ; 179-184
3. Bruening MH, Maddern GJ : The provision of general surgical services in rural South Australia : a new model for rural surgery. ANZ J Surg 1998 :51 ; 179-184

4. Sani R, Gbane M, Hennaux M, Ben Ousmane I :Prise en charge des hernies inguinales simples : comparaison des aspects économiques et thérapeutiques d'un hôpital de district et l'hôpital national de Niamey-Niger. Médecine d'Afrique Noire . 2007 : 54 ; 215-219
5. Aubrey-Bessler K, Newbery S, Kelly L et al Maternal outcome of cesarean sections. Do generalists' patients have different outcome than specialists' patients ? Can Fam Physician 2007 : 53 ; 2132-2138
6. Kruk ME, Pereira C, Vaz F et al Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. BJOG 2007:114 ; 1253-1260
7. Sani R, Nameona B, Yahaya A et al The impact of launching surgery at the district level in Niger. World J Surg 2009 : 33 ; 2063-2068



Figure 1 : Initiation à la gestuelle chirurgicale de base.

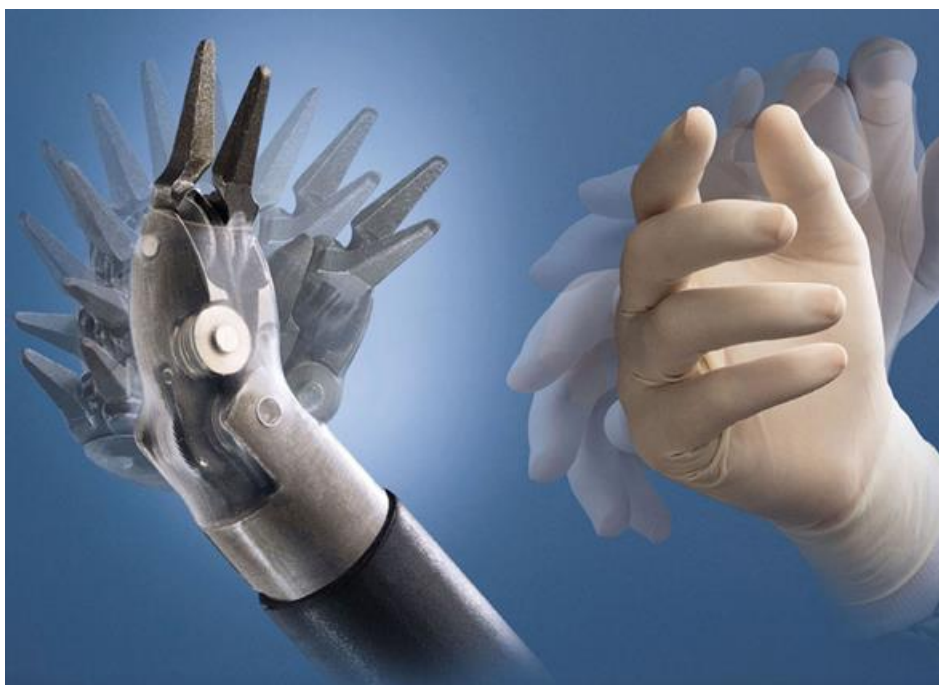


Figure 2 : Le robot chirurgical et le médecin aux mains nues.