

Partenariat hospitalier 2008-2011 entre le CHU Cochin et le CHU de Kara (Togo)

Troisième mission du 4 au 12 décembre 2010

Rapport de synthèse

Dr Pierre-Philippe Massault

La troisième mission du partenariat hospitalier signé entre les CHU Cochin et Kara a eu lieu du 4 au 12 décembre 2010.

Exceptionnellement, la mission a été menée au CHU Tokoin à Lomé et non au sein du CHU de Kara. En effet, comme cela avait été évoqué dans le rapport 2009 et à la demande des autorités hospitalo-universitaires togolaises, l'action du partenariat s'est portée cette année sur le développement de la chirurgie viscérale par coelioscopie. L'acquisition de colonnes de coelioscopie est prévue à Kara mais dans l'immédiat, seules trois colonnes récemment livrées sont disponibles au Chu Tokoin, raison pour laquelle la mission a été organisée à Lomé avec la participation de plusieurs jeunes chirurgiens togolais et du chirurgien de Kara, le Dr Kpoedjou. La livraison tardive de ces colonnes et la réhabilitation du bloc opératoire au CHU Tokoin expliquent la date de cette mission initialement pressentie au premier trimestre 2010. Dans le même cadre de formation, deux stagiaires togolais ont été accueillis à Cochin du 10 mars au 29 avril 2010. Il s'agissait du Professeur David Dosseh, chirurgien viscéral et de Mr Marcel Bamana, cadre infirmier de bloc opératoire (cf. rapport Pr. Dosseh en annexe).

Membres de la mission :

Dr Lionel Charbit : chirurgien viscéral

Dr Sébastien Jacquemin, anesthésiste réanimateur

Mr Julien Lecluze : infirmier de bloc opératoire

Dr Pierre-Philippe Massault : chirurgien viscéral, responsable du partenariat

Mr Jérémy Thomas, cadre infirmier hygiène

L'équipe a été accueillie par le directeur du CHU Tokoin, M Yorouba puis reçu par Le Pr. Sogné le lundi 6 décembre avant de rencontrer les autres chirurgiens viscéraux du CHU les Professeurs Attipou, Ayité et Dosseh dont le retour d'un congrès au Mali avait été reporté de 24 heures ainsi que le Dr Kpoedjou, chirurgien du CHU Kara. .

Cette première journée a été l'occasion de mettre en place et de tester les deux colonnes de coelioscopie au sein du bloc viscéral fraîchement réhabilité.

Comme l'année dernière, l'équipe est venue avec beaucoup de matériel consommable de façon à pouvoir être autonome pour la prise en charge péri opératoire des malades (cf. annexe). Ce matériel a été entreposé dans une réserve au sein du bloc et laissé au départ de la mission. Il a également été offert un dispositif d'entraînement à la coelioscopie (pelvitraîner) avec une webcam permettant de s'entraîner sur écran de façon à reproduire fidèlement les conditions opératoires en coelioscopie. Enfin, une partie du budget de la mission a été réservée à l'achat de médicaments et de produits sanguins à la pharmacie de l'hôpital. Ce budget était réservé aux malades ne pouvant pas régler la totalité des frais nécessaires à une prise en charge optimale.

Le partenariat est construit autour de trois thématiques transversales :

Formation pratique et enseignement en Chirurgie et Gynéco obstétrique
Hygiène et qualité hospitalière
Maintenance biomédicale, gestion des stocks et des dons

Compte tenu du caractère très ciblé de cette mission, l'activité a été essentiellement effectuée dans le domaine de la formation.

Concernant la thématique hygiène et qualité, Mr Lecluze au bloc opératoire et Mr Thomas en salle d'hospitalisation ont pu partager leur expérience auprès des personnels infirmiers (cf. rapports annexes).

Dans le domaine de la maintenance, il n'a malheureusement pas été possible d'associer un technicien biomédical à la mission cochinoise en raison de problème d'effectif mais l'état neuf du matériel et les compétences de l'équipe biomédicale de Tokoin associés à l'expérience de Mrs Bamana et Lecluze ont permis de faire tourner les deux colonnes simultanément.

Formation pratique et enseignement en Chirurgie et Gynéco obstétrique

Une partie du programme opératoire a été constitué dès le lundi avec la consultation de trois patients ayant des lithiases vésiculaires symptomatiques. Ultérieurement, le programme a été établi au fur et à mesure avec des consultations à froid et la prise en charge d'urgences.

Au total, du mardi au vendredi, 10 malades ont été opérés par voie coelioscopique :

- Trois cholécystectomies chez deux adultes et un enfant.
- Deux cures de hernie par voie pré péritonéale et intra péritonéale
- Deux kystectomies ovariennes (associé à une appendicectomie chez une patiente)
- Une appendicectomie (urgence)
- Une section de bride occlusive (urgence)
- Une reprise pour décaillotage post cholécystectomie (urgence)

Tout comme l'esprit général du partenariat, la mission n'a pas pour but principal de prendre en charge des malades mais de former afin de pérenniser les actions effectuées. Le programme de formation a donc été conduit de façon à mettre rapidement en situation le personnel du CHU.

Deux des cholécystectomies ont été réalisés par les Pr. Attipou et Dosseh aidés par les Dr Massault et Charbit. Dans le même esprit, la préparation des ces deux interventions et l'instrumentation ont été assurées par le personnel du bloc, dirigé par Mr Bamana et supervisé par Mr Lecluze.

Les cures de hernies ont été réalisées par le Dr Charbit. Ce type d'intervention nécessite une expertise plus poussée et la courbe d'apprentissage est relativement longue mais la fréquence de cette pathologie offre un potentiel de développement futur très intéressant.

De même, la prise en charge de la pathologie gynécologique par voie coelioscopique peut offrir un réel progrès à la population, aussi bien dans le cadre de l'urgence que pour les interventions programmées. Les interventions ont été effectuées par le Pr. Dosseh.

La prise en charge des urgences par voie coelioscopique a été effectuée par le Pr. Dosseh et par les internes.

Chaque intervention a permis un enseignement à chaque étape. La chirurgie par voie coelioscopique peut être simplement considérée comme une voie d'abord différente par rapport à la laparotomie classique mais elle a de nombreuses particularités qui nécessitent un apprentissage particulier.

L'anesthésie du patient opéré par coelioscopie doit tenir compte du pneumopéritoine (insufflation dans la cavité abdominale de CO₂ de façon à créer un espace de travail). Ce pneumopéritoine a des conséquences physiologiques notamment en diminuant le retour veineux au cœur. D'autre part, le chirurgien est conduit à utiliser des positions de table d'opérations extrêmes (tête en bas ou à l'inverse, roulis prononcé, malade installé sur le côté etc.) qui peuvent aussi influencer sur la conduite de l'anesthésie. Le Dr Jacquemin a ainsi pu former le personnel infirmier anesthésiste aidé par le Dr Mouzou, anesthésiste, qui a passé plusieurs mois à Cochin en 2008.

Pour chaque intervention, le matériel a été stérilisé et préparé par le personnel. L'installation de la chaîne vidéo, du dispositif d'insufflation et de la double coagulation mono et bipolaire a également rapidement été effectuée par le personnel. Des « pannes » ont été également simulées pour mettre le personnel en situation lors de l'intervention (arrêt d'insufflation, hyperpression abdominale, panne de lumière, d'aspiration etc....). L'installation du malade est aussi primordiale pour éviter son déplacement lors des manœuvres de table et la survenue de compressions nerveuses ou d'étirement des plexus nerveux des membres

L'introduction des trocars est une source importante de morbidité en chirurgie coelioscopique. Les chirurgiens ont donc été formés à la pratique de « l'open coelioscopie » qui consiste à introduire le premier trocar sous contrôle visuel de l'accès à la cavité abdominale. La formation à l'utilisation de l'aiguille de Véres (création du pneumopéritoine à l'aveugle, plus rapide mais plus risquée) a également été faite car elle garde des indications, notamment chez le sujet obèse. Cet exemple reflète parfaitement l'importance de la formation en chirurgie coelioscopique et le « gain de temps » que cela offre aux équipes : dans beaucoup de domaines de la chirurgie coelioscopique, il a fallu 5 à 10 ans aux équipes occidentales pour préciser les indications, déterminer les courbes d'apprentissage, analyser la morbidité et y remédier etc. Ce type de formation, s'adressant à des chirurgiens déjà formés et aux internes, peut permettre de passer rapidement le cap initial en diminuant la courbe d'apprentissage afin d'entreprendre rapidement une prise en charge habituelle des indications de coelioscopie.

Une partie de la formation a également été faite sur pelvitainer, notamment auprès des internes en chirurgie. Il s'agit d'un dispositif permettant de simuler la gestuelle en coelioscopie avec vision sur écran (et donc en 2D) grâce à une webcam branchée sur la chaîne vidéo de la colonne de coelioscopie. Cela reproduit fidèlement les difficultés rencontrées en coelioscopie lors des manœuvres de dissection puisqu'il faut apprendre à manier des instruments longs, avec un degré de mobilisation limité par l'emplacement fixe du point d'entrée du trocar, avec une vision limitée de face (optique à 0°) et sans profondeur de champ (2D). Grâce au pelvitainer, les internes ont pu se familiariser avec le matériel, faire des exercices en synchronisant les mouvements main droite main gauche et s'entraîner à faire des sutures et des nœuds, une des difficultés majeures en début d'expérience en coelioscopie. Cette formation, qui a un côté ludique et totalement nouveau, a été très appréciée par les internes.

Enfin, un enseignement théorique a complété la formation au bloc opératoire. Des vidéos d'intervention sous coelioscopie ont été projetées et commentées. Outre les interventions de

base effectuées au bloc, ces vidéos ont permis d'aborder les autres indications de la coelioscopie comme notamment la chirurgie colo rectale.

Gestion du partenariat et perspectives.

Cette mission avait la particularité de se dérouler à Lomé à la demande des autorités hospitalo-universitaires togolaises en raison de la disponibilité des colonnes de coelioscopie et de la possibilité de former plusieurs chirurgiens et internes dont le Dr Kpoedjou, chirurgien de Kara. Comme convenu (cf. rapport mission 2009), il y a tout de même eu une mission menée à Kara en ophtalmologie, dirigée par le Dr Dominique Monnet, cofinancée par le partenariat en complément de fonds privés.

Le partenariat est financé jusqu'en 2011 et il est prévu cette année une dernière mission à Kara, dans le domaine de la chirurgie viscérale mais aussi orthopédique. En effet, l'action débutée en orthopédie en 2009 mérite d'être poursuivie. La majorité des patients hospitalisés à Kara relève de pathologies orthopédiques post traumatiques. Le traitement des fractures ouvertes pourrait facilement être amélioré en optimisant la prise en charge initiale par un parage et un lavage abondant, sous anesthésie générale, avant pose du plâtre. La présence du Dr Biau avait été très bénéfique pour les kinésithérapeutes et l'idéal serait de recruter un chirurgien orthopédique sur le site de Kara. L'action engagée en chirurgie, notamment dans le domaine de l'hygiène doit bien sur être poursuivie mais dépend avant tout, comme cela a souvent été dit et écrit dans les précédents rapports, de l'engagement marqué et pérenne de la direction et de l'encadrement médical et infirmier, en dehors de la venue ou non des missionnaires et de la mise à disposition pour le personnel des consommables et l'équipement nécessaires.

Au terme de la mission, le directeur du CHU Tokoin, Mr Yorouba a chaleureusement reçu l'ensemble de l'équipe en compagnie des chefs de service Pr. Attipou, Pr. Ayité, Pr. Sogné, du Pr. Dosseh et des cadres. Cette réunion a été l'occasion de tirer un bilan de la mission mais aussi de réfléchir aux perspectives futures et aux moyens de financement.

La mission a été très bénéfique en permettant d'installer et de mettre en route les colonnes de coelioscopie et en apportant un enseignement théorique et surtout pratique. Les chirurgiens et le personnel du bloc opératoire ont pu d'emblée utiliser de façon optimale les colonnes et ont exprimés leur satisfaction et leur intention de poursuivre cette activité après le départ des missionnaires, ce qui est le but principal de cette collaboration. L'accueil du Pr. Dosseh et de Mr Bamana à Cochin a également été très productif.

La logique bilatérale du partenariat a également été bénéfique pour les personnels de Cochin qui ont découverts pour certains d'entre eux une autre vision de leur métier, exercée dans des conditions différentes par rapport à celles vécues dans un CHU parisien comme Cochin.

La volonté de poursuivre ce partenariat à Lomé a été clairement exprimée par le responsable du partenariat le Pr. Ayité, par le directeur du CHU, par l'ensemble des chirurgiens et cette volonté est partagée par le Dr Massault. Beaucoup de choses restent à faire dans le domaine de la coelioscopie, en chirurgie viscérale et gynécologique mais aussi en urologie, domaine qui n'était pas concerné par cette mission mais qui est appelé à se développer puisqu'une colonne a également été livrée pour le service d'urologie. L'infrastructure des équipements à Lomé, la présence des internes, le volume des urgences, le recrutement des malades etc. se prêtent beaucoup plus à la tenue de telles missions de formation que celles menées à Kara, où les missions ont plus été des missions ponctuelles de soins comme récemment en ophtalmologie. L'accueil de stagiaires à Cochin est aussi un point important car cela permet

d'assister à un volume important d'interventions variées et d'acquérir ainsi sur une période de deux mois une expérience qui nécessiterait sinon plusieurs années de pratique.

Les possibilités de financement ont été examinées. Un dossier de partenariat hospitalier va être déposé par le Dr Massault avec l'accord de la Direction de Cochin auprès du pôle Europe International de la Fédération Hospitalière de France (FHF) mandatée par L'Agence Française de Développement (AFD) sous la supervision du MAEE et du Ministère de la Santé pour assurer la gestion technique et financière des partenariats hospitaliers.

Les Dr Massault et Charbit ont également eu une entrevue avec Mr Frédéric Merlet, chef du Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France à Lomé. Le SCAC a financé la venue de quatre stagiaires togolais à Cochin en 2009 et 2010. La poursuite de ce financement a été demandée dans le cadre de la coopération décentralisée et il semble que cela soit possible dans le cadre d'une coopération universitaire. Le Dr Massault et le Pr. Ayité, dans le cadre des ses fonctions au sein de l'Université et de la Coopération, vont explorer les possibilités de collaboration avec l'Université René Descartes Paris V dont dépend le CHU Cochin. Le Dr Massault a pu se rendre compte, depuis plusieurs années qu'il exerce au CHU Cochin et qu'il se rend au Togo, combien des échanges universitaires au niveau des étudiants et des internes sont souhaités par les deux parties et il s'agit là, au-delà d'une possibilité de financement supplémentaire, de perspectives très intéressantes qui ne pouvaient être financées par le budget restreint du partenariat hospitalier.

Enfin, l'association HOPE (HOpital Partenariat Europe), créée en 2009 par le Dr Massault, va prendre une part de plus en plus grande au financement des missions, cette association a but non lucratif type loi 1901, ayant été créée à cet effet.