

Conférence sur l'enseignement de la laparoscopie en Géorgie

Bonjour je me présente brièvement Je m'appelle Pierre Meyer Je suis chirurgien viscéral J'ai pratiqué 20 ans à l'hôpital universitaire de Genève et ensuite 22 ans en privé à l'hôpital de La Tour J'ai fait ma formation de chirurgien à Genève -Paris - Pittsburgh aux États-Unis pour la transplantation du foie et en autodidacte ou presque dès les débuts de la laparoscopie en 1989.

Quant à vous, J'aimerais savoir si vous êtes désormais partantes pour un long vol avec les élèves du Commandant de Bord Emery. Moi je suis pleinement partant et en toute confiance vu ses exigences de sécurité et son enseignement pour y parvenir. Mais n'ayez crainte, à la fin de mon exposé je ne vous demanderai pas si vous êtes d'accord d'être opérées par mes élèves de Géorgie parce que le match est trop inégal et nettement en ma défaveur. En effet qui ne préférerait pas s'allonger sur une plage blanche océanique après un long vol plutôt que de s'allonger dans un lit d'hôpital après une opération ?

Pilote d'avion et chirurgiens partagent un même stress : Sécuriser la vie des gens qui se mettent entre nos mains. Il est très clair aujourd'hui que les conditions de cette sécurité ne se restreignent pas aux seules qualités du chirurgien ou du pilote. Ces conditions sont l'affaire de toute une équipe et donc c'est l'affaire de chacun de savoir exactement Ce qu'il doit faire, Quand il doit le faire et comment le faire. De plus chacun a son mot à dire, son opinion à donner pour améliorer le rendement et la sécurité du système. Cela ne peut se faire qu'avec un bel esprit d'ouverture. La mise en place d'un tel système doit aussi prendre en compte les moyens du bord.

Les moyens du bord c'est la Géorgie. Ancien satellite de l'URSS Les chirurgiens ont été formés à Moscou. Ils pratiquent surtout la chirurgie classique avec des grandes incisions et donc des grands délabrements. Leur mentalité encore féodale considère les instrumentistes et les aides de salle d'opération comme leur valetaille, leur femme de ménage, leurs petites mains. Ces chirurgiens ont une très haute opinion d'eux-mêmes. D'ailleurs même les patients ne bénéficient que du respect minimum. Ils sont aussi à leurs services.

Les conditions en salle d'opération sont précaires. La porte de la salle d'opération stigmatise habituellement la frontière entre le propre et le stérile. Là-bas elle reste ouverte et on la passe même en habits civils. Les chiens n'y sont tout juste pas admis Mais les souris, oui, la nuit !

Dans la salle d'opération, les masques sont sur le cou en nœud papillon ou sous le nez. Les chapeaux laissent déborder cheveux et bijoux Les mains restent baguées sous les gants stériles les tenues de bloc sont fantaisistes et lavées environ une fois par semaine.

N'importe qui entre dans la salle d'opération soit en basket soit avec des sabots déchirés qui ont même été utilisés à l'extérieur de l'hôpital. Tout le monde a un téléphone portable à l'oreille et parle sans arrêt à sa famille ou à des collègues.

Après une désinfection large à la Bétadine, le patient est champé par des champs en tissu déchirés ou troués ou trop courts. Les instruments sont mis en vrac dans d'immenses boîtes métalliques Et l'on se sert au fur et à mesure des besoins.

Enseigner la chirurgie laparoscopique dans ces conditions revient à partir de zéro. C'est à dire qu'il faut d'abord changer les mentalités à chaque échelon, expliquer ce qu'est la stérilité et ensuite enseigner la chirurgie laparoscopique.

Il faut donc expliquer à chacun comment faire pour être stérile et surtout le rester et ensuite faire appliquer cette règle ce qui veut dire : discipline, contrôle et discipline !

Il faut montrer à chacun sa place dans cette échelle de responsabilité et désigner les garants de cette bonne conduite. Il faut répéter que les antibiotiques donnés aux patients ne sont pas le remède miracle aux défauts d'asepsie.

Vous le savez-vous que les garants de cette bonne conduite sont les instrumentistes qui gèrent tout l'espace opératoire, la place des appareils qui y sont reliés, ainsi que les tables d'instruments. Mais pas seulement, il y a encore l'espace des chirurgiens qui opèrent et ceux qui viennent regarder.

En d'autres termes, nos directives là-bas bousculent les mentalités. Elles propulsent l'instrumentiste, qui avait la place de femme de ménage qualifiée, au statut de chef de la police et les aides de salle opératoire en policiers. Et il en faut car les chirurgiens restent des trublions adolescents qu'il faut gérer, voir remettre à l'ordre. Telle était la première mission d'Estelle Donguy sans qui je n'aurais jamais pu faire car on ne peut pas être au four et au moulin simultanément.

Vous l'imaginez facilement, tout cela ne s'est pas fait en un jour ni sans heurts car nos féodaux ne l'entendaient pas de cette oreille. Ils se sentaient déçus de leurs prérogatives que de se faire remonter les bretelles ou le masque sur le nez par des instrumentistes voire des aides de salle. Ils ont ressenti ces directives comme une brutale émancipation féminine et cela a été vu d'un mauvais œil tant par les chirurgiens que par les anesthésistes qui désormais ne pouvaient plus téléphoner sans arrêt, boire du thé de la main gauche et montrer du doigt de la main droite par-dessus le champ opératoire un petit détail qui les tracassait.

Les premiers jours de cette mise au point nous avons passé pour des paranos de la bactérie, des exaltés de l'ordre, de la méthode et de la propreté. Bref, des révolutionnaires brisant la hiérarchie médecins / petit personnel. On sentait que leur virilité prenait un coup de mou.

A cause des grands remous que nos directives engendraient, et parce que la révolte grondait, on a dû demander une réunion d'urgence au directeur de l'hôpital. Car c'est lui le maître absolu.

Tout d'abord parce qu'il est le propriétaire de cet hôpital. Ensuite physiquement, c'est une personne massive 1m90 pour 190 kg. Et c'est un vrai personnage caricatural : Il se considère lui-même comme un dictateur colérique.

Il fallait le convaincre du bien-fondé de nos directives. Alors on a fait un peu de CRM sans le savoir. Je vous résume à coups de haches notre entrevue à huis-clos.

Partant de l'analogie avec un avion ou un navire, On lui a expliqué à quel point chaque membre de l'équipage a une place et une importance dans sa fonction, et à quel point cette hiérarchie de fonctionnement est plus importante et respectable que la hiérarchie féodale. Elle est vitale pour la bonne marche du bloc opératoire, et le déroulement de l'opération et donc aussi pour la sécurité du patient et finalement pour la renommée de son hôpital.

Alors ce directeur-dictateur est entré dans une violente colère contre ses chirurgiens. Il a compris rapidement où le bas blessait. Il les a convoqués le soir même et les a menacés de les mettre à la porte s'ils ne suivaient pas scrupuleusement nos directives.

Effectivement durant les 2 jours suivants tous les conflits se sont apaisés. Chacun s'est donné beaucoup de peine et le bon système s'amorçait. Il était alimenté par notre attitude mais aussi et surtout parce que nous avons réexpliqué à chacun les tenants et les aboutissants de chaque attitude, décisions, gestes. Il fallait répéter et répéter tout cela à en devenir bleu.

Nous leur avons aussi appris quelques manières plus respectueuses envers leurs patients en salle d'opération. A Savoir ne pas les laisser totalement dénudés sur la table d'opération avec tout le monde autour, qu'ils soient réveillés ou non. Ne pas les sonder alors qu'ils ne sont pas encore anesthésiés. Faire un peu de silence. Bref la salle d'opération s'occidentalisait peu à peu sous l'effet de nos mantras quotidiens.

En parallèle, l'ambiance durant nos opérations s'améliorait, les instrumentistes géorgiennes prenaient des décisions, les aides de salle étaient plus présentes et attentives, les chirurgiens géorgiens cessaient de faire les gros bras.

Alors nous avons pu approfondir notre enseignement. Estelle Donguy enseignait aux instrumentistes les principes et les étapes de nos opérations afin qu'elles comprennent et apprennent à prévoir le geste opératoire suivant. Quant à moi, j'enseignais les bonnes stratégies laparoscopiques, les bons gestes et les mauvais avec des dessins avant l'opération et aussi après. J'expliquais la position des mains, du corps et celle des trocars et des instruments à l'intérieur de l'abdomen.

A la veille de notre départ de cette 1ère semaine, le directeur nous a convoqué pour faire un 1er bilan. Nous étions fiers et heureux de lui annoncer que tout fonctionnait beaucoup mieux et dans une meilleure ambiance. Alors pour nous prouver sa bonne volonté et probablement pour partager le mérite de cette victoire, il nous a montré sur son bureau son écran géant qui retransmettait tout ce qui se passait et se disait en salle d'opération ! Ainsi les quelques récalcitrants qui faisaient un peu de résistance étaient convoqués immédiatement dans son bureau et vertement sermonnés paraît-il !

2 mois plus tard, nous retournions sur place. En effet j'avais prévu cet enseignement à raison d'une semaine chaque 2 mois avec si possible 1 ou 2 opérations-type pendant toute la semaine. A raison de 3-4 op / jour cela donnait Par exemple 15 à 20 cholécystectomies / semaine ou 15 à 20 hernies inguinales.

J'avais déjà éprouvé ce système lors de missions semblables au Brésil, en Macédoine et à St Pétersbourg.

Donc 2 mois plus tard, nous retournions en Géorgie plein d'enthousiasme. Mais c'était sans compter que lorsque 'le chat n'est pas là les souris dansent'. En effet nous avons constaté que tout ou presque était redevenu comme avant. Il a fallu rallumer tous les feux et y compris auprès du dictateur-chef et après deux jours nous avons retrouvé un fonctionnement adéquat à nos principes.

De mon côté, j'ai commencé à tenir la caméra plutôt que d'opérer moi-même ce n'est que lorsque le chirurgien rencontrait une difficulté que je reprenais la main.

Du côté d'Estelle, ce n'était plus elle qui instrumentait systématiquement seule les opérations mais elle assistait une instrumentiste géorgienne.

Elle a étendu son enseignement aux modalités de stérilisation des instruments. Par exemple séparer les instruments en plastique tels que les trocars, des autres instruments métalliques. Elle a aussi conçu des kits instrumentaux par opération-type ce qui a permis d'éliminer les volumineuses boîtes métalliques où tout était mélangé. Nous avons calibré les appareils de coagulation, de coupe électrique etc...

Pour ma part, j'ai montré encore une fois les gestes dangereux, expliquer les mauvaises stratégies et bien sûr les bonnes. Je leur ai appris à insérer des trocars en toute sécurité, à suturer des tissus, ligaturer un vaisseau sous laparoscopie, à faire des nœuds, comment réagir à un saignement même fort.

Du côté des aides de salle, nous avons vu qu'elles géraient beaucoup mieux les appareils, le stockage des kits d'instruments.

Elles étaient plus attentives comme d'ailleurs les instrumentistes qui désormais regardaient le déroulement d'une opération, comprenaient un peu ce qu'on faisait et essayaient de prévoir le geste futur.

Les chirurgiens visiteurs venaient en salle avec un téléphone éteint, ils ne parlaient plus entre eux qu'à voix basse et ne se plaquaient plus dans mon dos en me stérilisant complètement. Bref on était presque dans une vraie salle d'opération. Presque car leurs conditions ne sont pas les nôtres.

Ce progrès acquis est resté et lors de la 3ème visite 2 mois plus tard nous avons enfin fêté la 1ère cholécystectomie laparoscopique entièrement faite par eux.

Désormais Estelle et moi étions leurs assistants plutôt que les skippers. Notre tâche n'était de loin pas terminée et nous continuions à diffuser nos mantras et à avoir l'œil partout pour tout surveiller.

J'ai alors aussi enseigné les soins péri-opératoires aux infirmières d'étages. Je leur ai expliqué notre attitude, beaucoup plus empathique, empreinte du respect des patients et de leur famille.

Car en effet chez eux on ne dit pas bonjour quand on rentre dans une chambre et bien entendu on ne frappe pas à la porte avant d'entrer. Lors de nos visites post-opératoires, tout accompagnant du patient, était prié assez vertement d'attendre dans la salle d'attente au bout du couloir et le patient était dénudé sans ménagement par l'infirmière d'étage pour nous montrer ses pansements. Cette attitude choquante était aggravée par la pénurie fréquente de cathéter plastique pour les perfusions alors le bras était fixé sur une attelle pour que l'aiguille de la perfusion ne sorte pas de la veine. J'ai essayé de modifier ces habitudes.

Avons-nous atteint notre but ?

Je pense que nous l'avons atteint partiellement. Notre but était d'enseigner la chirurgie laparoscopique pour les interventions courantes et de changer leur mode de fonctionnement et donc leur mentalité.

Pour y parvenir nous avons dû changer radicalement le fonctionnement et les procédures au bloc opératoire. Certes, les instrumentistes ont peiné à acquérir le statut qu'elles méritent à cause des mentalités. Il en est de même au niveau des soins post-opératoires.

Ainsi les procédures médicales nouvelles ont bien été acquises mais il n'est pas certain qu'elle se déroulent selon nos critères d'exigence car je pense malheureusement que dans le fond, les mentalités n'ont pas changé. Ils jouent le jeu de l'équipe soudée et fonctionnent plus ou moins bien lorsque nous sommes présents, pour la forme, ce qui signifie qu'au minimum, ils en ont compris le principe.

Nos visites se sont espacées dans le temps parce qu'ils se débrouillent assez bien chirurgicalement sans nous mais la raison principale est financière.

La Géorgie est pauvre et l'Etat peine à payer aux hôpitaux les frais de traitements et d'hospitalisation. Bien entendu nous ne sommes pas payés et donc non inclus dans ces frais. Une Fondation genevoise paye les billets d'avion et nous sommes logés et nourris par la direction de cet hôpital géorgien, ce qui nous vaut d'être invité chaque soir dans un restaurant avec les chirurgiens ou les gynécologues avec qui nous avons passé la journée et le directeur-dictateur est souvent présent, ce qui nous permet de débriefer à chaud tout ce qui s'est passé. Et quand je dis à chaud je fais référence aussi bien à leur tempérament qu'aux quantités de vin qu'ils ingurgitent.

Je vous remercie de m'avoir écouté et je répondrai volontiers à vos questions étant conscient de ne vous avoir brossé qu'une esquisse des problèmes de l'enseignement dans un cadre très différent du nôtre.