

# Assises nationales des spécialités chirurgicales

ALGER, CERIST 22/23 février 2011



Inauguration des assises.

Directeur du CERIST, Inspecteur général du MESRS, Pr. Rebah (DPGRF),  
Pr. Ayoub, Dr. Chabane de la DSS (MSPRH)

La direction de la post-graduation , de la recherche et de la formation (DPGRF) du MESRS a prévu l'organisation d'assises de la formation post-graduée dans les différentes spécialités en sciences médicales (spécialités chirurgicales, spécialités médicales, sciences fondamentales).

Pour ce qui est des spécialités chirurgicales, les raisons de telles assises sont : Des CPNS de spécialités chirurgicales ont revus leur programme de formation théorique et les différents stages pratiques pour l'intérêt de la formation de leurs futurs spécialistes. Toutefois, **la concertation n'a pas toujours été faite ou incomplètement entre les différentes parties concernées** (chirurgie générale et spécialités plus spécifiques) ce qui a mené à des disparités dans l'application de ces programmes selon les différentes facultés.

Aussi, la DGPRF a décidé de l'organisation de ces assises demandées par un grand nombre de chirurgiens, assises qui permettront une discussion collégiale dans la transparence la plus totale et avec la présence de personnes ressources (**enseignants ne composant pas nécessairement les CPNS**) afin de permettre l'adoption de résolutions avec l'accord de tous ou du moins du plus grand nombre. Les différentes décisions prises le seront par un **consensus général**, chacun dans sa spécialité.

**Les premières assises organisées les 22 et 23 février 2011 ont intéressé les spécialités chirurgicales.** Plus de 80 participants étaient présentes dont des représentants des résidents. Il faut néanmoins signaler **l'absence des doyens des facultés** pourtant invités à ces assises. Le travail s'est déroulé pendant une demi-journée en séance plénière afin d'avoir avec tous une concertation globale puis durant deux demi-journées un travail en atelier, par regroupement des spécialités chirurgicales. La dernière demi-journée a été consacrée à la présentation des travaux des ateliers, en séance plénière ainsi qu'une discussion générale.

Au cours de la séance plénière, le Dr. Chabane de la Direction des Structures de Santé a fait un état des lieux de l'effectif des médecins spécialistes en chirurgie, actuellement en poste dans les structures hospitalières et les besoins à l'horizon 2014-2015.

Pour ce qui est de l'état des services et des lits par spécialité chirurgicale, selon le ministère de la santé on compte :

- Pour les CHU et l'EHU d'ORAN :

Spécialités	Services	Lits
Chirurgie générale	19	1320
Chirurgie maxillo-faciale	03	92
Chirurgie pédiatrique	10	413
Chirurgie thoracique, vasculaire et cardiaque	04	184
Neurochirurgie	11	381
Chirurgie orthopédique	10	720
Chirurgie urologique	08	339
Gynéco-obstétrique	13	1229
Ophtalmologie	11	607
ORL	11	480
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>5771</b>

- Pour les EPH (établissement public hospitalier):

Spécialités	Services	Lits
Chirurgie générale	104	7627
Chirurgie maxillo-faciale	0	0
Chirurgie pédiatrique	0	218
Chirurgie thoracique, vasculaire et cardiaque	0	0
Neurochirurgie	05	80
Chirurgie orthopédique	43	1178
Chirurgie urologique	09	230
Gynéco-obstétrique	153	5486
Ophtalmologie	46	905
ORL	42	839
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>16561</b>

- Pour les EHS (établissement hospitalier spécialisé):

Spécialités	Services	Lits
Chirurgie générale	5+1	276+
Chirurgie maxillo-faciale	01	21
Chirurgie pédiatrique	22	451
Chirurgie thoracique, vasculaire et cardiaque	05	263
Neurochirurgie	01	69
Chirurgie orthopédique	03	243
Chirurgie urologique	01	60

Gynéco-obstétrique	27	1878
Ophtalmologie	04	282
ORL	01	30
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>3537</b>

- Total des lits et services de chirurgie en Algérie :

Spécialités	Services	Lits
Chirurgie générale	188	9166
Chirurgie maxillo-faciale	4	113
Chirurgie pédiatrique	38	1129
Chirurgie thoracique, vasculaire et cardiaque	9	410
Neurochirurgie	17	530
Chirurgie orthopédique	56	2145
Chirurgie urologique	18	629
Gynéco-obstétrique	193	8593
Ophtalmologie	61	1714
ORL	54	1349
<b>TOTAL</b>	<b>638</b>	<b>25778</b>

Pour ce qui est des effectifs médicaux des chirurgiens spécialistes en santé publique en activité, le ministère de la santé comptabilise: 768 chirurgiens généralistes, 332 orthopédistes, 319 gynéco-obstétriciens, 206 ophtalmologues, 206 ORL, 194 chirurgiens pédiatres, 87 urologues, 59 neurochirurgiens, 39 chirurgiens "maxillo-faciale " et 34 chirurgiens cardio-vasculaires, soit un total de 2243 spécialistes en activité (le ministère de la santé ne comptabilise pas les chirurgiens hospitalo-universitaires exerçant dans les CHU , EH, EPH et EHS ! ).

Dans le cadre du développement du plan de la santé 2010-2014, les réalisations en matière d'infrastructures hospitalières s'établissent ainsi :

- 5 CHU (Tlemcen, Bejaïa, Alger, Annaba et Constantine)
- 60 hôpitaux régionaux (8 de 240 lits ; 12 de 120 lits ; 28 de 60 lits)
- 12 à capacité variable
- 20 CME et 10 UMC
- 01 Institut de neurosciences
- 01 centre des brûlés

- 03 établissements d'ophtalmologie réalisés dans le cadre de la coopération algéro-cubaine.

Tenant compte du personnel médical actuellement en activité et des infrastructures existantes ou à réaliser, considérant (selon le ministère de la santé) qu'un minimum de 06 praticiens spécialistes par service et par établissement public (avec au moins un praticien médical des spécialités chirurgicales essentielles dans l'ensemble des établissements hospitaliers publics), le ministère de la santé évalue le déficit en spécialistes en chirurgie à :

- **Gynéco-obstétrique : 839**
- **Chirurgie générale : 360**
- Ophtalmologie : 161
- ORL : 118
- Neurochirurgie : 43
- Chirurgie pédiatrique : 34
- Chirurgie urologique : 21

Pour ce qui est des nouveaux besoins, tenant compte des nouvelles infrastructures hospitalières, ils sont estimés à :

1. Gynéco-obstétrique : 480
2. Chirurgie orthopédique : 372
3. Chirurgie générale : 360
4. Chirurgie pédiatrique : 275
5. Neurochirurgie : 220
6. Chirurgie urologique : 220
7. Ophtalmologie : 192
8. ORL : 139
9. Chirurgie maxillo-faciale : 48
10. Chirurgie cardio-vasculaire : 18

Ainsi pour ces 10 spécialités, les besoins actuels sont de 1576 spécialistes (dont 76% pour la chirurgie générale et la gynéco-obstétrique) et les nouveaux besoins sont de 2354 (dont 35 % pour la chirurgie générale et la gynéco-obstétrique) soit **un besoin total de 3930 spécialistes** (51 % pour la chirurgie générale et la gynéco-obstétrique). Si on doit tenir compte également des déperditions, le chiffre s'élèverait à 4323 spécialistes en chirurgie.

A la fin de cet exposé, plusieurs enseignants ont trouvé anormal que les spécialistes hospitalo-universitaires exerçant dans les CHU, EPH et EHS n'aient pas été comptabilisés d'une part et que d'autre part les besoins exprimés n'aurait pas dus tenir compte uniquement des infrastructures hospitalières mais également des actes réalisés dans ces infrastructures ce qui

aurait permis d'approcher au plus près des pathologies chirurgicales prévalentes dans notre pays.

Le Pr. Benkalfat du CHU de Tlemcen a également présenté une réflexion sur la formation du chirurgien émanant de l'ensemble de son équipe.

Il faut signaler également que durant ces assises, **plusieurs résidents se sont succédés** au pupitre durant la séance plénière pour exposer leur point de vue tant en ce qui concerne leur formation, leur statut, leur salaire, leur situation sociale durant le cursus, et leur affection dans le cadre du service civil, service civil dont ils demandent l'abrogation.

#### **4 ateliers ont été dégagés :**

- Atelier n°1 : chirurgie générale/chirurgie pédiatrique / gynéco-obstétrique
- Atelier n°2 : chirurgie vasculaire/chirurgie cardio-vasculaire/chirurgie thoracique
- Atelier n°3 : chirurgie orthopédique /chirurgie urologique
- Atelier n°4 : chirurgie maxillo-faciale/neurochirurgie/ ORL/ Ophtalmologie

A signaler que dans les 4 ateliers étaient présents des enseignants de chirurgie générale.

Les propositions des 4 ateliers ont été les suivantes :

#### **Atelier N°1 –rapporteur Pr. Abid**

#### **(Chirurgie générale/chirurgie pédiatrique / gynéco-obstétrique)**

#### **Programmes de formation à finaliser et à officialiser**

- Pour la chirurgie générale, ces objectifs ont été établis en 1995 avec une actualisation en 1997 et un programme a été établi. **Ces objectifs doivent être à nouveau revus et réactualisés** car le programme d'enseignement théorique et pratique qui nous a été remis au cours de ces assises, programme établi (par qui ?) en tenant compte de ces objectifs, présente de nombreuses anomalies qu'il faudra corriger.
- Pour la chirurgie pédiatrique, les objectifs pédagogiques et le programme d'enseignement ont été établis en 1997 et réactualisés en 2011.
- Pour le gynéco-obstétrique, les objectifs ont été finalisés par le CPNS de la spécialité. Le programme de formation sera remis incessamment à la DGPRF.

Ces objectifs pédagogiques et le programme de formation doivent être mis à la disposition des résidents de la spécialité au début de leur cursus.

Un point qui a été débattu par les participants à cet atelier, est celui du cours magistral : celui-ci doit-il être maintenu à l'heure de l'internet et en post-graduation ? Les avis étant partagés, il a été convenu, tenant compte des spécificités locales, de maintenir cet enseignement magistral mais qu'il soit **non obligatoire pour le résident**.

Devant les difficultés constatées sur le terrain par les jeunes spécialistes (gynécologues et chirurgiens généralistes) quant à la prise en charge des parturientes, la possibilité d'un stage de chirurgie au début du cursus de résidanat de gynécologie (voire même l'inclusion des résidents de gynéco-obstétrique dans le tronc commun de chirurgie générale) et l'organisation d'un stage ou de gardes de gynéco-obstétrique pour les résidents en chirurgie générale ont été abordés. La majorité des représentants des CP de gynécologie sont pour **le maintien des seuls stages de 3 mois en chirurgie générale et en urologie dont il faudra définir (avec les CP de ces 2 spécialités) les objectifs pédagogiques.**

L'adoption d'un seul mode d'évaluation semble être difficile du fait de la taille des promotions de résidents. Néanmoins au début de chaque année universitaire, **les CP de spécialité doivent préciser aux résidents les modes d'évaluation.**

Dans le cadre du **tronc commun de chirurgie générale**, il existe des difficultés de trouver des terrains de stage dans les services de chirurgie générale pour les résidents ayant opté pour une autre spécialité chirurgicale que la chirurgie générale (Dans l'Oranie, les résidents ayant opté pour la chirurgie générale sont affectés en premier dans les terrains de stage). Parmi les propositions formulées :

- Ouverture de nouveaux terrains de stage de formation pour ces résidents. L'exemple des services de chirurgie d'Ain Turk et El Mohguen ont été cités, pour l'Ouest.
- Le CPR du tronc commun ne doit pas être géré seulement par les enseignants de chirurgie générale mais élargi aux enseignants des autres spécialités impliqués dans le tronc commun. Ces enseignants des autres spécialités pouvant également présider ce CP du tronc commun.
- Il a même été suggéré la création d'un CPR du tronc commun distinct de celui de chirurgie générale car, comme le signale à juste titre les autres spécialistes, les CP de spécialité ne reçoivent et ne gèrent leur résidanat qu'à partir de la 3<sup>ème</sup> année du cursus.
- Les présidents des CP doivent obéir à la réglementation en vigueur et ne peuvent pas faire plus de 2 mandats, ceci quelque soit les circonstances. Les doyens de faculté et la DGPRF doivent veiller au respect de cette réglementation qui est à l'heure actuelle bafouée.

**Le carnet du résident** uniforme tel qu'il se présente à l'heure actuelle n'est d'aucune utilité. Il doit être revu, être spécifique à chaque spécialité et contenir les différents gestes et actes chirurgicaux que doit maîtriser le résident et auxquels il a participé en qualité d'opérateur, de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> aide. Une formalisation d'un contrat d'objectifs entre le résident et le service où il est affecté doit être établi et contrôlé par le CP. Chaque spécialité chirurgicale devra dégager un groupe de travail pour la confection de ce carnet qui doit également contenir les objectifs pédagogiques et le programme de formation.

**La formation pratique** pose problème du fait du nombre important de résidents dans chaque service. Outre le compagnonnage au bloc opératoire, il faut développer d'autres modalités de formation :

- Pelvi-trainer
- Installation de simulateurs en réalité virtuelle pour l'apprentissage de gestes techniques permettant ainsi un entraînement gestuel sans risque pour les malades et pouvant être répété.

- Chirurgie sur animal de laboratoire
- Installation de caméra au bloc opératoire, relié à un moniteur en salle d'enseignement, ce qui autorise des commentaires des enseignants et des enseignés et qui permet en différé d'améliorer les performances opératoires.
- Connexion internet à haut débit des différents services de formation.
- Code d'accès internet aux banques de données bibliographiques.
- Redynamisation des services de chirurgie expérimentale là où ils existent (Fac d'Oran) et mettre en place de tel labo dans les autres facultés.

### Les terrains de stage

Actuellement, l'habilitation d'un terrain de stage nécessite la présence d'un enseignant de rang magistral et de 2 maitres-assistants. Néanmoins et du fait du nombre insuffisant de terrains de stage signalé par les enseignants des différentes spécialités chirurgicales, les membres de cet atelier propose **d'étendre cette habilitation soit à des services hospitaliers se trouvant à l'intérieur de CHU** (exemple : service de chirurgie du CHU de Batna où les résidents sont parrainés par un rang magistral du CHU de Constantine) ou **à des services se trouvant dans des établissement non universitaires** (exemple de certaines maternités à proximité de Constantine et de Annaba ).

### Programme de formation théorique de chirurgie générale

Pour en revenir au programme de formation en chirurgie générale qui nous a été remis au cours de ces assises, et dont on se demande qui en est l'auteur, plusieurs remarques s'imposent :

1. Ce programme répond bien entendu à des objectifs pédagogiques. Ceux de chirurgie générale ont été établis en 1995 et réactualisés en 1997. Ils sont pour certains obsolètes et doivent être revus et réactualisés.
2. Les stages que doivent effectués les résidents de chirurgie générale durant leur cursus doivent être revus (réintroduction de la gynécologie sous forme de garde tel que cela se fait à Constantine ?) et obligation du stage de neurochirurgie. Les stages effectués en 3<sup>ème</sup> année diffèrent d'une fac à une autre, pourtant les résidents passent le même DEMS.
3. La 5<sup>ème</sup> année devrait être une année où les résidents affectés dans un service de chirurgie générale puissent avoir la possibilité d'effectuer un ou des stages de 3 à 6 mois dans un autre service de la même faculté ou d'une autre faculté de médecine tel que sénologie, chirurgie thoracique, chirurgie oncologique, gynécologie, urologie, soins intensifs, chirurgie plastique etc. Le résident de 5<sup>ème</sup> année (qui est un senior devant à la fin de cette année " voler de ses propres ailes") doit avoir au début de l'année un entretien avec son chef de service ( sur la base de son carnet de résident, nouvelle version où sont mentionnées toutes les interventions auxquelles il a participé en tant qu'aide ou opérateur) pour analyser ses points forts et ses points faibles qu'il faudra combler soit dans le service même soit en allant faire un stage dans un autre service. L'évaluation de cette année pédagogique ne devrait pas être un examen classique tel

qu'il est en vigueur actuellement mais l'élaboration d'un travail sur un sujet donné que le résident présentera à la fin de l'année sous forme de mémoire ou de présentation orale lors d'une manifestation scientifique. Ainsi ce résident s'initiera à la méthodologie de la recherche puisqu'il sera obligé de faire un travail de recherche bibliographique, d'analyse critique d'articles, qu'il effectuera des analyses statistiques du matériel d'étude de son mémoire etc.

4. Le programme théorique qui nous a été remis est :
  - a. Pour la première année pléthorique
  - b. Pour la quatrième année pléthorique également, incluant l'anatomie ce qui est un non sens à ce stade de la formation et un module de méthodologie identique point par point à celui établi pour la 5<sup>ème</sup> année ?
  - c. Pour la cinquième année, le module de coeliochirurgie n'a plus sa raison d'être à ce niveau car la coeliochirurgie qui n'est qu'une voie d'abord enseigné à chaque fois qu'elle est indiquée dans la pathologie étudiée (exemple : la pathologie biliaire lithiasique enseignée en première année est traitée chirurgicalement par coeliochirurgie dans tous les services HU). Doit -on attendre la 5<sup>ème</sup> année pour enseigner les principes de la coeliochirurgie alors que le résident a déjà effectué plusieurs gestes chirurgicaux par cette voie ? Toujours pour cette dernière année, le module de cancérologie est dominé par l'oncologie gynécologique. Un chirurgien généraliste ne devrait-il pas être en mesure de prendre en charge un cancer du tube digestif qui pose plusieurs problèmes d'urgence chirurgicale ou un cancer de la thyroïde et laisser les cancers gynécologiques au spécialiste ?



Prs. Djillali, Benbakouche, Adjali et Maza

#### **Atelier N°2 –rapporteur Pr. Bertal**

**(Chirurgie vasculaire /chirurgie cardio-vasculaire/thoracique)**

#### **Programmes de formation**

Que ce soit pour la chirurgie cardiaque, la chirurgie vasculaire ou la chirurgie thoracique les objectifs et les programmes de formation ont été établis et remis à la tutelle. Ces 3 spécialités doivent être maintenues telle qu'elles.

Concernant le carnet du résident, il est proposé une appréciation de la part du chef de service et non une note chiffrée.

**Les terrains de stage** dans ces 3 spécialités doivent être précisés par le CPNS.

Pour ce qui est du **tronc commun**, les enseignants des 3 spécialités souhaitent que le tronc commun soit limité à la seule première année et que dès la deuxième année, les résidents rejoignent leurs spécialités respectives.

Concernant **le service civil**, les nouveaux diplômés dans ces spécialités devraient être affectés dans des services disposant des équipements nécessaires à l'exercice de leurs spécialités.

Concernant la nomenclature des spécialités, en dehors des 3 spécialités, il n'est envisagé l'ouverture d'aucune autre. A l'exception de certificat d'aptitude en phlébologie et en échodoppler.

Concernant l'organigramme des services de ces 3 spécialités, l'orateur propose des services de 40 lits avec un professeur chef de service, 2 agrégés, 4 maitres-assistants et 2 résidents par année pédagogique (soit 8 résidents au total par année universitaire).



**Prs. Rebah et Ayoub en discussion avec les résidents participant à ces assises**

**Atelier N°3 –rapporteur Pr. Maza**

**(Chirurgie orthopédique /chirurgie urologique)**

### **Programmes de formation**

Le CPN d'orthopédie a procédé à une refonte des programmes ainsi que des objectifs pédagogiques. Leurs finalisation est en cours en vue de leur transmission à la tutelle.

Concernant le mode d'évaluation des résidents, comme pour les autres ateliers, il est demandé que le CPRS précise en début d'année universitaire le mode d'évaluation qui sera transmis aux résidents.

Un nouveau carnet du résident a été élaboré par le CPNS d'orthopédie. Il est en voie de finalisation.

Pour ce qui est des moyens de formation pratique, l'orateur demande le développement de laboratoire d'anatomie, d'ateliers de techniques opératoire et l'introduction des nouvelles technologies pédagogiques d'enseignement.

Un point important (rapporté également par les résidents) est celui de la prévision de structures d'accueil des résidents lorsqu'ils doivent effectuer des stages ou une partie de leur formation dans des services en dehors de leur faculté d'origine.

Concernant le tronc commun de chirurgie, l'atelier n°3 propose que ce tronc commun soit réduit à une année et que son contenu soit élaboré en collaboration avec les différents CPN concernés.

Toujours concernant la spécialité chirurgie orthopédique, les membres du CP de cette spécialité demandent qu'une part plus importante soit accordée à la chirurgie infantile et en particulier à l'orthopédie infantile.

Le développement de l'anesthésie-réanimation du nouveau-né et du nourrisson a également été abordé.



Prs. Maza, Nedjahi et Benbakouche

#### **Atelier N°4 – (Neurochirurgie /ophtalmologie/ maxillo-faciale/ORL)**

Pour les 3 spécialités (Neurochirurgie /ophtalmologie/ ORL) les objectifs pédagogiques et les programmes d'enseignement des résidents sont finalisés.

En ophtalmologie des problèmes se posent au niveau du service de Tlemcen où le chef de service n'a jusqu'à ce jour aucun maître-assistant affecté et également à l'est du pays où il n'y a aucun rang magistral alors que l'on continue à ouvrir des postes à Alger.

Pour la chirurgie maxillo-faciale, jusqu'à ce jour il n'y a qu'un seul service ?

Les médecins-anesthésistes représentent une spécialité incontournable qu'il faudra développer car toutes les spécialités chirurgicales ne peuvent fonctionner sans cette dernière.



#### Clôture des travaux : Prs. Ayoub et Rebah

Après la lecture de ces rapports, un débat a eu lieu. Le Pr. Graba en sa qualité de coordonateur de ces assises a évoqué l'affectation d'un budget tant d'équipement que de fonctionnement pour la formation. De même, il a évoqué l'importance de l'anesthésie-réanimation dans les services de chirurgie avec le développement de la spécialité de médecin-anesthésiste. Concernant le choix de la spécialité à la fin du tronc commun évoqué par certains enseignants, le Pr. Graba a rappelé qu'à un certain moment certaines spécialités chirurgicales ont été désertées, ce qui a contraint le CP à n'autoriser que la permutation entre résidents de spécialités différentes à la fin du tronc commun. **Il propose par ailleurs la tenue de nouvelles assises consacrées cette fois-ci à la formation du seul chirurgien généraliste vu que les objectifs pédagogiques et le programme tel que proposé lors de ces assises a montré ses limites.**

La composition des jurys tant nationaux que régionaux a également été abordée, avec les spécificités de chaque spécialité chirurgicale.

Concernant les dates d'examen en juin et en septembre-octobre, **il a été demandé que ces examens aient lieu en septembre avec rattrapage en octobre et changement de service début novembre.** Les examens au mois de juin ne permettent pas d'avoir une année pédagogique d'au moins 9 mois.



Prs. Dahdouh & Chachoua lors des débats

Pour le Dr. Ait Benamar, il faut travailler ensemble et dans le cadre de la formation répondre à des objectifs pédagogiques. Le but est de produire un médecin spécialiste autonome et flexible pouvant répondre aux différentes situations d'urgence qui se présente. Il y a nécessité d'une autorité pour l'évaluation de la formation que nous assurons afin de savoir si nous avons ou non atteints les objectifs que nous nous sommes assignés.

Le Dr. Chabane, représentant du MSPRH a repris la parole à la fin de cette 2<sup>ème</sup> journée pour dire qu'il y a des besoins de base à satisfaire et que le service civil institué par l'état est un choix qui a été fait pour le sauvetage de vie humaine, ceci dans une logique de santé de proximité. Certes il faudrait plus de mesures incitatives pour que les spécialistes y adhèrent.

Mme Rebah, DPGRF, clôturera ces assises qui ont permis de faire un état des lieux réel de la formation des différents spécialistes en chirurgie. Les programmes de formation doivent être finalisés et officialisés. **Elle annoncera qu'un questionnaire va être adressé aux résidents afin de connaître leur avis sur la formation qu'ils reçoivent.**

Il s'agit là du début d'une concertation et souhaite qu'une rencontre annuelle puisse être instituée à l'avenir.