

LES PRIORITES CHIRURGICALES EN MILIEU RURAL TROPICAL A L'AUBE DU 21^e SIECLE

PAR

AHUKA ONA LONGOMBE, MD, PhD
Agrégé de l'Enseignement Supérieur en Médecine
Professeur de Chirurgie, Université de Kisangani
République Démocratique du Congo.

1999
3ième impression 2001

Table des matières

INTRODUCTION

PREMIER CHAPITRE: La vie et les conditions de travail en milieu rural africain.

1. Les préalables à connaître avant toute chirurgie en milieu rural.
2. Cadre du travail.

DEUXIEME CHAPITRE: Epidémiologie chirurgicale dans un milieu rural.

1. Répartition des opérations.
2. Types d'anesthésie utilisée.

TROISIEME CHAPITRE: Technologie appropriée.

1. Alcool "indigène" comme antiseptique.
2. Source de lumière: phare de voiture.
3. Utilisation de fil de pêche
4. Chirurgie "mobile"

QUATRIEME CHAPITRE: Soins de santé primaires chirurgicaux.

1. Place de nos "collaborateurs"
 - Importance des guérisseurs traditionnels.
 - Importance des accoucheuses traditionnelles.
 - Secteur informel dans le domaine sanitaire
2. Importance de l'éducation et de la formation.
 - Education de la communauté.
 - Formation du personnel médical et paramédical.
3. Intégration des soins de santé primaires chirurgicaux dans les soins de santé primaires en général.

CINQUIEME CHAPITRE: Chirurgie de l'avenir.

1. Principes pratiques.
2. Devoirs des autorités.

Table

INTRODUCTION

Eclairons le lecteur sur nos intentions.

D'abord, délimitons ce que nous appelons "Priorités Chirurgicales" c'est-à-dire la chirurgie qu'il faut maîtriser car elle rend service à 75 % des malades dans nos milieux ruraux où vit 80 % de la population de nos pays. Elle n'est ni une chirurgie majeure ni une chirurgie mineure mais elle englobe toutes ces deux tendances pour insister sur le "peu" qu'on est obligé de connaître quand on travaille seul dans une vaste région, sans moyen de communication, sans personnel qualifié et dans un environnement pauvre.

A la sortie de la faculté, nos jeunes confrères se retrouvent abondamment bombardés d'informations, de concepts biologiques en évolution et des méthodes plus récentes de diagnostic et de traitement mais en pratique, ils ont des difficultés car ils ne savent pas comment s'y prendre, ce livre est donc écrit à l'intention des étudiants, des futurs praticiens et des encadreurs. Il leur permettra de marier la théorie à la pratique et il leur donnera des outils nécessaires sur comment faire face à la chirurgie d'une façon quotidienne comme nous la vivons dans nos régions rurales. Les matières retenues correspondent aux situations réelles vécues dans un contexte précis. Limitée aux matières choisies et présentées dans ce cadre ponctuel, cette "chirurgie minimale" ne réaliserait qu'une information très incomplète; mais, ce livre est conçu pour servir d'outil de formation pratique. Il est donc rédigé dans un style sobre, avec pour principal souci de proposer une approche "généraliste" et non "spécialiste" des pathologies chirurgicales fréquentes chez nous. Les maladies rares, bien que dignes d'intérêt, n'aient pas leur place dans un ouvrage qui se veut pratique et opérationnel. Il y a très peu d'hôpitaux ruraux chez nous qui avons tous les spécialistes travaillant dans le même cadre. Très souvent donc, nombreux d'entre nos jeunes confrères travailleront seuls sans le concours d'un spécialiste d'où la nécessité de savoir-faire le minimum indispensable, objet des "Priorités Chirurgicales".

Notre confrontation quotidienne aux problèmes posés par la formation des jeunes dans les spécialités chirurgicales nous a convaincus que le professeur de chirurgie ne peut plus se contenter de transmettre un savoir, un ensemble de solutions, procédés et de recettes souvent reçues sous d'autres cieux et ne cadrant en rien avec les réalités de l'arrière-pays. Cette conviction résulte d'ailleurs aussi d'une série de faits qui ne peuvent laisser indifférent:

- d'une part, la formation théorique qui, traditionnellement, a consisté à accumuler des cours de chirurgie, de gynécologie, d'obstétrique et des petites spécialités chirurgicales n'a guère abouti à modifier la vision du formateur que nous sommes vis-à-vis de nos élèves et de leur environnement: on a toujours fait la même chose et on continue...
- d'autre part, des réformes de l'Education successives et profondes secouent notre enseignement à tous ses niveaux et il faut vite adapter notre pratique qu'au profit de la grande majorité de notre population.

En concevant ce livre, j'ai constamment eu à l'esprit la nécessité d'un texte illustré avec les cas rencontrés dans ma pratique quotidienne pour améliorer la compréhension des maladies par le lecteur non initié.

Le but donc de ce livre est d'aider les jeunes praticiens dans notre domaine de s'en sortir dans les conditions qui seront les leurs dans la pratique de la chirurgie en milieu rural. Il expose les principes pratiques de la chirurgie en milieu rural et leur application dans ce contexte précis. La connaissance de ces principes permettra au lecteur intéressé de faire une pratique efficace, sûre et profitable pour les malades.

Pour réussir en chirurgie dans un contexte de travail difficile, il faut savoir où commencer (chapitre 1-2) et comment s'en sortir (chapitre 3. Le cheminement d'un bon travail chirurgical passe nécessairement par une

maîtrise des soins de santé primaires chirurgicaux (chapitre 4).

A l'aube du 21^è Siècle et analysant profondément notre situation, cette chirurgie me semble être celle de l'avenir (chapitre 5) et elle n'a rien à faire avec le modernisme: il est difficile que d'ici là nous soyons tous équipés pour être capables de faire des transplantations!

[Table](#)

PREMIER CHAPITRE

LA VIE ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN MILIEU RURAL

I.1. LES PREALABLES A CONNAITRE AVANT TOUTE CHIRURGIE EN MILIEU RURAL SOUS LES TROPIQUES.

Quel que soit le point du globe où l'on se retrouve, la chirurgie garde les mêmes principes fondamentaux. Mais ces principes doivent trouver une assise stable tant du point de vue approche que technique suivant la région où on exerce. Car il est absolument absurde de faire appliquer -in extenso- les mêmes principes employés dans les pays développés sans modifications dans nos conditions de travail en milieu rural tropical d'autant plus que ces pays diffèrent en pratique sur plusieurs plans:

- climat
- culture
- développement économique
- maladies
- infrastructures
- ressources humaines.

Tout le monde sait que le chirurgien exerçant en milieu rural tropical est confronté aux problèmes spécifiques différents de ceux que rencontre son collègue des pays développés. Les moyens de transport sont rares, les communications difficiles, les routes inexistantes, le matériel élémentaire de travail vétuste et le manque d'un personnel médical et paramédical qualifié. Ne parlons pas du laboratoire et des examens complémentaires tels que la radiologie et l'histopathologie qui ne sont pas disponibles et ne peuvent pas aider au moment opportun. Souvent les réponses arrivent après le décès. Tout cela fait de celui qui fait la chirurgie en milieu rural un homme isolé qui a des réalités - parfois douloureuses- jamais expérimentées par ces collègues sous d'autres cieux.

Il nous a semblé donc nécessaire avant de parler des Priorités Chirurgicales de cerner le contexte précis dans lequel la chirurgie est faite sous les tropiques.

I.1.1. Climat

Il n'existe que deux saisons sous les tropiques à l'Equateur: la saison sèche et celle de pluies. Les hautes températures rencontrées pendant la première saison ont des effets néfastes sur le matériel employé en salle d'opération tels que les sutures et les objets en plastiques. Elles indisposent l'équipe chirurgicale qui doit choisir entre l'air frais venant de l'extérieur et l'envahissement par les insectes. Il est pratiquement difficile dans cet environnement d'éliminer les insectes qui mènent leur vie normale. Il faut que le chirurgien arrive à choisir par exemple les sutures adaptées à son milieu comme vous le verrez dans le chapitre sur la Technologie adaptée.

La saison de pluies rend les routes impraticables. Le transport devient très difficile et il existe mêmes des pistes où les vélos ne peuvent pas passer. Ce qui fait que le transport des malades à l'hôpital pose un

problème épineux: beaucoup de malades arrivent à dos d'hommes et souvent quand il est trop tard. Comment peut-on alors envisager un transfert de malades au temps opportun ?

Toutes ces intempéries climatiques mettent le chirurgien rural dans des conditions particulières et spécifiques dans l'exercice quotidien de sa profession. Il faut donc qu'il soit averti pour qu'il puisse prendre des dispositions utiles afin que le climat n'handicape pas son travail. Car il exercera durant toute sa vie et il est le mieux placé pour trouver des solutions convenables et adaptables aux conditions qui sont les siennes. Par exemple la construction des maisons d'attente "mafika" pour les femmes qui attendent famille.

I.1.2. Culture.

Les cultures et les croyances sont encore fortement présentes dans la vie quotidienne des communautés en milieu rural. Il faut en tenir compte car elles influencent d'une façon ou d'une autre le comportement du patient vis-à-vis de sa maladie. Il existe très peu de maladies qui ne trouvent pas d'origine au niveau d'une tiers personne vivant dans la même communauté que le patient. Les superstitions sont courantes et tout cela va expliquer les conséquences psychologiques et physiques vécues par le malade en milieu rural.

La famille a toujours un mot à dire une fois que la maladie frappe un de ses membres. Il y aura des réunions sur réunions aboutissant même aux conflits sanglants en vue de découvrir le responsable de ce malheur. L'absence d'un compromis rend indispensable la consultation chez un guérisseur traditionnel ou mieux un féticheur.

Tout cela fait perdre un temps précieux au malade qui, par conséquent, arrive tard aux soins adéquats.

Il est prudent que le chirurgien saisisse cette dimension culturelle du patient en milieu rural car plusieurs situations peuvent y trouver une explication.

I.1.3. La situation socio-économique.

La situation socio-économique des populations en brousse est dans la majorité des cas déplorable. Elle tient à plusieurs facteurs que nous allons essayer de décrire dans la suite.

En général, dans nos pays, les milieux ruraux ne constituent pas la première préoccupation de l'Etat. Tous les efforts sont concentrés en faveur des grandes villes au détriment des villages. Il y a un manque d'intérêt notable des autorités vis-à-vis de ce qui se passe en brousse.

Ce manque de préoccupation des autorités à la vie des villageois a comme corollaire la persistance de la pauvreté et aucune issue pour le développement. Il existe des nombreuses régions sous le tropiques qui n'ont aucun espoir pour sortir de ce gouffre. Nous rencontrons des malades chirurgicaux dans un mauvais état général dominé par la malnutrition et l'anémie ne permettant aucun geste opératoire sauf urgence car la guérison des plaies sera sérieusement compromise.

Cette pauvreté entretient un manque d'éducation rendant ainsi de plus en plus difficile l'amélioration de la vie en milieu rural. Ce manque d'éducation se sentira par une mauvaise utilisation des ressources disponibles. Nous le voyons par exemple avec les femmes enceintes au cours des consultations prénatales. En dépit des conseils donnés à celles qui sont à haut-risque pour venir accoucher dans une maternité, beaucoup arrivent seulement quand la situation se complique et dans la majorité des cas on perd les nouveau-nés et parfois leurs mères aussi. Les fistules vésico-vaginales qui peuvent en résulter sont un exemple parlant du mélange de pauvreté et de manque d'éducation.

Ce manque d'éducation va entretenir l'ignorance au sein de cette communauté. Cette ignorance va se perpétuer dans les croyances et les superstitions parfois sans fondement véritable. Un des exemples les plus frappants est rencontré avec les malformations congénitales comme le bec-de-lièvre.

Nous avons eu à opérer des patients de plus de 35 ans d'âge parce que la croyance populaire dans certaines tribus fait de cette malformation une punition infligée à la maman qui aurait mangé du 'pangolin' au cours de la grossesse. Cette raison est amplement suffisante pour laisser les parents et les autres membres de la famille indifférents et laisser grandir cet enfant sans correction chirurgicale.

Je voudrai terminer ce paragraphe par une des situations les plus stressantes pour celui qui fait de la chirurgie en milieu rural en l'occurrence le manque de suivi. Beaucoup de malades, une fois opérés et sortis de l'hôpital, se perdent dans la nature et il devient impossible de connaître ce qu'ils sont devenus. Plusieurs raisons peuvent être à la base de cette situation notamment les longues distances qui séparent les hôpitaux et les villages d'habitation des malades. Nombreux sont les malades qui sont obligés de parcourir des centaines de kilomètres pour atteindre l'hôpital. Il est dès lors difficile de les convaincre ou de les revoir à la consultation ambulatoire de contrôle une fois sortis de l'hôpital.

La notion d'opération urgente de sauvetage est difficilement comprise par nos patients. Ils ne sont pas facilement convaincus de l'importance d'une seconde opération aussi longtemps que les symptômes qui l'ont conduit à l'hôpital ont disparus. Les exemples ci-dessous vont vous éclairer sur ce point. Il nous arrive parfois d'opérer à trois reprises un patient avec une récurrence de volvulus du sigmoïde. La simple détorsion du sigmoïde non nécrosé suffit pour le malade car le transit est rétabli. Le convaincre de subir une deuxième opération à froid est souvent très difficile et le chirurgien ne le reverra qu'au cours d'un prochain accident d'occlusion intestinale aiguë. Il en est de même des nombreux malades qui arrivent avec une rétention urinaire aiguë sur adénome de la prostate par exemple. Sitôt que le sondage vésical a redressé la situation, l'adénomectomie pour lui devient un acte facultatif. Il va disparaître jusqu'au prochain épisode de rétention urinaire aiguë.

A part ce problème de distance et de manque de notion d'opération froide après l'urgence, il arrive souvent que les moyens financiers fassent défaut et que le patient ne retourne plus aux contrôles. Ceci est directement lié à la pauvreté dont nous venions de parler ci-dessus.

1.1.4. Les conditions dans lesquelles la chirurgie est exercée.

Le développement de la chirurgie a été intimement relié à l'évolution moderne en ce qui concerne l'anesthésie et la réanimation, l'asepsie et l'antisepsie, les transfusions de sang et des examens complémentaires radiologiques et de laboratoire. Si cette évolution a engendré la chirurgie moderne sous d'autres cieux, il n'en est pas de même dans nos milieux où cette discipline ne bénéficie pas de tous ces atouts cités ci-dessus.

L'asepsie et l'antisepsie sont deux principes fondamentaux qui ne doivent en aucun cas être négligés quel que soit l'endroit où se pratique la chirurgie. Si elles sont difficilement comprises par la population, il est du devoir de celui qui fait la chirurgie de les faire comprendre et accepter par tout son équipe car une simple négligence peut entraîner des catastrophes énormes.

Sur le plan anesthésie et réanimation, il manque partout en brousse un personnel qualifié. Le chirurgien est obligé de jouer le rôle de l'anesthésiste-réanimateur. Raison pour laquelle, il est toujours impérieux de former rapidement quelqu'un qui pourra le seconder. Il est en outre prudent de faire au maximum les anesthésies locales et loco-régionales telles que la rachianesthésie et d'éviter le plus possible les anesthésies générales. Ce qui limite fortement le travail pour certaines affections et surtout chez les enfants. Au cas où une anesthésie générale serait nécessaire, nous conseillons la Kétamine R (Kétalar) qui est d'une utilisation facile. Il est donc recommandé de maîtriser l'emploi de cette drogue qui peut énormément servir dans certaines situations difficiles.

Les transfusions sont indispensables dans plusieurs opérations mais en milieu rural leur utilisation doit être bien pesée. Dans toutes les facultés de médecine et d'une façon classique, il a toujours été dit qu'une césarienne, par exemple, exige d'habitude des transfusions. Dans notre expérience personnelle, hormis les indications hémorragiques, aucune transfusion ne nous semble exigée pendant la césarienne et plus de 95 % de nos

interventions en milieu rural se font sans transfusion. Nous évitons au maximum l'emploi des transfusions pour plusieurs raisons. Primo, la peur de la transmission du virus de la pandémie actuelle du Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA).

Il est vraiment difficile dans certains milieux ruraux d'avoir une disponibilité de tester tous les donneurs de sang. Cela est dû à la rareté des tests de VIH et de la peur fréquemment rencontrée maintenant au sein de la population: les gens refusent d'être testés pour le virus du SIDA. Conséquence, très peu de gens vont se présenter pour donner du sang. Secundo, le manque de conditions fiables de conservation du sang: les frigos font défaut.

Toutes ces difficultés font que la chirurgie doit se dérouler dans la majorité des cas sans transfusion. L'hémostase, une des premières leçons fondamentales dans la formation chirurgicale, doit être rigoureuse. Elle permettra ainsi d'éviter autant que possible l'emploi des transfusions.

L'équipe chirurgicale doit être entraînée à la préparation locale des perfusions. Il est regrettable de voir que beaucoup d'opérations dans nos milieux continuent à être ajournées à cause de manque de perfusions. Plusieurs perfusions sont importées et leur coût n'est pas à la portée de la population en milieu rural.

C'est incroyable qu'une denrée comme celle là continue à être importée: autant dire qu'on importe de l'EAU. Pour éviter tout cela, il est conseillé que chaque équipe chirurgicale soit capable de préparer des perfusions et d'être ainsi autonome et cela sans aucune visée commerciale. La préparation locale des perfusions demande seulement qu'on ait:

- des bouteilles en plastiques de préférence et leurs accessoires
- des cristaux de glucose et de chlorure de sodium
- une balance pour peser des quantités recommandées
- un filtre (le papier de Whatmann est amplement suffisant)
- une casserole à pression pour la stérilisation.

Cette préparation simple et moins chère peut vous rendre d'énormes services et vous permettra de sauver des nombreuses vies humaines.

Que peut-on attendre du laboratoire ? Très peu de choses. C'est en travaillant dans ces conditions, sans l'aide du laboratoire, que vous vous rendrez de plus en plus compte que la médecine doit encore rester clinique et cela nous devons continuer à l'apprendre à tous les autres. A défaut d'un hémoglobinomètre, le chirurgien bien expérimenté peut se contenter de la simple observation des muqueuses surtout les palpébrales pour dire si son patient est anémique ou non. Ce seul geste peut s'avérer suffisant dans certaines circonstances avant une opération. Les autres tests de laboratoire, indispensables et obligatoires sous d'autres cieux, comme l'ionogramme et l'hématocrite sont en pratique inexistantes en milieu rural. Par conséquent, aucune décision opératoire ne doit être dépendante de ces examens. Il faut au contraire développer le 'flair' clinique qui va sûrement vous aider à vous en sortir de plusieurs situations difficiles.

La radiologie est un luxe qu'on ne peut pas exiger en milieu rural. Si dans des pays développés, il est inconcevable de travailler sans l'aide des examens radiologiques, il est conseillé en milieu rural de ne pas y tenir pour faire son travail. Car les investigations radiologiques sont dépendantes de toute une série d'exigences non disponibles dans ces conditions de travail comme l'électricité. Il en est de même de certains examens de pointe telle que l'échographie. Il est donc mieux de travailler sans exiger ces investigations.

Dans ces conditions, il est alors normal de limiter au strict minimum les médicaments qui doivent se trouver dans un

centre de santé en milieu rural. Il faut cependant ajouter aux vingt médicaments essentiels établis par l'OMS les drogues qui sont nécessaires pour faire de la chirurgie. Il sera beaucoup plus question des anesthésiques et

des médicaments qui serviront dans des situations urgentes de réanimation.

Il est important de revenir sur la carence de ressources humaines et matérielles en milieu rural. C'est pour cela que qu'en ce qui concerne le personnel, la formation du personnel paramédical pour des tâches chirurgicales spécifiques est une option réaliste et utile. Si dans les pays développés, cette idée peut paraître aberrante à cause de la disponibilité du personnel médical, chez-nous la situation est tout autre. Notre expérience a été concluante sur ce plan et elle a montré que plusieurs opérations - surtout les urgences- peuvent être bel et bien exécutées par les infirmiers. Nous y reviendrons en long et en large sur cette approche pratique plus tard.

1.1.5. Le profil des maladies chirurgicales en milieu rural.

Il faut prendre en charge le malade chirurgical d'une façon globale. Tout ce qui est connu dans la pathologie tropicale reste valable pour ce malade mais avec une acuité notable à cause des raisons dont nous avons parlées précédemment c'est-à-dire le manque de ressources humaines et matérielles, la forte emprise des croyances superstitieuses, etc... Ce qui fait que le patient chirurgical a, outre son problème majeur qui doit l'amener sur la table opératoire, d'autres affections médicales pouvant affecter son pronostic en général. Rappelons entre autre, la malnutrition, l'anémie, les parasitoses, etc... Il faut en outre noter que la présentation de la symptomatologie peut signifier autre chose sous les tropiques. Par exemple, une forte sensibilité à la fosse iliaque droite ne doit pas limiter l'examineur au diagnostic d'appendicite aiguë mais elle doit aussi l'orienter vers la possibilité d'une fièvre typhoïde qui est beaucoup plus fréquente que le premier diagnostic en milieu rural. Il en est de même des épisodes post-opératoires de fièvre qui ne signifient pas nécessairement une infection de la plaie mais souvent une éclosion de la malaria après un traumatisme chirurgical et anesthésique.

Il n'est pas de notre intention dans ces colonnes de revenir sur les différentes pathologies chirurgicales qui frappent la population sous les tropiques. Le répertoire et la description de toutes ces maladies sont trouvés dans les Traités de Chirurgie Tropicale.

Il a été tout simplement de notre intention de circonscrire l'environnement humain et psychologique ainsi que les ressources trouvées en milieu rural pour permettre une implantation possible des Priorités Chirurgicales. Il nous a semblé donc nécessaire de cerner d'une façon globale le contexte de vie en milieu rural pour bien saisir l'utilité des priorités chirurgicales dans ces conditions de travail. Nous espérons que cette approche que vous lirez dans les chapitres qui vont suivre vous permettra de mieux comprendre le milieu dans lequel vous travaillez pour enfin arriver à bien servir la population à votre charge dans des régions négligées des brousses tropicales.

1.2. CADRE DE TRAVAIL

Il est bon de décrire d'une façon correcte et exacte la vie telle qu'elle est menée dans un milieu rural. Cela permettra à ceux qui vivent hors de ce contexte de la comprendre, de mieux la saisir afin que tous nous puissions trouver des solutions convenables.

Il ne sera pas possible dans ces colonnes de détailler tous les aspects de la vie en milieu rural, raison pour laquelle nous nous arrêterons au secteur médical uniquement en prenant une région précise comme la Province Orientale en République Démocratique du Congo (RDC).

La Province Orientale est une des plus grandes provinces du Congo. Elle est située au Nord-Est du Congo Démocratique et elle a des limites frontalières avec la République Centrafricaine et le Soudan au Nord, l'Ouganda à l'Est et d'autres provinces congolaises au sud et à l'ouest. Sa superficie est de 529.000 km², c'est-à-dire un peu moins que la France, de loin supérieure à celle de l'Italie et deux fois celle du Gabon. Au dernier recensement, la population de la Province Orientale était évaluée à 8 millions d'habitants. Kisangani (ex.-Stanleyville) est son Chef-lieu et il a une population de 400.000 habitants donnant ainsi un ratio

rural/urbain de 20:1.

Sur le plan sanitaire, la Province Orientale est subdivisée en quatre districts médicaux ruraux (Bas-Uélé, Haut-Uélé, Ituri et Tshopo) et une Sous-Région médicale urbaine (Ville de Kisangani). Ces différents Districts comprennent 47 Zones de Santé rurales.

Nous nous sommes inspirés d'une expérience vécue sur terrain au Centre Médical Evangélique (CME) de Nyankunde.

Le CME de Nyankunde est un hôpital général de référence de 250 lits situé au nord-est (NE) de la République Démocratique du Congo (RDC) dans la Province Orientale. Avec les 4 services cliniques classiques (Médecine Interne, Chirurgie, Pédiatrie et la Gynéco-obstétrique) et ses services spécialisés (Dentisterie, Ophtalmologie, Santé Communautaire), le CME est situé en plein milieu rural et il dessert une grande superficie du NE de la RDC comprenant le Nord-Kivu et la Province Orientale. Il sert en général une population rurale.

I.2.1. Situation sanitaire dans la Province Orientale

Les tableaux N1 I et II donnent une idée sur la situation de Zones de santé et des ressources chirurgicales dans la Province Orientale.

TABLEAU N1 I: Distribution des Zones de Santé

Sièges	Nombre de Zones de Santé	Pourcentage
Rural	44	93.6
Urbain	3	6.4
Total	47	100.0

TABLEAU N1 II : Distribution des Chirurgiens

Sièges	Nombre de Chirurgiens	Population	Suivie Ratio
---------------	------------------------------	-------------------	---------------------

Rural	1(10 %)	7.600.000	1/7.600.000
Urbain	9(90 %)	400.000	1/44.000
Total	10(100%)	8.000.000	1/80.000

Cette image de distribution des ressources dans le secteur sanitaire n'est pas seulement l'apanage de la RDC mais elle se retrouve dans beaucoup de pays sous développés et surtout en Afrique au sud de Sahara. Elle montre clairement que les milieux ruraux sont désavantagés par rapport aux centres urbains.

D'une façon générale, on trouve en milieu rural une population pauvre, démunie analphabète et tournée dans les croyances ancestrales, caractéristiques que tout personnel soignant doit connaître.

I.2.2. 'Flying Doctor Services' du CME

Ayant une large région à couvrir, le CME Nyankunde a initié depuis sa création une expérience unique dans ce coin de la RDC, le Flying Doctor Services. La philosophie de base est dictée par le souci que c'est le médecin qui doit aller à la rencontre des malades pour rendre les soins aussi accessibles que possibles. Il y a moyen qu'un malade fasse plus de 500 Km pour arriver à Nyankunde mais c'est mieux que le médecin aille le trouver et il pourra à la même occasion traiter plus de mille cas. Ce programme nous permet aussi de donner des cours dans les Instituts de Techniques Médicales et d'assurer la formation continue du personnel tant médical que paramédical.

Quelles sont les retombées de cette situation ?

La population rurale continue donc à être mal soignée sur le plan médical. L'exemple de la Province Orientale est plus que parlant: 90 % des chirurgiens disponibles travaillent seulement pour 5 % de la population totale de la Province. On ne trouve aucun gynécologue-obstétricien en milieu rural dans la Province Orientale. Les autres ressources humaines suivent à peu près la même répartition. La couverture chirurgico-gynéco-obstétricale est donc aléatoire dans la population rurale de la Province Orientale.

C'est sur les médecins généralistes et le personnel paramédical que retombe le gros lot du travail. Aucun des programmes des cours enseignés aux infirmiers ne les prépare aux responsabilités réelles qu'ils sont appelés à assurer sur terrain en milieu rural. D'où les nombreux échecs récoltés dans leur pratique chirurgicale quotidienne dans les Centres et Postes de Santé. Tout simplement parce qu'ils n'avaient jamais été préparés à faire de la chirurgie.

Les deux premières retombées ci-dessus ont comme corollaire l'éclosion du charlatanisme et des guérisseurs traditionnels en matière chirurgicale dans nos milieux ruraux. La population abandonnée à elle-même dans ces conditions devient contrainte de chercher ses propres solutions pour survivre et le premier qui se présente est alors le bienvenu. Il devient alors possible à tout le monde de voir l'éclosion de leurs 'aptitudes chirurgicales' aux villages. Ces tradi-praticiens ont beaucoup de valeurs en matière de guérison que nous ne pouvons pas nier. Ils sont capables de traiter et de bien traiter plusieurs affections d'une façon valable et non contestable. Cependant, même les plus doués ont des limites et nous pensons que la chirurgie représente une des limites qu'il faut reconnaître. Traitant plusieurs maladies d'une façon convenable, ces tradi-praticiens sont presque obligés par la pression communautaire de prendre aussi en charge des maladies chirurgicales. Ils sont accessibles et ils coûtent moins chers; les infirmiers responsables des Postes et Centres de Santé n'ont pas reçu la formation requise pour la chirurgie d'une part et d'autre part ils n'ont pas le matériel et tout ce qui est indispensable pour faire face aux affections chirurgicales: autant de raisons pour voir la population détourner son regard et s'orienter vers les tradi-praticiens.

C'est pour cela qu'il s'avère indispensable que nous puissions nous occuper des uns et des autres pour

l'amélioration ou mieux pour la bonne prise en charge de nos communautés dans le domaine de la chirurgie.

[Table](#)

DEUXIEME CHAPITRE

EPIDEMIOLOGIE CHIRURGICALE DANS UN MILIEU RURAL

II.1. REPARTITION DES OPERATIONS ET DES TYPES D'ANESTHESIE EN CHIRURGIE MAJEURE

Pour avoir le profil des opérations chirurgicales majeures et mineures effectuées dans un milieu rural, nous avons colligé toutes les interventions faites au CME Nyankunde pendant 11 ans, c'est-à-dire du 1er janvier 1988 au 31 décembre 1998.

Sur le plan chirurgical proprement dit, nous avons distingué deux grands groupes d'interventions:

- celles de la petite chirurgie
- interventions de la chirurgie majeure pour toute opération sortant du cadre suscité.

Nous avons éliminé de ce travail tous les actes routiniers qui n'avaient pas nécessité l'utilisation d'une anesthésie comme l'ablation de plâtres, le cathétérisme urétral simple, les pansements, les hydrotubations, ...

Nous avons ainsi colligé:

- 7.405 opérations de chirurgie majeure (53.98 % de tous les actes chirurgicaux)
- 6.312 opérations de petite chirurgie (46.02 % de tous les actes chirurgicaux) soit un total de 13717 actes chirurgicaux ayant nécessité l'utilisation d'une anesthésie.

II.1.1. Répartition des opérations par spécialité en chirurgie majeure.

TABLEAU N1 III: Nombre des opérations par spécialité:

Spécialité	Nombre	Pourcentage d'opérations
Gynécologie- Obstétrique	3.780	51.05
Chirurgie Générale et Abdominale	2.471	33.37
Traumatologie-Orthopédie	745	10.06
Urologie	285	3.85
Autres spécialités (ORL Neuro-Chirurgie,Maxillo-faciale,...)	124	1.67
Total	7.405	100.0

La chirurgie gynéco-obstétricale ainsi que la chirurgie générale et abdominale occupent les deux premières places avec respectivement 51.05 % et 33.37 % des cas; la chirurgie ostéo-articulaire vient en 3è lieu avec 10.06 % des cas d'interventions majeures.

II.1.2. Types d'anesthésie utilisés par spécialité dans la chirurgie majeure.

TABLEAU N1 IV: Type d'anesthésie par spécialité

Spécialités	Types d'Anesthésie			
	Rachidienne	Générale	Locale	Total
Gynécologie-Obstétrique	2696	1082	2	3780
Chirurgie Générale et Abdominale	1266	1121	84	2471
Traumatologie-Orthopédie	285	426	34	745
Urologie	202	64	19	285
Autres spécialités	0	123	1	124
Total	4449	2816	140	7405
Pourcentage	60.08	38.03	1.89	100.00

61.97 % de cas de chirurgie majeure peuvent se faire soit sous anesthésie rachidienne (60.08 %) soit sous anesthésie locale (1.89 %).

II.1.3. Répartition des opérations par spécialité

TABLEAU N1 V: Opérations de Gynécologie-Obstétrique

Types d'Opération	Nombre de cas	Pourcentage
Césariennes	2057	54.42
Hystérectomies	449	11.88
Kystectomie	359	9.50
Ligature tubaire	392	10.37
Annexectomie	148	3.92
Laparotomie pour grossesse ectopique	102	2.70
Réparation de fistules vésico vaginales	96	2.54
Myomectomie	95	2.51
Salpingoplastie	81	2.14

Colporraphie	1	0.02
Total	3780	100.00

TABLEAU N1 VI: Opérations de Chirurgie Générale et Abdominale

Types d'Opération	Nombre de cas	Pourcentage
Herniorraphie	666	26.95
Appendicectomie	650	26.31
Laparotomies exploratrices non urgentes	481	19.47
Grefte de la peau	203	8.22
Laparotomies exploratrices urgentes (occlusion intestinale aiguë, péritonite, hémopéritoine)	177	7.16
Colostomie	54	2.19
Thyroïdectomie	44	1.78
Splénectomie	38	1.54
Réparation de bec-de- lièvre	31	1.25
Mastectomie	28	1.13
Gastrostomie	26	1.05
Fermeture des fistules digestives	18	0.73
Cholécystectomie	11	0.45
Réparation prolapsus anal	8	0.33
Pyloroplastie et autres dérivations	7	0.28
Pyloromyotomie	6	0.24
Eventration	6	0.24
Plastie (doigts et contractures)	5	0.20

Fistulectomie	5	0.20
Eviscération	3	0.12
Rectocèle	2	0.08
Autres	2	0.08
Total	2471	100.00

TABLEAU N1VII: Traumatologie - Orthopédie

Types d' Opérations	Nombre de cas	Pourcentage
Séquestrectomie + curetage osseux	233	31.28
Ostéosynthèse(outre que ECM)	216	29.00
Amputation	125	16.78
Arthrolyse	70	9.40
Enclouage centromédullaire (ECM)	68	9.13
Ostéotomie	27	3.61
Fixateur externe	2	0.27
Plastie pieds bots	2	0.27
Plastie tendon	1	0.13
Ablation coccyx	1	0.13
Total	745	100.00

TABLEAU N1 VIII : Urologie

Types d'Opération	Nombre de cas	Pourcentage
Hydrocelectomie	93	32.63
Prostatectomie (ou adénomectomie)	65	22.81

Cystostomie	40	14.04
Urétroplastie	28	9.82
Orchidectomie	25	8.77
Chirurgie de la cryptorchidie	22	7.72
Opération de torsion testiculaire	5	1.75
Néphrectomie	4	1.40
Cystocèle	2	0.70
Hypospadias	1	0.36
Total	285	100.00

TABLEAU N1 IX : Autres spécialités

Types d'Opération	Nombre de cas	Pourcentage
Amygdalectomie	54	43.55
Dérivation V-P* pour hydrocéphalie	24	19.35
Ablation de polype nasal	15	12.10
Hemimandibulectomie	15	12.10
Trépanation	14	11.29
Thoracotomie	2	1.61
Total	124	100.00

(*V-P = Ventriculo-péritonéale)

II.2. REPARTITION DES OPERATIONS ET TYPES D'ANESTHESIES EN CHIRURGIE MINEURE

A part ces interventions majeures, nous avons associé les interventions mineures pour avoir une vue complète du genre de chirurgie effectué en milieu rural. Le Tableau N1X donne la liste de ces opérations dites mineures et leur fréquences relatives.

II.2.1. Répartition des opérations mineures

TABLEAU N1 X: Interventions mineures

Types d'Opérations	Nombre de cas	Pourcentage
Incision-drainage des abcès/ pyomyosite	1308	20.72
Dilatation-curettage pour avortements	851	13.48
Circoncision	837	13.26
Exérèse-biopsie de tumeurs superficielles	662	10.49
Débridement	649	10.28
Sutures des plaies	608	9.63
Pose des broches et confection plâtres	561	8.89
Dilatation cervicale	150	2.38
Dénudation	127	2.01
Ablation corps étrangers	107	1.70
Hémorroïdectomie	103	1.63
Petite chirurgie de doigts (panaris, ongle incarné)	64	1.01
Pose du drain thoracique	54	0.86
Dilatation urétrale	53	0.84
Fistulectomie	52	0.82
Cerclage du col	31	0.49
Trachéotomie	30	0.48
Electrocautérisation	27	0.43
Rectoscopie	14	0.22
Petite chirurgie urologique (vasectomie,..)	12	0.19
Dilatation anale	7	0.11

Crâniotomie	5	0.08
Total	6312	100.00

II.2.2. Répartition suivant le type d'anesthésie en chirurgie mineure

TABLEAU XI: Anesthésies utilisées en chirurgie mineure

Types	Nombre	Pourcentage
Local	3748	59.38
Général	2009	31.83
Rachidien	555	8.79
Total	6312	100.00

Contrairement aux opérations de chirurgie majeure, ici c'est l'anesthésie locale qui occupe la première place avec 59.38 % des cas de petite chirurgie.

Notre expérience dans le fonctionnement chirurgical d'un hôpital de brousse nous a aidé à catégoriser les différentes opérations de la manière suivante:

1. Opérations courantes de petite chirurgie (y compris les urgences ostéo- articulaires)
2. Actes de sauvetage
3. Urgences gynéco-obstétricales
4. Laparotomies urgentes
5. Opérations électives et fréquentes ou courantes

I. Opérations courantes de petite chirurgie

1. Incision-drainage
2. Circoncision
3. Exérèse-biopsie de tumeurs superficielles
4. Dilatation- curettage
5. Débridement
6. Sutures des plaies
7. Pose des broches et confection plâtres
8. Dilatation cervicale
9. Dénudation
10. Hémorroïdectomie

II. Gestes d'urgences ou actes de sauvetage

1. Trachéotomie
2. Cystostomie
3. Pose d'un drain thoracique

III. Urgences gynéco-obstétricales

1. Césarienne
2. Grossesses ectopiques
3. Masses pelviennes compliquées

IV. Urgences abdominales

1. Occlusion intestinale aiguë
2. Péritonite
3. Hémopéritoine
4. Appendicectomie

V. Opérations électives et courantes ou fréquentes

1. Hystérectomie
2. Herniorraphies
3. Séquestrectomies
4. Amputation
5. Hydrocelectomie

VI. Avec quel type d'anesthésie peut-on faire ces opérations ?

1. Rachianesthésie
2. Kétalar
3. Anesthésie locale

Dans l'ancien Programme de Médecins-Résidents (PMR), après 2 ans de résidence nos médecins-résidents étaient capables de réaliser les 75 à 100 % d'actes chirurgicaux sus-mentionnés ainsi que les différents types d'anesthésie (I-VI) et nous l'avons testé avec succès au personnel paramédical .

II.3. LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES LES PLUS FREQUENTES

En chirurgie, il est utile de prendre une décision clinique exacte car le traitement en dépend. Les premières étapes de la prise de décision sont:

1. La cueillette des données se fait:
 - Anamnèse: stade le plus important de la base des données et compte pour 70 % dans l'établissement de la liste de problème;
 - Examen physique: s'il est attentif, il contribue à 20 à 25 %;
 - Epreuves paracliniques n'aident que dans 10 %.
2. Le traitement des données comporte le regroupement de données obtenues de l'anamnèse, de l'examen physique et des examens paracliniques. Le malade se plaint souvent de divers symptômes au cours de l'examen clinique. C'est le rôle du clinicien habile de rassembler autant de ces symptômes que possible à l'intérieur d'une relation physiopathologique significative.
3. L'établissement d'une liste de problèmes mène à un résumé des conditions physique, mentale, sociale et personnelle qui influencent la santé du patient.

La liste de problèmes peut renforcer le diagnostic réel ou seulement un symptôme ou signe que l'on ne parvient pas à rattacher aux autres données.

La présence d'un signe ou symptôme lié à un problème spécifique est dite pertinente positive. L'absence d'un symptôme ou signe qui, s'il était présent, suggérerait un diagnostic est dite pertinente négative. Les deux situations sont d'égale importance. Le fait qu'un symptôme clé ne soit pas présent facilite l'élimination d'un diagnostic donné. Ainsi l'existence d'une histoire de laparotomie infectée est pertinente positive chez une malade se plaignant d'une tuméfaction indolore de la paroi abdominale. Cette malade souffre peut-être d'une éventration post-opératoire. A l'inverse, l'absence d'une hypotension et d'une aménorrhée chez une femme de 25 ans montrant une sensibilité abdominale réduit les possibilités de grossesse ectopique rupturée. L'existence d'une hypotension d'une aménorrhée renforcerait le diagnostic d'une grossesse extra utérine rupturée; leur absence indique que les symptômes sont peut-être liés à une autre maladie.

Nous avons voulu que pour bien exploiter les Priorités chirurgicales qu'une considération importante soit donnée pour n'importe quelle base de données sur l'information démographique du malade: sexe, âge, ethnie, zone de résidence (collectivité ou territoire). Un homme présentant une tuméfaction scrotale réductible depuis sa naissance souffre probablement d'une hernie inguino-scrotale. Un jeune homme de 25 ans présentant une tuméfaction testiculaire souffre, selon les statistiques, d'un cancer du testicule. Une personne de race noire présentant des épisodes de douleurs osseuses sévères présente sans doute des crises de drépanocytose. Un malade qui présente une hématurie et vit dans la plaine de la Semliki (Lac Albert) à Tchomia souffre peut-être d'une schistosomiase urinaire. L'UTILISATION DE CETTE INFORMATION EST SOUVENT SUGGESTIVE D'UN DIAGNOSTIC, mais l'absence d'un symptôme "habituel" ne permet jamais d'éliminer un diagnostic.

Quelqu'un a dit "les maladies courantes sont fréquentes". Cette constatation d'apparence simpliste n'est pas sans mérite car elle souligne le fait qu'on ne doit pas envisager un diagnostic exotique (lointain) lorsqu'un diagnostic courant explique précisément la clinique. En d'autres termes, si vous entendez un bruit de sabot dans un "kraal" en Ituri, pensez aux vaches, pas aux chevaux. D'un autre côté, si un diagnostic commun ne parvient pas à regrouper toutes les pièces, cherchez-en un autre, moins commun. Et, à propos de maladies courantes, "les symptômes rares de maladies courantes sont plus fréquents que les symptômes courants de maladies rares". Enfin, n'oubliez jamais "qu'une maladie rare n'est pas rare pour celui qui en souffre". Si les signes et symptômes suggèrent, chez un malade, une affection rare, ce malade est peut-être le premier sur 2500 qui en est affecté. En 11 ans de pratique chirurgicale, je n'ai opéré que 4 cas de sténose hypertrophique du pylore chez l'enfant sur une série de 13717 opérations majeures et mineures; dans la même période, plus de 6488 accouchements ont été effectués dans notre maternité avec seulement un cas de cette pathologie !!

Il est donc impérieux de maîtriser l'outil statistique basé sur les groupes de population que vous soignez. Il va constituer un guide utile pour aborder la prise de décision clinique chez un malade donné.

Ci-dessous, vous rencontrerez les interventions les plus fréquentes en milieu rural qui feront l'objets des priorités chirurgicales dans notre milieu. Les 20 opérations suivantes constituent l'essentiel de la chirurgie dans les hôpitaux de brousse.

1. Césariennes
2. Hystérectomies
3. Ligature tubaire
4. Herniorraphie
5. Appendicectomie
6. Laparotomies
7. Greffe cutanée
8. Traitement des ostéomyélites chroniques
9. Amputation
10. Pose broches / confection plâtres

11. Hydrocelectomie
12. Cystostomie
13. Orchidectomie
14. Traitement de la cryptorchidie
15. Incision - drainage des abcès
16. Dilatation - curettage
17. Circoncision
18. Exérèse - biopsie des tumeurs superficielles
19. Suture des plaies
20. Débridement

2. Types d'anesthésie utilisée

Pour les différents types d'anesthésies utilisées, nous avons distingué:

- l'anesthésie locale
- la rachianesthésie
- anesthésies générales avec ou sans intubation (kétalar, thiopental, halothane, curare, ...)

Les types d'anesthésies sont ainsi simplifiés car dans un travail récent, nous avons démontré que la rachianesthésie, le kétalar et l'anesthésie locale constituent en pratique l'essentiel de l'anesthésie employée en milieu rural.

Bref, avec la rachianesthésie, le Kétalar et l'anesthésie locale, nous allons résoudre 75 % des problèmes chirurgicaux en milieu rural.

[Table](#)

TROISIEME CHAPITRE

LA TECHNOLOGIE APPROPRIEE

III.1. ALCOOL "INDIGENE" COMME ANTISEPTIQUE

L'asepsie et l'antisepsie sont deux importants concepts qui étaient à la base de l'éclosion rapide du développement de la chirurgie moderne. Tout cela a été condensé dans ce qui est connu, comme les Principes de Halsted.

Dans les aires isolées en milieu rural africain, le matériel nécessaire pour la préparation des antiseptiques fait souvent défaut dans les centres chirurgicaux. Confrontés à ces ruptures fréquentes, nous avons employé de l'alcool "indigène" fabriqué localement et appelé à être consommé comme une boisson traditionnelle, comme antiseptique dans les actes chirurgicaux. Cet alcool pourrait remplacer l'alcool dénaturé (souvent importé) dans nos hôpitaux comme antiseptique pour la désinfection de la peau avant toute chirurgie.

Cet alcool traditionnel est fabriqué à partir d'un mélange de maïs et de manioc. Ce mélange est fermenté pendant 6 à 7 jours et ensuite il est distillé.

Nous achetons cet alcool après une deuxième distillation (un litre coûte un dollar américain) et nous l'employons dans nos hôpitaux, centres ou postes de Santé au lieu et place de l'alcool dénaturé importé qui coûte 5.25 dollars américains par litre. Nous faisons un petit test obligatoire avant son utilisation: le flambage de 10 cm³ de cet alcool doit occasionner une flamme bleue et doit consommer les 3/4 du liquide, le reste

étant de l'eau.

Nous utilisons cet alcool sous deux formes:

- première forme: forme non iodisée que l'équipe chirurgicale emploie pour les mains avant de porter les gants.
- deuxième forme : comme teinture d'iode à 2 % pour désinfecter les sites d'injection et les sites opératoires avant la chirurgie. Cette forme est préparée en dissolvant 50 g de KI (Iodure de potassium) et 40 g d'iode dans 1000 ml d'eau et après ajouter 1000 ml d'alcool traditionnel.

Ces deux formes de solutions ont été employées dans tous nos "Safaris" (voyages) chirurgicaux au cours du Flying Doctor Services dans les endroits isolés, loin des routes commerciales normales où il n'y avait aucun médecin résident. Les ruptures de stock du matériel médical étaient permanentes et l'approvisionnement d'une denrée comme l'alcool dénaturé importé était un luxe.

Avant d'étendre son application à toutes les opérations chirurgicales, nous l'avions d'abord employé dans les opérations pouvant occasionner les plaies propres et les plaies propres contaminées ainsi que dans les sites d'injection.

Une surveillance quotidienne poste opératoire était faite à la recherche des signes locaux d'infection (rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction) et des signes généraux d'infection (frissons, fièvre, etc...).

Les opérations suivantes étaient effectuées:

- Herniorraphie : 117
- Laparotomies pour diverses causes: 58
- Hystérectomie : 10
- Autres opérations (hydrocèle, lipome, etc...): 27

Aucun abcès iatrogène n'avait été observé sur 849 cas d'injections intramusculaires et 250 cas d'injections intraveineuses. Nous n'avions observé aucun cas d'irritation méningée, de méningite ou d'infections générales après 195 anesthésies rachidiennes.

Sur 212 opérations, 6 cas se sont infectés soit 2.8 % des cas (2 cas de hernies étranglées, 3 cas de hernies simples et 1 cas d'éléphantiasis scrotal). 97.2 % des plaies ont donc guéri par première intention.

Pour les patientes laparotomisées et hystérectomisées, il n'y avait aucun signe d'infection intra-abdominale post-opératoire. En outre, il n'y avait pas de signes de:

- irritation cutanée dans les sites désinfectés avec cet alcool traditionnel. Un patient avait eu deux phlyctènes dans la région lombaire, attribuées au contact prolongé entre le corps et le produit collecté au niveau de la table d'opération;
- infection généralisée chez aucun patient
- brûlure ou d'irritation cutanée des mains d'aucun membre de l'équipe chirurgicale.

D'une façon générale, il faut connaître que l'alcool a un pouvoir bactéricide et il est souvent utilisé sous forme de méthylate pour désinfection de la peau des sites d'injection et avant les interventions chirurgicales. Une concentration de 70% est couramment employée; à 100 %, il devient un faible désinfectant dans lequel les spores de l'anthrax peuvent se développer et survivre au moins 50 jours. Son action bactéricide est négligeable dans les concentrations autour de 10 - 20 %.

L'alcool ne doit pas être utilisé dans la désinfection des instruments chirurgicaux à cause de son peu

d'efficacité contre les spores des bactéries.

Beaucoup d'écrits ont condamné les effets dangereux et catastrophiques de l'alcool "indigène" comme boisson dans les régions rurales tropicales. Nous pensons à son utilisation noble comme antiseptique dans les brousses tropicales africaines où l'approvisionnement en matériel médical de base pose des sérieux problèmes.

Nos premiers résultats ont été très encourageants et nous continuons à employer cet alcool dans tous nos safaris chirurgicaux.

III.2. PHARE DE VOITURE COMME SCIALYTIQUE

Le manque d'électricité et de carburant fait qu'il est impossible d'utiliser un scialytique pour l'éclairage du champ opératoire dans certains coins reculés des brousses africaines.

C'est pour cela que nous décrivons un petit dispositif que nous utilisons pour l'éclairage du champ opératoire dans nos conditions de travail.

Tout le dispositif est fait de 5 parties suivantes:

- panneau solaire,
- une batterie de 12 volts
- un support sous forme de statif fixé au plafond ou mobile,
- un phare de véhicule (phare de 18 cm de diamètre) utilisant une ampoule de 12 volts et 100 watts.
- un câble électrique assurant le contact entre la batterie et le phare.

Le coût total de ce dispositif est de 500 dollars américains (US \$) répartis de la manière suivante:

- panneau solaire : US \$ 250 - 300
- batterie : US \$ 100 - 150
- phare : US \$ 25
- accessoires : US \$ 25

Dépendant de l'embonpoint du malade, le phare jouant le rôle de scialytique est placé à 90-100 cm du site opératoire.

Ce dispositif a été employé dans toutes nos tournées chirurgicales en RDC et dans certaines formations médicales en République Centrafricaine.

Nous avons fait les opérations suivantes:

- Hystérectomies : 20
- Herniorraphies : 166
- Laparotomies : 65
- Thyroïdectomie: 2
- Autres opérations (amputation, lipomectomie): 47

Nous avons exclu toutes les opérations anales, rectales et vaginales.

Les fils de sutures étaient enlevés au 10^e jour post-opératoire. 7 plaies se sont infectées soit 2,3 % des cas.

Il est important de noter le coût relativement moins cher de ce dispositif qui est de US \$ 500 (qui peuvent être récupérés en peu de temps à partir des services rendus) par rapport aux US \$ 1000-3000 qu'il faut avoir pour se payer un scialytique moderne.

Les autres avantages sont les suivants:

- installation simple qui n'exige aucune expertise technique,
- un système portable qui peut être facilement démonté et transporté dans les autres centres chirurgicaux,
- pas d'autres dépenses comme pour le scialytique qui exige du fuel et un générateur pour son fonctionnement,
- la lumière est suffisante et peut être focalisée sur le champ opératoire sans indisposer le chirurgien
- une fois bien chargée, la batterie peut travailler pendant 7 à 10 heures avec des petites interruptions de 10 minutes, entre les opérations.

Un désavantage est constaté seulement les jours de pluie ou de brouillard où la charge de la batterie n'est pas suffisante pour avoir une lumière forte au niveau du champ opératoire.

Nous avons obtenu des guérisons par première intention de 97.7 % de nos plaies ce qui est très acceptable et concurrence même les meilleures statistiques obtenues sous d'autres cioux. La peur que ce type d'éclairage pourrait causer des altérations tissulaires n'est pas justifiée devant ces résultats. Nous n'avons trouvé aucune évidence du retard de cicatrisation: la chaleur émise par le phare est dissipée dans les 90-100 cm de distance du champ opératoire.

Ce dispositif est efficace et représente un bel exemple d'une technologie intermédiaire à employer dans les coins reculés de l'Afrique.

III.3. Utilisation de Fil de Pêche en Milieu Rural au N.E du Congo

Dans le but de survivre financièrement et en même temps rendre la chirurgie à la portée de la population pauvre vivant en milieu rural, les techniques chirurgicales doivent subir une adaptation comme le montrent les autres initiatives de la Technologie adaptée.

Les sutures et les ligatures peuvent être résorbables ou non résorbables. Le choix du matériel dépend alors de son coût, sa disponibilité, ses caractéristiques ainsi que son comportement en présence d'une infection.

Le fil de pêche utilisé chez nous est un fil synthétique tressé non résorbable employé dans la fabrication et la réparation des filets de pêche. Il est conditionné dans des rouleaux de 210 yards avec un nombre variable de diamètres. Les diamètres que nous employons dans nos opérations sont comparables aux sutures de 0 et 2.0. Le prix d'un rouleau revient à 7 dollars américains ce qui fait à peu près \$ 0.033 par yard.

Depuis plusieurs années nous avons utilisé ce fil dans notre hôpital à Nyankunde et dans tous nos safari chirurgicaux. Au cours de trois safari chirurgicaux au Bas-Uélé, Haut-Uélé et en République Centrafricaine, nous avons fait une étude contrôlée sur le comportement de ce fil.

Ce fil de pêche était utilisé dans plusieurs opérations en points séparés ou en sutures continues suivant les indications. Nous l'avons employé comme sutures hémostatiques, ligatures profondes transfixiantes et dans la suture de l'aponévrose ainsi que de la peau. Nous ne l'avons pas utilisé dans les situations de contre-indications d'emploi du matériel non résorbable comme dans la réparation des fistules vésico-vaginales et dans la suture du péritoine. La surveillance de l'éclosion d'une infection était de rigueur pour mettre en évidence l'intolérance sous forme d'un corps étranger.

Nous avons employé ce fil dans toutes les interventions suivantes effectuées durant ces voyages chirurgicaux:

Hernie inguinale : 239

Laparotomie : 122
Hystérectomie : 48
Appendicectomie : 35
Ablation des tumeurs : 24
Hydrocelectomie : 20

Nous n'avons observé aucun cas:

- d'hémorragie ou d'hématome dans le post-opératoire immédiat dans le cas où ce fil serait utilisé comme sutures hémostatiques.
- d'infection des points de suture au 7^e ou 10^e jour post-opératoire,
- de suppuration chronique due à l'intolérance du fil comme corps étranger après 3 mois de contrôle.

Ces résultats nous ont amené à dire que ce fil de pêche est une suture convenable dans les situations chirurgicales difficiles rencontrées dans les milieux ruraux.

Utilisé dans l'hémostase, il nous donne entière satisfaction car nous n'avons rencontré aucun cas de lâchage de fil qui pourrait conduire à une hémorragie secondaire ou à la formation d'un hématome. Les ligatures profondes n'ont donné aucune réaction de suppuration et le fil semblait être bien toléré. Sur la peau, ce fil n'a donné lieu à aucune réaction cutanée. L'ablation du fil était aisée et n'avait posé aucun problème.

Ce fil a aussi d'autres gros avantages. Il est disponible dans les boutiques et les petits magasins des milieux ruraux et son prix est très abordable par rapport aux sutures commerciales classiques surtout celles qui sont serties. Cette dernière sorte revient à \$ 3.78 par yard.

Trois yards du fil de pêche suffisent pour faire une herniorraphie en totalité ce qui coûte autour de 10 centimes US. La même opération va exiger 3 ou 5 fils classiques genre silk, catgut ou vicryl qui vont coûter entre 11 et 18 dollars américains. Même si des fois certains patients peuvent payer ces fils classiques, l'approvisionnement de ce genre de matériel pose souvent des problèmes en milieux ruraux. Le fil de pêche nous semble être une solution intermédiaire car il a des avantages directs en terme de coût sans montrer des insuffisances sur le plan chirurgical.

III.4. LA CHIRURGIE "Mobile"

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 qui a vu naître les Soins de Santé Primaires stipule que "les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation à tous les pays". Ces inégalités sociales sont criantes sur le plan sanitaire dans nos pays entre les gens nantis et pauvres, entre les milieux urbains et ruraux. Nous avons vu des enfants des familles aisées aller en Europe simplement pour une circoncision; les gens aller pour se faire arracher une dent. Ce n'est pas pour cette catégorie de personnes que s'adresse cette chirurgie 'mobile'.

Cette chirurgie est spécifiquement destinée aux pauvres qui n'ont rien, qui sont confinés dans leur milieu d'origine et attendent la mort. En milieu rural, les patients sont tellement démunis qu'ils sont incapables de faire face au coût des soins médicaux malgré les idéaux nobles des Soins de Santé Primaires (SSP) qui, dans leur définition "parlent des soins rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles des communautés". Car en pratique, nous ne sommes pas encore arrivés à ce niveau des soins à la portée de toute la population. L'organisation actuelle des SSP marche selon les échelons de transfert d'un poste de Santé à un centre de Santé et de là à un Hôpital Général de Référence (HGR).

Si cela marche bien dans certaines zones de santé rurales, dans plusieurs autres, la situation n'est pas facile. Les malades doivent parcourir plusieurs centaines de kilomètres à pieds avec juste leur provision alimentaire et un peu d'argent.

Pour cette catégorie de patients, pourquoi ne pas leur apporter la chirurgie "au village" avec un maximum de précaution en leur offrant ainsi une accessibilité aux soins médicaux à moindres frais? C'est ce que nous appelons la chirurgie "mobile", c'est-à-dire celle destinée aux pauvres dans leur milieu d'origine avec un coût abordable. Notre action ne vise pas à s'opposer à l'organisation des SSP qui demande une intervention de plusieurs secteurs (agriculture, industrie, transport, ...) qui sont loin de fonctionner parfaitement dans nos milieux ruraux. N'est-il pas possible de chercher une solution salubre en attendant le parfait fonctionnement des principes des SSP dans nos coins les plus reculés ?

Pour assurer un bon service complet curatif dans un hôpital ou un centre de santé de référence, il faut opérer. Cependant les interventions chirurgicales présentent un problème spécial. Comparé avec le coût d'autres aspects du traitement curatif, celui des interventions chirurgicales est très élevé. En outre, d'une manière générale, nous pensons que les interventions chirurgicales doivent satisfaire à 4 conditions dans nos milieux:

- l'incision doit être effectuée sans douleur
- l'hémorragie doit être arrêtée
- la plaie doit cicatrizer de préférence par première intention
- une expérience notable du chirurgien et de son équipe dans les différentes pathologies rencontrées dans les régions rurales sous les tropiques.

Pendant plus de 10 ans, nous avons fait de la chirurgie "mobile" dans la Province Orientale avec des résultats très satisfaisants. Pour effectuer les grandes opérations comme les hystérectomies et les thyroïdectomies, nous avons besoin d'un minimum de matériel pour ce genre de chirurgie, très peu de perfusion (tout au plus 2 litres) mais surtout une certaine expérience dans la chirurgie sous les tropiques: par exemple faire une thyroïdectomie sous anesthésie locale. Bien entendu, cette chirurgie à vif aux villages nous a permis de découvrir les formes "historiques" des pathologies jadis rencontrées dans les livres classiques de chirurgie et que personne ne pensait rencontrer à quelques années de l'Objectif de l'OMS de "Santé pour tous d'ici l'an 2000".

Il faut cependant reconnaître les limitations sur le plan de l'anesthésie car il est difficile dans ces conditions de travail de faire par exemple une anesthésie générale avec intubation et cela représente un handicap sérieux, chez les enfants et dans les pathologies exigeant ce genre d'anesthésie.

Sans aucune intention de remise en cause des nobles principes fondamentaux des SSP, nous pensons que la situation actuelle particulièrement difficile que traversent les pays africains surtout dans les milieux ruraux exige des solutions pratiques à la portée de la population. Comment peut-on réussir avec le système de transfert d'un poste de santé ou d'un centre de santé à un hôpital général de référence dans une contrée où les infrastructures routières sont pratiquement inexistantes? Peut-on demander à une parturiente avec procidence du cordon de faire 100 km à vélo?

C'est pour toutes ces raisons que nous estimons qu'en attendant les jours meilleurs, la chirurgie "mobile" peut, d'une part, servir à sauver de nombreuses vies humaines et, d'autre part, à aider à former un personnel médical et paramédical capable de faire face aux urgences chirurgicales vitales qui, malheureusement, ne trouvent généralement aucun secours dans nos milieux ruraux et se terminent souvent par la mort.

[Table](#)

QUATRIEME CHAPITRE

SOINS DE SANTE PRIMAIRES CHIRURGICAUX

IV.1. L'importance des guérisseurs traditionnels dans les Soins de Santé Primaires Chirurgicaux en milieu rural.

Il est nécessaire de se pencher de près sur le travail des guérisseurs traditionnels pour comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer dans les Soins de Santé Primaires en général et chirurgicaux en particulier. Il existe très peu d'écrits sur ce sujet car le domaine est spécialisé et ne semble pas engager plusieurs individus parmi la population. Pourtant nous vivons toute une autre réalité sur terrain: les malades chirurgicaux sont nombreux en milieu rural et ils sont pris en charge par un des systèmes le plus fonctionnel c'est-à-dire la médecine traditionnelle.

Quelle est la situation sanitaire réelle vécue actuellement par la population dans les régions rurales ? L'Afrique, en particulier l'Afrique au sud du Sahara, est en train de vivre une crise sans précédent dans tous les secteurs vitaux de la vie nationale. La situation est déplorable dans le domaine sanitaire qui nous intéresse au premier chef. Le personnel médical et paramédical déserte le travail pour des emplois beaucoup plus rémunérateurs. Les infrastructures médico-sanitaires sont dans un état piteux. Les médicaments ainsi que le matériel de base deviennent rares dans presque toutes les formations médicales qui sont obligées pour toutes les raisons citées ci-dessus, de tourner au strict minimum pour ne pas dire que certaines sont complètement fermées. Et cet état est beaucoup plus catastrophique dans les milieux ruraux qu'urbains.

La population rurale vit d'une façon habituelle dans des réalités où les coutumes et les croyances restent encore très fortes. Beaucoup de gens n'hésitent pas à consulter les guérisseurs traditionnels une fois atteints par la maladie. La situation socio-économique déplorable sus-décrite et la forte présence des croyances auxquelles les gens ont confiance font que la population en milieu rural n'a pas beaucoup de choix sur le plan médical et se tourne de plus en plus vers la médecine traditionnelle d'autant plus qu'elle est plus présente et permanente dans ces coins abandonnés.

En résumé, les raisons suivantes peuvent expliquer l'essor de la Médecine Traditionnelle dans nos villages:

- c'est une ancienne forme de traitement bien connue
- elle a été pratiquée avant l'arrivée du modernisme
- elle fait partie de la culture
- l'accessibilité est facile
- pas de sophistication.

Pourquoi les gens fuient les hôpitaux ? Il est difficile de répondre à cette question car plusieurs facteurs entrent en jeu entre autres:

- la mauvaise planification dans l'installation géographique des formations médicales qui sont souvent situées loin des villages
- la mauvaise qualité des soins dispensés
- les coûts élevés des soins non à la portée de tout le monde
- des formations non adaptées aux besoins des communautés

Ce qui fait que dans certains pays d'Afrique plus de 80 % des personnes consultent dans la médecine traditionnelle où nous trouvons au ratio soignant traditionnel: patient plus élevé que dans la médecine moderne.

Cet essor de la médecine traditionnelle n'a pas seulement de côté positif mais aussi des désavantages. Il est loin de moi l'idée de douter de l'efficacité de la Médecine Traditionnelle. car elle fait des preuves dans des

nombreuses circonstances et il serait malhonnête de ne pas le reconnaître. Cependant, la Médecine Traditionnelle doit reconnaître aussi ses limites et cela nous intéresse particulièrement sur le plan chirurgical. Si une plaie superficielle sur la jambe peut se traiter par l'application de certaines feuilles arrachées des plantes bien précises, il ne nous semble pas possible qu'une hernie étranglée puisse être guérie par quelques scarifications de la paroi abdominale !!

C'est dans ce contexte de travail que nous pensons au rôle capital que jouerait la Médecine Traditionnelle dans les Soins de Santé Primaires Chirurgicaux dans nos milieux ruraux.

A partir d'une illustration, il nous sera possible de tirer certaines leçons pratiques utiles pour la pratique quotidienne de la chirurgie dans les conditions qui sont les nôtres en milieu rural dans les pays sous-développés.

Bahati, un jeune homme de 23 ans, creuser d'or, habitant à 12 Km de l'hôpital de Nyankunde, consulte pour des fortes douleurs et gonflement au niveau de la région inguinale droite, vomissements et arrêt des matières et des gaz depuis cinq jours. L'histoire commence par des douleurs aiguës brusques avec gonflement au niveau de la région inguinale droite quand il était dans un puit d'or. Il est transporté par ses amis au village où un guérisseur traditionnel le prend en charge. Après 5 jours de traitement fait des lavements, des potions amères et des tatouages (scarifications) au niveau de l'abdomen, la situation ne s'améliore pas: aux douleurs s'ajoutent les vomissements avec arrêt des matières et des gaz. Raison pour laquelle la famille décide de l'amener à l'hôpital.

A notre examen clinique, nous trouvons un ballonnement abdominal, une tuméfaction douloureuse inguinoscrotale droite et le toucher rectal révèle une ampoule rectale vide.

Conclusion: hernie inguino-scrotale droite étranglée.

A l'exploration nous trouvons une anse du grêle sphacélée que nous réséquons suivi d'anastomose termino-terminale. Les suites post-opératoires sont simples et le patient sort au 8^e jour post-opératoire sans problèmes.

Antécédents: tuméfaction inguino-scrotale droite réductible depuis la naissance (hernie inguinoscrotale droite connue).

Dans cette histoire, nous pouvons tirer quelques leçons intéressantes qui vont nous servir de tremplin dans le bon accomplissement des Soins de Santé Primaires Chirurgicaux (SSPC)..

Primo, la conviction certaine que la maladie est un mauvais sort jeté par quelqu'un d'autre et toutes les conséquences tant psychologiques que physiques qui s'ensuivent. Aussi longtemps que le patient est convaincu que son affection est causée par une tiers personne, le meilleur endroit des soins demeure chez les guérisseurs traditionnels car beaucoup de gens prônent l'inefficacité de la médecine moderne dans ce genre de maladies. Il nous sera quand même difficile à croire à cette étiologie d'un étranglement herniaire.

Le guérisseur traditionnel étant bien placé dans ce contexte, c'est à partir de l'influence qu'il peut exercer que nous devons nous appuyer pour les SSPC. Le malade a confiance en lui, il le reçoit le premier et son rôle est capital déjà à ce niveau.

Secundo, le temps que le malade passe sous son traitement est d'une importance capitale pour nous. Dans notre illustration, ce temps a été de cinq jours et le malade est parti de lui-même pour aller "mourir" à l'hôpital. Il est indispensable que nous fassions comprendre aux guérisseurs traditionnels la nécessité de transférer les malades à temps parce que leur crédibilité y est engagée. Cela va beaucoup les aider de garder leur autorité et puissance au sein de la population sitôt qu'ils reconnaissent la limite de leur thérapeutique en conseillant aux malades d'aller au Poste, Centre de Santé ou à l'hôpital pour recevoir les soins adéquats. Il

faut que le guérisseur traditionnel soit l'artisan, le premier à suggérer la nécessité de ce transfert pour qu'il continue à garder l'intégralité de ses pouvoirs sinon le doute peut naître dans les esprits de la population à sa charge: il risque de perdre sa clientèle et sa crédibilité. Il sera donc nécessaire de discuter avec lui pour lui faire comprendre d'abord la limite de ses actions et d'autre part la notion de transfert au moment convenable de peur de voir se volatiliser ses clients. Il faut que le guérisseur traditionnel s'abstienne de prédire un mauvais pronostic si le patient va à l'hôpital. Il doit plutôt encourager cette initiative pour le bien être du malade.

Tertio, les rapports de confiance qui doivent exister entre les artisans de ces deux sortes de pratique médicale. Cette histoire n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. J'ai eu des malades opérés -donc déjà pris en charge dans un hôpital- qui continuaient à bénéficier des soins venant du village. Cela dénote un manque de confiance de part et d'autre des artisans qui travaillent autour du malade. Les médecins et les infirmiers doivent comprendre le bénéfice qu'ils tireraient en améliorant les relations entre eux et les guérisseurs traditionnels et surtout du rôle que ces derniers continuent à jouer dans le traitement 'global' des malades qui sont supposés recevoir uniquement ce qu'ils prescrivent. Car les traitements que ces derniers sont en train d'administrer peuvent influencer ou compromettre dangereusement leur thérapeutique. Combien de fois ai-je eu des complications chez les malades avec résection intestinale qui avaient eu les lavements administrés par une soi-disant 'grand-mère' en post-opératoire immédiat à mon insu ? D'où l'intérêt qu'il y a à reconnaître l'influence possible des guérisseurs traditionnels même chez les malades qui sont déjà à notre charge. Il nous sera bénéfique que les guérisseurs soient informés sur les dangers éventuels de certains traitements qu'ils sont appelés à faire au décours d'une intervention chirurgicale.

Quarto, le suivi post-opératoire comme base de prévention pour les cas futurs. Le guérisseur traditionnel peut jouer un rôle primordial dans la prévention précoce d'une évolution désastreuse d'une maladie chirurgicale en le responsabilisant pour le suivi post-opératoire tardif ou éloigné des cas traités. A base des cas vécus, il pourra donner des conseils utiles et profitables pour les gens qu'il connaît porteurs de la même maladie ou éventuellement pour ses prochains clients. Après l'opération d'une hernie étranglée, par exemple, le guérisseur traditionnel est la personne la mieux placée au village pour conseiller une consultation précoce au Poste ou Centre de Santé des malades porteurs de la même affection.

En conclusion, il nous a semblé nécessaire à partir de cette histoire d'épingler le rôle qu'un guérisseur traditionnel peut jouer au cours des différentes étapes d'une affection chirurgicale. Plusieurs maladies en général et chirurgical en particulier peuvent connaître une évolution fatale si nous ne parvenons pas à donner l'importance qu'il faut à nos guérisseurs traditionnels dans nos conditions de travail. L'inefficacité de notre organisation actuelle des soins à cause de nombreuses raisons sus-mentionnées nous oblige à compter sur l'apport des guérisseurs traditionnels dans la réussite de nos activités sanitaires au sein de la communauté. Comme nous avons essayé de le montrer, ce rôle est capital et possible dans la prévention de plusieurs maladies, à leur début et toutes les étapes évolutives, au cours du traitement et après la sortie de l'hôpital. Beaucoup de nos échecs dans l'appréciation globale des résultats de nos actions en matière de santé sont dus au fait de peu d'importance que nous accordons à un groupe indispensable que représente la médecine traditionnelle et son influence au sein de la communauté que tous nous sommes appelés à servir.

IV.2. Importance des accoucheuses traditionnelles dans les Soins de Santé Primaires Chirurgicaux.

Il nous semble superflu de revenir sur toutes les activités des accoucheuses traditionnelles car beaucoup d'études sont déjà faites sur ce sujet. Classiquement, les tâches principales des accoucheuses traditionnelles sont dans les cinq domaines suivants: la grossesse, le travail d'accouchement, l'accouchement, les suites de couche et l'espacement des naissances.

Cependant, notre expérience personnelle nous a montré que les pratiques des accoucheuses traditionnelles ne s'arrêtent pas seulement au niveau de l'Obstétrique car en général les accoucheuses traditionnelles sont des vieilles femmes expérimentées qui sont consultées pour beaucoup d'autres choses qui frappent les femmes. Nous trouvons donc aujourd'hui dans nos campagnes, diverses catégories d'accoucheuses traditionnelles

depuis l'accoucheuse traditionnelle qui ne fait que de l'Obstétrique aux autres accoucheuses traditionnelles qui préparent des plantes médicinales et des potions, fournissent sur demande d'autres remèdes familiaux et prennent leur temps pour donner des avis et des conseils sur plusieurs maladies. Ce sont tous ces aspects des tâches de l'accoucheuse traditionnelle que nous voudrions exploiter dans ce cadre des Soins de Santé Primaires Chirurgicaux (SSPC).

L'accoucheuse traditionnelle s'avère donc être un élément qui peut nous aider dans l'accomplissement des SSPC. Femmes expérimentées et souvent respectables, ses avis sont suivis et ils peuvent nous être profitables en Obstétrique et en dehors de celle-ci.

Conseillères par excellence des femmes, plusieurs affections même chirurgicales seront vues par elles. Souvent, elles laissent tomber l'Obstétrique pour se concentrer à ces autres affections. Nous sommes du même avis que certains auteurs qui disent que l'accoucheuse traditionnelle connaît les soins de son clan par l'expérience vécue, connaissant certaines herbes et elle devient parfois guérisseuse. C'est cette catégorie des soignants traditionnels qui s'occupent des femmes enceintes et deviennent par la suite des guérisseurs qui nous intéressent dans ce chapitre.

Les cas de W. Caroline est plein d'enseignements. C'est une femme de 38 ans, mère de 10 enfants qui vient nous consulter pour une ulcération large du sein droit. La maladie a commencé il y a 2 ans par une tuméfaction au niveau du sein droit. Une exérèse est faite à deux reprises dans un hôpital. A la 3^e récurrence, elle décide de consulter les tradi-praticiens d'où elle commence toute une épopée de consultations et de traitements. En 4 ans, elle parcourt 17 guérisseurs traditionnels dont 9 femmes réputées dans le traitement des affections des seins chez les femmes. En dépit de tous ces traitements faits de lavements, potions buvables et tatouages, la situation ne fait que s'empirer.

Après notre examen clinique, nous concluons à un cancer du sein droit au stade IV. Une mastectomie de propreté ainsi qu'une oophorectomie lui sont faites au premier moment, suivies d'une greffe de peau trois semaines après une chimiothérapie anticancéreuse. Pour le moment, la patiente se porte bien et a repris ses activités normalement.

Je voudrais à partir de cette histoire mettre l'accent sur ces matrones, jadis accoucheuses traditionnelles, et maintenant s'occupent des diverses affections chez les femmes. Certaines sont spécialisées dans le traitement de la stérilité, d'autres dans celui des troubles menstruels et comme 65 dans notre cas celles qui s'occupent des maladies des seins. Personne n'ignore la disponibilité des femmes à contacter pour n'importe quoi ce genre de personnes tout simplement parce que le premier venu lui a relaté les exploits qui sont dans la bouche de tout le monde. Ensuite, les femmes représentent une force 'silencieuse' dans les milieux ruraux. Un contact confiant avec les accoucheuses traditionnelles guérisseuses va nous aider par leur entremise à approcher la multitude de femmes qui viennent les consulter et les autres membres de famille. L'organisation de leurs consultations et l'encadrement que nous pouvons leur apporter vont aider à ce que nous puissions voir dans les meilleurs délais les nombreuses femmes qui souffrent des maladies chirurgicales. Ainsi aurions-nous le versement dans le système de santé moderne de tous ces cas qui seront sélectionnés par nos accoucheuses traditionnelles guérisseuses au village et qui risquaient de passer quelques mois dans des traitements non appropriés.

IV.3. Secteur informel dans le domaine sanitaire en milieu rural

Une des grandes conséquences des différentes crises que connaissent nos pays sous-développés est la désorganisation totale des secteurs même sensibles d'une nation tels que l'éducation, la santé et j'en passe. Le manque de moyens nécessaires dans le circuit normal, le manque d'infrastructures et d'autorité font qu'il y a éclosion d'un circuit parallèle parfois plus fonctionnel et sollicité que celui qui devrait normalement exister. C'est de ce secteur informel que nous allons parler dans ce chapitre.

Personne n'ignore les difficultés d'approvisionnement que connaissent nos milieux ruraux:

approvisionnement en denrées manufacturées de base telles que le sel et le savon par exemple. La fourniture en médicaments connaît les mêmes problèmes ainsi que les autres aspects des soins médicaux.

Alors qui peut arriver aux fins fonds de nos brousses là où il n'y a plus de routes pour 'dépanner' ou mieux aider les habitants? Il est né dans ces conditions, un circuit informel composé des jeunes garçons ou filles, du domaine sanitaire ou non, qui à vélo ou à pieds vont acheter les médicaments dans les grandes cités et vont les revendre en brousse. Certains ont un matériel chirurgical de base qui leur permet de survivre en faisant 'certaines opérations' au village. Beaucoup s'improvisent 'pharmaciens', 'infirmiers' ou 'médecins' pour administrer des soins ou vendre des médicaments. C'est grave ou comme diraient les autres, c'est criminel mais faute de mieux ils font le travail à la place du personnel formé pour ces tâches parce qu'il n'est pas disponible. Une blennorragie se traite avec deux capsules de tétracyclines, n'importe quelle diarrhée nécessite quelques capsules de chloramphénicol et tant d'autres situations plus malheureuses. C'est un petit commerce organisé dans le secteur de la santé.

En ce qui concerne la chirurgie, nous vivons des cas difficiles à décrire. L'exemple d'un garçon de la 'Croix-Rouge', vendeur de médicaments, nous est resté mémorable. Ancien garçon de salle, il avait subtilisé quelques instruments de l'hôpital et il s'en servait pour faire des circoncisions lors de ses nombreuses tournées pour vendre les médicaments. Une fois dans un village, il avait été appelé au chevet d'une parturiente qui, depuis 3 jours, avait des difficultés pour accoucher. L'hôpital le plus proche se trouvait à 130 Km où je devrais passer 5 jours après: comment y arriver sans un vélo ou un autre moyen de locomotion ? Il décide d'opérer; il fait sortir l'enfant, suture la mère et il demande à la famille de l'évacuer vers l'hôpital où je me trouvais déjà. Il m'est difficile de nommer cette opération une césarienne car il n'y avait rien de classique. Je reçois la mère et le petit enfant que je soumetts sous antibiothérapie sans risquer l'exploration de la plaie opératoire. Après quelques semaines, la mère et le nouveau-né rentrent au village en bon état.

Par contre dans l'hôpital où je me trouvais, l'infirmier responsable est un infirmier du niveau A2 qui avait reçu une formation de chirurgie pratique sous ma supervision pendant une année. Pour respecter la politique des Soins de Santé Primaires, le Médecin Chef de Zone et Médecin-Directeur de l'Hôpital Général de Référence (HGR) (se trouvant à 125 Km) avait exigé que tous les cas de dystocie soient transférés à l'HGR sinon les mesures administratives punitives allaient suivre. Mon infirmier responsable reçoit au cours de la même semaine deux cas de dystocie (une transverse et un bassin rétréci) tard dans la nuit. Il fait les notes de transfert qu'il confie aux familles qui, à leur tour refusent de faire le déplacement. Par manque de moyens l'évolution des deux parturientes devient de plus en plus compliquée et elles meurent par manque d'aide nécessaire.

J'ai par la suite longuement réfléchi sur ces deux situations: une au village et l'autre dans un hôpital. Entre le garçon de la 'Croix-Rouge' et l'infirmier formé: qui avait bien agi ? La réponse semble simple mais j'estime que c'est une occasion pour tirer quelques leçons pratiques dans nos conditions de travail.

Primo, le courage affiché par le premier est dû à un pragmatisme outré. Il était sûr qu'en dehors de son aide, cette femme devait mourir parce qu'il était le seul recours possible. Il n'ignorait pas non plus toutes les poursuites dont il était passible après un tel acte. Mais regardons de près: dans ces conditions, aurions-nous vraiment le courage de condamner ce type ? Le mieux à faire est d'approcher tous ses acteurs du secteur sanitaire informel pour les encadrer et les former afin de rendre plus rentables les services qu'ils offrent. Car à cause de l'échec de nos services actuels, il faut être réaliste et organiser le secteur informel qui existe bel et bien même si sur des papiers de la loi, il n'a aucune légitimité ou légalité. A mon avis, nous devons tenir compte de ce secteur pour arriver à une réussite.

Secundo, l'idéalisme de l'infirmier me semble criminel. Car si la politique des SSP veut que le système de référence des malades soit opérationnel d'un Centre de Santé à un hôpital, les contraintes vécues en milieu rural montrent toute une autre réalité. Sans moyen de communication ni de transport sûr, par surcroît sur des mauvaises routes impraticables, il est impossible de concrétiser la politique combien honorable des SSP. Il faut plutôt se baser sur les réalités existantes et essayer d'organiser nos structures afin de les rendre plus

performantes pour rendre service même dans les milieux les plus reculés de nos pays.

Je ne soutiendrai jamais la prolifération des 'petits chirurgiens' car je connais assez bien les exigences de cette profession. Cependant, le manque de couverture chirurgicale dans nos milieux doit nous faire penser à rechercher des solutions qui sont compatibles avec nos réalités. Car nous ne devons pas continuer à nous renfermer dans le carcas chirurgical qui ne donne aucun accès à une tiers personne qui n'a pas suivi la formation longue et exigeante de cette discipline. Mais il y a moyen de créer au premier moment un réseau d'identification des acteurs du secteur informel sanitaire afin de saisir leurs motivations pour arriver deuxièmement aux solutions d'encadrement profitables pour eux et la population qu'ils servent. D'où la nécessité de créer un climat de collaboration dans la complémentarité afin de nous rendre des services respectifs.

Souvent les agents du secteur informel agissent dans la 'clandestinité' en évitant ceux du secteur formel à cause de la peur des représailles surtout et d'un manque de confiance dans ce qu'ils font car la plupart ne sont pas bien formés. D'où naît un mélange des sentiments de peur, de méfiance et de préférence à travailler dans l'obscurité.

Il est à mon avis facile de transcender ces obstacles qui nous séparent du secteur informel. D'abord, si nous pouvons comprendre le rôle combien important qu'il joue dans nos milieux ruraux. Car seuls les membres de ce secteur peuvent encore arriver dans des coins où il est difficile à passer avec un vélo. Si nous ne pouvons pas rendre service dans ces coins, il est de notre devoir d'encourager les gens qui font le travail en les encadrant et en les organisant pour les rendre plus performants avec les conditions minimales exigées par notre profession. Ensuite, leur montrer la complémentarité de nos actions en insistant sur les actes qu'ils peuvent poser au premier niveau et qui peuvent faciliter le travail aux échelons supérieurs.

Pour terminer, il est indispensable que nous reconnaissons qu'en milieu rural, le secteur informel dans le domaine de la santé en général et chirurgical en particulier est loin d'être négligeable et surtout pas destructeur. Les conditions de vie de nos populations font que ce secteur essaie de répondre aux besoins de base là où nous ne faisons pas grand chose. D'où l'importance qu'il joue et qui va nous aider à nous appuyer sur cela pour essayer de rendre service ensemble à nos populations qui vivent dans des situations sanitaires déplorable.

IV.4. L'importance de l'éducation et de la formation

La Communauté représente une force dynamique avec laquelle il faut toujours compter dans la réussite de tout programme de Santé. Malheureusement, beaucoup de responsables de Santé ignorent cette force communautaire et appliquent des programmes venant d'en haut. Pourtant, il est indispensable de tenir compte des aspirations de la communauté car chaque communauté a ses problèmes propres qui ne peuvent pas être résolus d'une façon globale mais d'une manière spécifique.

Toutes nos actions sanitaires passent à travers une communauté. Il est dès lors nécessaire que cette communauté soit éduquée en vue de faciliter la compréhension de plusieurs informations qui peuvent amener à des changements de comportements et de manières de vivre.

Chaque communauté a ses coutumes et ses croyances. C'est à partir de cette vie culturelle qu'il faut faire asseoir toute éducation qui se voudra efficace et rentable dans le futur. Car il n'est pas concevable d'éduquer une population sans tenir compte de sa dimension culturelle qui explique ses relations vis-à-vis de la médecine traditionnelle. Cette médecine joue un rôle fort et non négligeable dans le profil médical de la population.

Nous avons déjà parlé à propos des raisons qui ont permis un essor de la pratique quotidienne des guérisseurs traditionnels. A savoir l'influence culturelle et la démission de plus en plus permanente de la médecine moderne obligeant les gens à faire de plus en plus recours aux guérisseurs traditionnels. Devant cette réalité,

il est logique de placer notre éducation dans ce contexte précis.

Les Soins de Santé Primaires en général et chirurgicaux en particulier doivent se fonder sur les aspirations de la communauté de peur de se buter aux obstacles insurmontables. Une fois atteintes d'une maladie, la première réaction des nombreuses personnes en milieu rural est de réunir les membres influents de la famille qui vont étudier ensemble la stratégie à adopter. Dans plusieurs cas l'origine de la maladie est soupçonnée et de cela va dépendre les soignants qui seront consultés. Comme nous l'avions dit tout à l'heure, l'inefficacité de nos systèmes modernes des soins fait que les gens n'ont plus beaucoup de choix et ils s'orientent souvent d'emblée vers les guérisseurs traditionnels.

Sans méconnaître l'efficacité de la médecine traditionnelle, la Communauté doit être informée sur les différents traitements des maladies qui relèvent de la chirurgie car certaines affections nécessitent une intervention chirurgicale codifiée pour aboutir à une guérison. Si la médecine traditionnelle peut aider dans certaines maladies chirurgicales aux villages, d'autres exigent une consultation médicale afin d'arriver à un traitement adéquat. D'où, il nous semble important que la communauté soit éduquée dans ce sens afin de se rendre compte une fois malade de l'orientation qu'il faut prendre. Cette éducation, fondée sur ses propres aspirations trouvera un engagement de tous les artisans travaillant pour sa santé c'est-à-dire les guérisseurs traditionnels et le personnel soignant de la médecine dite moderne. La participation des guérisseurs traditionnels dans cette éducation est une donnée importante car elle est témoin d'une collaboration entre les deux types de médecine et base de confiance requise par la Communauté.

IV.5. L'intégration des Soins de Santé Primaires Chirurgicaux dans les Soins de Santé Primaires en général.

Les SSP sont mondialement adoptés comme la meilleure stratégie en vue de l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Il n'est pas du tout question dans ces écrits de revenir sur les aspirations nobles pronées par les SSP. Cependant, 21 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, il est nécessaire de s'y arrêter et de regarder de près les réussites et les défailances sur terrain de cette politique des SSP dans notre contexte en milieu rural dans le domaine spécifique qu'est la chirurgie.

Avant de parler de l'intégration des SSPC dans les SSP, voyons en bref le concept général des SSP.

1. Définition.

Elle est inspirée de la Conférence d'Alma-Ata: les SSP sont des soins essentiels accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leurs sont acceptables avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays.

Ces soins doivent donc être géographiquement, économiquement et culturellement accessibles à tous et reposent sur des méthodes et des techniques pratiques scientifiquement valables. Ils font partie intégrante tant du système de santé national (dont ils constituent la cheville ouvrière) que du développement socio-économique de la communauté.

2. Composantes essentielles des SSP.

Les SSP comprennent 8 composantes essentielles, à savoir:

1. Education pour la promotion de la Santé et pour la prévention des maladies.
2. Promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
3. Approvisionnement suffisant en eau potable et mesures d'assainissement de base
4. Protection Maternelle et Infantile, y compris la planification familiale
5. Vaccination contre les grandes endémies - PEV (Programme Elargi de Vaccinations)
6. Prévention et Contrôle des endémies locales
7. Traitement des maladies et lésions courantes

8. Fourniture des médicaments essentiels.

Toutes ces composantes peuvent être regroupées en actions préventives, curatives et promotionnelles:

- Actions préventives:
 - Education pour la santé et pour la prévention des maladies
 - Protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale
 - Vaccination et contrôle des endémies locales.
- Actions curatives:
 - Traitement des maladies et lésions courantes
 - Fourniture des médicaments essentiels
- Actions promotionnelles:
 - Promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
 - Approvisionnement suffisant en eau potable et mesures d'assainissement de base.

D'après notre expérience sur terrain, la chirurgie a toujours été classée dans des actions curatives. Ce qui nous a donné l'impression que les SSP n'ont pas ouvertement mis beaucoup d'accents sur la dimension préventive de la chirurgie. Beaucoup de planificateurs des SSP continuent à penser et à considérer seulement cet aspect vraiment limitatif de la chirurgie. Cette manière de penser semble laisser cette branche médicale à la marge des SSP et pourtant la chirurgie représente un des domaines fortement sollicités de la médecine. Donc, il est indispensable et impérieux de l'intégrer aux SSP.

Il nous semble superflu d'insister sur les actions curatives de la chirurgie car tout le monde ne la connaît que par cet aspect là. C'est pour cela qu'il est utile d'insister sur le côté préventif de la chirurgie en l'intégrant d'une façon concrète aux SSP. A l'instar des autres domaines médicaux, la première composante des SSP qui est l'éducation pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies peut trouver beaucoup d'applications pratiques en chirurgie. Mais très peu de gens se donnent la peine pour rendre la chirurgie préventive.

Par exemple, une étude étiologique et épidémiologique des indications des amputations dans notre hôpital a révélé que plus de 50 % des cas étaient dus aux maladies qu'on pouvait prévenir telles que les plaies infectées, les ulcères chroniques et les brûlures négligées. Plusieurs de ces amputations pouvaient être prévenues si la population était informée sur les mesures élémentaires à prendre dès le départ et si les premiers soignants contactés (guérisseurs traditionnels et paramédicaux) avaient adopté une attitude agressive précoce vis-à-vis des infections par exemple. C'est ce genre d'amputations que certains auteurs appellent 'Amputations iatrogènes' qu'ils considèrent comme une tragédie pouvant être prévenue en respectant de près les principes de traitement qui vont comprendre la détection et le management des complications quand elles surviennent dans les cas de fractures par exemple.

Nous voulons terminer ce chapitre en insistant sur le fait qu'il y a une lacune - à notre avis - sur la prévention en cas de maladies chirurgicales. Cela est dû souvent au fait que pour beaucoup de gens la chirurgie veut dire opérer. C'est pour cela que nous estimons que faire l'identification des besoins chirurgicaux dans son milieu et faire le diagnostic d'une hernie non compliquée au village, c'est de la chirurgie au niveau des SSP. Mais malheureusement beaucoup de planificateurs de santé ont toujours considéré et continuent à considérer la chirurgie dans son visage classique. Il faudra que tous, nous puissions évoluer pour insister sur la facette préventive de cette discipline. C'est justement cela qui nous fera arriver à l'intégration des SSPC dans les SSP en général. Cela est un atout pour nous praticiens de voir nos populations être en bonne santé en bâtissant de la base avec des moyens simples qui coûtent moins chers au lieu d'attendre une opération qui n'est pas souvent à la portée de certaines bourses.

Notre espoir est que l'idée et la conception des SSPC soient comprises par tout le monde afin de rendre la chirurgie accessible à tous dans les meilleurs délais. Sinon cela ne sera qu'un vœu pieux irréalisable pour 'Santé pour tous d'ici l'an 2000'.

IV.6. La Formation chirurgicale des médecins généralistes et du personnel paramédical.

L'expérience sur terrain nous a montré le travail combien louable que les médecins généralistes et le personnel paramédical font dans nos milieux ruraux. Souvent les responsabilités qu'ils sont obligés d'assumer sont au-delà des enseignements reçus au cours de leur formation. S'ils peuvent s'en sortir de temps en temps dans certaines situations tant médicales que chirurgicales avec l'expérience acquise sur le tas, beaucoup d'affections chirurgicales leur posent des gros problèmes de prise en charge. Je voudrais avant de continuer insister sur le fait que beaucoup de déboires constatés ne sont pas nécessairement dus à une incompétence quelconque mais beaucoup plus aux services exigés qui sont au-delà de leurs niveaux. Isolés et loin de tout secours, ils sont obligés de tenter plusieurs actes chirurgicaux avec les conséquences non voulues. Il est simple de les condamner ou de leur reprocher beaucoup de choses mais j'estime plutôt qu'il faut les aider à s'améliorer sur le plan chirurgical.

Il est illusoire de diviser le pays en zones ou districts de Santé avec un programme de supervision fait dans un bureau quand on sait que même avec un véhicule, le responsable sanitaire, pour diverses raisons (routes impraticables, manque de carburant), est incapable de faire convenablement son travail. Ainsi, estimons-nous qu'il est préférable de mettre au point un système de formation fort appuyé par les ressources et les conditions locales au lieu de s'en tenir à un système théorique irréalisable sur terrain.

Toutes ces raisons nous ont poussé à nous impliquer dans la formation des jeunes médecins et du personnel paramédical isolés dans le domaine chirurgical.

IV.6.1. Formation des jeunes médecins

Depuis plus de 10 ans, j'ai été personnellement impliqué dans le programme de formation des jeunes médecins initié par l'Eglise du Christ au Congo (E.C.C.) appelé Programme des Médecins - Résidents (PMR). Ce programme avait comme but (devant le souci permanent de l'Eglise) de:

- concilier la théorie à la pratique
 - faire face à l'évolution continue et rapide des sciences de la Santé (notamment les Soins de Santé Primaires).
 - faire face à ce qui est appelée "la médecine de brousse" et que plus de 80 % de la population congolaise vit en milieu rural et que les soins de santé de qualité sont un droit pour les habitants dudit milieu;
 - mettre à la disposition de la population, des travailleurs de la santé dotés des compétences et aptitudes,
- l'ECC a mis sur pied à partir de 1986 un programme de formation de 2 ans appelé PMR et destiné aux jeunes finalistes des Facultés de Médecine désireux d'AFFRONTER LA VRAIE MEDECINE RURALE et communautaire.

La rotation de ce programme se présente de la manière suivante:

- Chirurgie : 7 mois
 - Gynéco-Obstétrique : 5 mois
 - Médecine Interne : 5 mois
 - Pédiatrie : 4 mois
 - Santé Publique : 2 mois
 - Congé de reconstitution : 1 mois
- Au total : 24 mois

Ce cursus bien suivi, le jeune médecin est capable de faire 75 à 100 % d'opérations fréquentes rencontrées en milieu rural.

IV.6.2. Formation du personnel paramédical

La chirurgie est une discipline qui exige un niveau d'étude académique élevé et une formation pratique bien suivie. On ne peut pas se permettre de l'abandonner entre les mains des charlatans ou des non initiés. Toutes

ces exigences sont remplies dans les pays développés où la chirurgie est réservée aux chirurgiens qualifiés et certains médecins expérimentés bien supervisés. La situation est très différente dans les pays sous-développés à cause du manque du personnel médical qualifié.

Les inégalités entre les milieux urbains et ruraux, le manque du personnel médical en brousse où vit la majorité de la population nous ont poussé à mettre au point un programme de formation chirurgicale du personnel paramédical de 18 mois.

Les objectifs de ce programme sont les suivants:

- permettre à un infirmier travaillant dans un coin reculé de faire face aux urgences chirurgicales pour sauver les vies humaines,
- aider à diminuer le fardeau chirurgical du chirurgien ou du médecin (souvent seul et surchargé) dans nos hôpitaux de brousse,
- être capable de faire certaines opérations de base qui n'exigent pas une formation chirurgicale avancée et qui peuvent être effectuées dans les régions isolées et éloignées des centres de référence.

Conditions pour être accepté dans le programme:

- être infirmier de Niveau A2 (après 4 ans de formation dans un Institut de Techniques Médicales) ou A1 (après 3 ans de formation supérieure dans un Institut Supérieur de Techniques Médicales) ayant travaillé au moins deux ans;
- être recommandé par une communauté dans laquelle la nécessité d'une assistance chirurgicale est clairement démontrée dans le Centre de Santé,
- être issu d'un Centre de Santé rural et isolé faisant que la distance du Centre de référence entraîne une totale inaccessibilité pour venir en aides aux différentes urgences chirurgicales mettant la vie des malades en danger;
- avoir l'assurance d'une supervision par le médecin chef de zone.

Rotation de formation

La durée totale est de 18 mois répartis comme suit:

- Maternité : 1 mois
- Propreté de la salle d'opération et du matériel ainsi que la familiarité avec les instruments : 2 semaines
- Anesthésie : 6 semaines
- Chirurgie mineure, anesthésie et Consultation : 1 mois
- Assistance dans les cas mineurs, consultation et tours de salles : 1 mois
- Opérations majeures : 7 mois
- Responsable pour les urgences chirurgicales et les opérations de routine : 3 mois

Nous exigeons des infirmiers ayant au moins 2 ans d'expérience car ils sont capables de faire certains actes routiniers fréquents dans les centres de santé comme la pose d'une perfusion, le cathétérisme urétral, les consultations ambulatoires, les accouchements eutociques, etc....

Nos résultats ont montré qu'à la fin de leur formation, ces infirmiers étaient capables de faire:

- les urgences courantes comme les césariennes, les laparotomies pour les grossesses ectopiques aussi que la prise en charge de certains traumatismes.
- certains actes de sauvetage effectués de temps en temps comme la trachéotomie.

Ceci est une réussite pour certains pays africains où le manque des chirurgiens formés ou des médecins est criant. Nous ne pouvons pas nous comparer aux pays développés où on trouve des infrastructures sophistiquées et un personnel médical qualifié en chirurgie suffisant.

La carence du personnel qualifié, la pauvreté et le manque des ressources et vu la compétence potentielle de nos infirmiers nous ont encouragé dans cette option et nous pensons qu'une mise en marche d'une politique orientée dans la formation dans les disciplines chirurgicales des infirmiers dans les milieux ruraux sous les tropiques devrait être sérieusement envisagée au profit de nos populations dans un avenir très proche.

[Table](#)

CINQUIEME CHAPITRE

CHIRURGIE DE L'AVENIR

V.1. PRINCIPES PRATIQUES DE CHIRURGIE EN MILIEU RURAL

V.1.1. Avoir la volonté de servir en milieu rural

Dans nos pays sous-développés, la majorité de la population vit en milieu rural. Dans le contexte de vie actuelle, elle est dépourvue de moyens financiers, donc incapable de se payer les soins médicaux et de se déplacer pour consulter les médecins qui sont dans la plupart de cas concentrés dans les villes. En travaillant en milieu rural, le médecin se trouve plus à la disposition de la population pour mettre en pratique ses connaissances théoriques et pratiques acquises à l'Université. Plus encore, le nombre important des patients dans les centres ruraux constitue une occasion en or pour entrer en contact avec un grand nombre de pathologies qu'on ne rencontre pas en ville et permet aussi d'acquérir une expérience non négligeable.

Pour participer au développement intégral de nos pays, les intellectuels en général et les médecins en particulier doivent songer à améliorer les conditions de la population en assurant les soins préventifs et curatifs dans les milieux ruraux.

V.1.2. Connaître la culture de la population à servir

La connaissance de la culture de la population à servir s'avère nécessaire dans l'exercice de la médecine en milieu rural. Dans la vie de chaque société, les membres ont le souci de laisser à la descendance un modèle de vie transmis de génération en génération sous forme de coutumes. Cette expérience millénaire laissée par les ancêtres demeure la marque ou mieux l'identité culturelle qui distingue un peuple d'un autre. En milieu rural, le personnel soignant apportera sa contribution dans l'amélioration de la santé d'une communauté tout en reconnaissant les valeurs culturelles de la population. Il faut concilier la médecine et la culture pour le bien du patient.

V.1.3. La préséance de la clinique pour arriver à un bon diagnostic

Les investigations cliniques sont l'ensemble d'examen effectués par le soignant au chevet du malade tandis que la para clinique rassemble les investigations qui font recours aux divers appareils. Dans le contexte rural, la possibilité de disposer des équipements adéquats pour faire les examens para cliniques même de base est une utopie. Les gouvernements accordent le plus de ressources disponibles surtout aux milieux urbains.

Plusieurs facteurs limitent l'utilisation des appareils médicaux en milieu rural tels que leur maintenance, la non-disponibilité des techniciens formés à vivre dans ces coins, le manque d'électricité, ... et obligent parfois à abandonner leur utilisation même pour des pannes minimales. Pour toutes ces raisons, le médecin de brousse doit recourir à son bon sens clinique sans rester désarmé par manque d'investigations para cliniques qui peuvent, parfois, amener plus de problèmes que le bonheur escompté.

V.1.4. Simplification des explorations para cliniques

Dans nos conditions de travail, il ne faut pas beaucoup se fier aux investigations para cliniques. Tout simplement parce qu'elles peuvent vous parvenir quand le malade est déjà sorti de l'hôpital ou quand son corps est à la morgue ou repose depuis longtemps au cimetière. Parfois, on ne peut pas les faire dans le centre où vous travaillez. De tout ce qui précède, je reste convaincu que l'exercice de la médecine chez nous doit continuer à rester clinique: il y a très peu de choses à attendre de la para clinique.

V.1.5. Technologie appropriée: consommer localement

Il est impérieux de découvrir des moyens appropriés, à la fois pratiques et viables pour résoudre certains problèmes posés dans les milieux ruraux. Bien avant, j'ai parlé de quelques approches qui peuvent s'appliquer au cadre de vue et à la situation économique de régions à bas revenu. D'une façon générale dans la Technologie Intermédiaire, ces approches doivent:

- être applicables à des collectivités à bas revenu, dont les ressources financières et matérielles sont limitées;
- pouvoir se réaliser grâce aux compétences, qui se trouvent sur place;
- être acceptables du point de vue social et culturel;
- être opérationnels et efficaces

Ce n'est pas bientôt que les milieux ruraux sortiront de la pauvreté et c'est maintenant que nous devons amener des solutions qui sont satisfaisantes pour nos populations, objets de la Technologie Appropriée.

V.1.6. Assurer la formation du Personnel médical et paramédical

A mon humble avis, la formation du personnel médical et paramédical reste à l'aube du 3^e millénaire la pierre angulaire. Les médecins généralistes et les infirmiers constituent la force du travail en milieu rural. Leur formation aidera sans doute à l'amélioration de la qualité des soins au sein de la population rurale. C'est dans ce domaine que nous devons beaucoup investir.

V.1.7. Connaître l'épidémiologie chirurgicale du milieu

La connaissance de l'épidémiologie des affections chirurgicales d'une région est indispensable sur plusieurs points de vue. Primo, elle permet une bonne implantation des Soins de santé Primaires chirurgicaux. Secundo, elle aide les chirurgiens et les médecins expérimentés à former les plus jeunes et les infirmiers à partir des réalités locales. Ainsi, nous ne perdrons pas beaucoup de temps et d'énergie dans les formations non adaptées.

V.1.8. Savoir adapter les moyens de stérilisation

L'implantation des Centres chirurgicaux est confrontée à plusieurs problèmes entre autre celui d'ordre organisationnel comme les moyens de stérilisation. L'asepsie est le pilier des succès en chirurgie, ce qui fait que la stérilisation des matériels devra occuper une place de choix dans ces centres chirurgicaux. Dans notre contexte, les moyens de stérilisation devront tenir compte de nos ressources locales, financières et humaines. D'où il serait sage de songer à l'utilisation d'un matériel qu'on peut manipuler facilement et réparer sans problème en cas de panne par exemple faire la stérilisation avec une marmite sous pression qui utilise les braises.

V.1.9. Choisir un type d'anesthésie moins dangereuse

En milieu rural, les malades chirurgicaux sont souvent sous-alimentés et ont souvent d'autres pathologies (polyparasitisme) qui accroît le risque opérationnel et nécessitent ainsi une anesthésie pendante. Le médecin ou l'infirmier qui opère doit se soucier de l'indication d'une technique anesthésique simple et du choix des médicaments qui sont fonction du terrain et de l'acte chirurgical. Il doit avoir recours à des techniques anesthésiques moins complètes où le risque est très atténué. Par exemple en cas de nécessité d'une anesthésie

générale, le kétalar entraîne une narcose et a une action analgésique excellente au niveau des tissus cutanés. Si l'anesthésie générale est contre-indiquée (absence de matériel appropriée, tares du malade, ...), l'anesthésie loco-régionale doit être employée car elle permet, même dans les conditions les plus précaires, à pratiquer beaucoup d'interventions chirurgicales. L'anesthésie locale est la plus couramment employée en petite chirurgie. Elle peut être valablement utilisée même dans une opération majeure comme la césarienne dans plusieurs circonstances.

V.1.10. S'efforcer pour que la chirurgie soit économique

La chirurgie est un domaine médical spécial qui doit tenir compte de ses exigences et de l'endroit où elle doit être pratiquée. Sur ce dernier point, sa réalisation dans les milieux reculés pose d'énormes problèmes surtout à cause de son coût dans ces régions pauvres. Pour qu'elle soit accessible aux plus démunis, il faut la rendre très économique. D'où la nécessité de la rapprocher le plus près possible des malades en commençant par la vulgarisation des soins de santé primaire chirurgicaux et l'utilisation des techniques chirurgicales et anesthésiques tenant compte des possibilités du milieu.

V.2. LES DEVOIRS DE NOS AUTORITES

Apport des Autorités Sanitaires et du Gouvernement.

La politique sanitaire d'un pays est conçue au niveau le plus haut de chaque Etat et elle est ensuite confiée au gouvernement pour exécution et surveillance. Après la déclaration de Alma-Ata, le Zaïre (actuelle République Démocratique du Congo) a souscrit à partir de 1981 à la politique des Soins de Santé Primaires. Cette nouvelle option a été concrétisée dans notre pays par l'implantation de 306 Zones de Santé avec une organisation étagée allant de la base (Poste de Santé), au Centre de Santé et de là à un Hôpital Général de Référence. Les dimensions continentales de la République Démocratique du Congo ont fait que certaines Zones de Santé Rurales (Banalia: 24.400 Km²; Aketi: 26.732 Km²) ont des superficies comparables à certains Etats africains par exemple (Burundi: 34.507 Km²; Rwanda: 27.834 Km²). Ces différentes Zones de Santé ont généralement un seul Médecin qui a les responsabilités de Médecin Chef de Zone (MCZ), donc superviseur de toutes les activités sanitaires dans sa zone et de Médecin-Directeur de l'Hôpital Général de Référence (HGR).

La situation que traverse le Congo Démocratique actuellement sur tous les secteurs vitaux de la vie nationale et l'état déplorable du secteur sanitaire ainsi que le délabrement profond du réseau routier font que la politique des SSP connaît beaucoup de problèmes sérieux entre autres le réveil de certaines endémies. Toutes ces contraintes font que le MCZ, animé d'une très bonne volonté, est incapable de réaliser les objectifs dont il s'est assigné dans sa zone. A cela il faut ajouter le manque d'autorité au niveau de l'organisation provinciale. Tout cet ensemble de causes fait que le secteur sanitaire traverse une crise sans précédent d'où l'éclosion du secteur informel et l'essor de la médecine traditionnelle.

La mauvaise répartition des ressources sanitaires même à temps normal est plus accentuée ces derniers moments. Les milieux ruraux se vident de leur personnel médical qui va dans les villes ou carrément il prend le chemin de l'exil pour trouver des emplois plus rémunérateurs. Il nous faudra dès lors reconnaître que le personnel paramédical représente une force de travail sans égal en milieu rural.

Ce sont les infirmiers et les agents de santé qui vont accepter d'aller vivre et travailler dans ces milieux reculés. Seuls, ils sont obligés de secourir et d'aider la population même au-delà de leurs attributions quotidiennes. C'est ce rôle primordial qu'il nous a semblé nécessaire d'épingler dans ces lignes.

Qu'en est-il de la chirurgie? La chirurgie représente un des points les plus sensibles des différents domaines de la médecine et nous ne voudrions pas ici tracer une politique standard pour tous les pays mais nous voudrions que chaque pays, chaque région ou chaque zone puisse trouver un terrain d'entente le plus profitable pour sa population rurale. Si, dans

les pays développés ou dans certaines grandes villes des pays en voie de développement, il est inconcevable de voir un paramédical opérer, la situation est sincèrement toute autre dans les milieux ruraux. Il est dès lors incompatible de calquer ce qui se passe dans les pays développés ou les villes aux réalités des milieux ruraux: pourtant il existe certaines législations qui ne tiennent pas compte de ces réalités.

Notre propos est de donner au personnel paramédical la place qu'il faut - à cause de travail qu'il fait et des réalités propres à nous - dans les SSPC. Cela est valable pour les artisans de la médecine traditionnelle et ceux du secteur informel. Il y a moyen que le système sanitaire moderne puisse s'appuyer sur les paramédicaux pour faire le pont avec le système traditionnel et le secteur informel.

Les autorités sanitaires ainsi que le gouvernement devraient encourager une collaboration entre tous les artisans du secteur sanitaire. En chirurgie, cette collaboration s'avère nécessaire pour la bonne implantation des SSP sinon aucune réussite n'est possible.

L'identification des besoins chirurgicaux doit se faire aux villages les plus périphériques possibles ainsi que l'initiation aux diagnostics urgents et courants. Cette phase n'est réalisable qu'avec les acteurs que nous trouvons à ce niveau c'est-à-dire les guérisseurs et accoucheuses traditionnels, les agents de santé et le personnel paramédical de tout niveau. C'est souvent à ce niveau là que les croyances et les coutumes ont une grande importance et il faut en tenir compte.

Les autorités sanitaires et le gouvernement doivent aider à limiter la 'pullulation' des centres chirurgicaux pour essayer de donner la nouvelle orientation telle que décrite. L'arrivée tardive des malades et les graves complications après chirurgie faite dans ces conditions devaient plutôt donner une possibilité à ces différents centres de devenir des véritables centres des SSPC et non des centres chirurgicaux qui font plus de mal que de bien. Mais ces centres peuvent jouer un rôle primordial dans la vulgarisation et la canalisation des SSPC au lieu d'être des centres curatifs seulement. Car à notre avis, pour devenir un centre curatif, il faut un personnel adéquat et un minimum d'infrastructures pour le travail chirurgical. Il est possible d'encadrer tous ces centres: si la plupart ne peuvent pas devenir des centres curatifs mais tous peuvent arriver à assurer les SSPC. Ce même raisonnement reste valable pour la médecine traditionnelle car beaucoup de nos guérisseurs ont des malades chirurgicaux à leur charge. Si à leur niveau aussi, ils peuvent additionner à leurs attributions les SSPC, nous pouvons espérer voir des nombreux malades prendre l'orientation qu'il faut au cours de leurs affections. Ce travail d'encadrement en donnant des conseils et aides nécessaires incombe aux autorités et au gouvernement. C'est là que doit être la source d'encouragement et non toujours de répression.

Tous nous sommes conscients que la chirurgie (de la simple scarification aux césariennes) est faite en milieu rural dans des conditions pas toujours orthodoxes. Aucune précaution par exemple n'est prise pour la prévention du SIDA et nous connaissons des nombreux centres chirurgicaux qui continuent à faire des transfusions sans tester le VIH. Si sous d'autres cieux, cela s'avère inadmissible, cette situation est courante en milieu rural. Il est loin que le guérisseur traditionnel arrive à comprendre que ce simple geste qu'il a toujours fait depuis des nombreuses décennies devienne dangereux à l'heure actuelle à cause de la pandémie du SIDA. Il en est de même pour les agents de Santé du village et les paramédicaux qui doivent comprendre que le moment n'est plus celui d'opérer quand on a des égratignures ou d'employer les mêmes instruments pour tous les malades sans prendre des précautions draconiennes de stérilisation. Encore une fois, il incombe aux autorités sanitaires et gouvernementales d'acheminer cette information jusqu'en périphérie et d'insister sur toutes les voies de transmission du VIH. Les acteurs sanitaires au niveau périphérique comprendront que ces précautions servent non seulement aux malades qui sont à leur charge mais aussi pour les protéger eux-mêmes. Ainsi contribueront-ils à leur niveau à endiguer l'expansion du VIH, dans leurs milieux respectifs, milieux déjà défavorisés sur plusieurs plans. Dans ces milieux, le traitement simple de la malaria par exemple pose déjà des problèmes et il est malheureux de se mettre sur le dos des maladies chroniques et dangereuses à issue fatale comme le SIDA et tout le cortège des complications financières, psychologiques et économiques qu'il entraîne derrière lui.

En outre, la Technologie Appropriée devrait être encouragée par nos autorités. Il est toujours étonnant de voir

le peu d'importance accordée aux initiatives locales en milieu tropical. Nous mettons beaucoup d'emphases sur les choses qui viennent d'outre-mer sans savoir exploiter ce que nous possédons nous-mêmes. Beaucoup de guérisseurs traditionnels possèdent des recettes qui sont efficaces dans le traitement des nombreuses affections chirurgicales. Si toutes les déclarations faites autour de plusieurs potions sur leurs succès ne sont pas toutes vérifiables, cela vaut la peine que nous puissions nous y pencher sur certaines pour contrôler leur efficacité dans des maladies chirurgicales. C'est le rôle des autorités sanitaires et du gouvernement de prendre en mains et d'une façon concrète cet aspect des choses.

Plusieurs petites ressources locales peuvent être employées dans la bonne réalisation de la chirurgie dans nos milieux. C'est dans ce cadre de la Technologie Appropriée ou Intermédiaire que nous avons donné les exemples qui peuvent occasionner l'éclosion dans d'autres milieux comparables aux nôtres de certaines techniques toutes aussi valables.

Ces différents exemples nous ont montré l'importance de la Technologie Appropriée dans nos conditions de travail et nos autorités tant sanitaires que gouvernementales doivent accorder l'attention nécessaire surtout durant ces moments difficiles que nous traversons. La Technologie Appropriée doit être exploitée pour nous permettre de continuer à travailler sans trop attendre des aides extérieures qui deviennent aléatoires. D'où la nécessité pour que nous puissions y investir.

Nous avons voulu dans ce chapitre mettre l'accent sur la contribution des autorités sanitaires et gouvernementales dans l'implantation des SSPC. Beaucoup de gens pensent que qui dit intervention des autorités sous-entend seulement des sanctions et des remarques négatives. Nous pensons quant à nous dans les SSPC à une contribution constructive de nos autorités sur ce plan. Il faut que de part et d'autre nous puissions comprendre que la chirurgie n'est pas seulement le fait d'opérer mais elle inclut une démarche étagée allant des besoins chirurgicaux de base à l'échelon sophistiqué comme la pratique chirurgicale spécialisée. Nos autorités sont donc appelées à intervenir à tous ces échelons pour la bonne réussite des SSPC au profit de nos populations qui vivent dans des coins les plus reculés de nos pays.

[Table](#)