

« En attendant l'endo » ou le rendez-vous manqué...

G. Meurette

© Lavoisier SAS 2019

Nous sommes en 2016, en début d'année, la réforme de l'internat est en cours. Le cadre défini par les tutelles et adressé aux collègues des enseignants de spécialités est assez clair : il faut repenser l'apprentissage de notre métier. Outre la filiarisation des spécialités (qui deviennent à l'occasion plus spécialisées encore), il faut penser à des formations transversales pour favoriser le partage entre elles. Ouvert, ce concept de formations spécialisées transversales (FST) est une opportunité pour créer des liens entre les spécialités issues de formations différentes (et de cultures parfois diverses). Par ailleurs, il nous était mentionné une volonté de faire disparaître à terme les formations d'université (DU, DIU).

C'est dans ce contexte que le collège de chirurgie digestive et viscérale a entamé une réflexion sur l'avenir de la chirurgie mini-invasive. Voici le constat de départ qui a prévalu à notre réflexion.

Au cours des 20 dernières années, la chirurgie viscérale a connu des avancées majeures tant dans ses indications opératoires que dans les soins périopératoires ou dans l'innovation technologique : expansion de la chirurgie vidéoassistée, de l'assistance robotique. La chirurgie endoscopique est aujourd'hui devenue l'approche de première intention pour une majorité d'interventions. Ces avancées concernent toutes les sous-spécialités : chirurgie colorectale, chirurgie endocrinienne, bariatrique, hépatobiliopancréatique ou œsophago-gastrique. Parallèlement, l'endoscopie interventionnelle a aussi bénéficié de formidables transformations : les procédures endoluminales se sont complexifiées, et leur technicité s'est accrue. Là encore, l'innovation technologique a marqué son empreinte avec le développement d'outils endoscopiques de résection, de sutures toujours plus efficaces.

Le développement d'une FST de chirurgie endoscopique (ou endoscopie chirurgicale) nous est alors apparue une belle opportunité de travail en commun. Elle devait permettre aux deux spécialités de proposer à un nombre sélectionné d'internes l'accès à une formation conjointe d'endoscopie souple ou rigide, endoluminale ou extraluminaire. Mais au-

delà de quelques bénéficiaires privilégiés bénéficiant d'une formation hybride, le projet voyait plus loin : dessiner les contours de la pratique endoscopique et chirurgicale de demain. On y voyait une aubaine pour développer :

- de nouveaux outils dans des écoles de chirurgie et de pratiques interventionnelles qui se créent dans la plupart des centres académiques. Un partenariat avec les industries du dispositif médical aurait pu prendre une autre dimension. La simulation aurait pu être mutualisée ;
- soumettre des projets de recherches et multiplier les appels d'offres de part et d'autre pour donner à nos spécialités respectives une image unifiée dans les efforts pour diminuer l'agressivité des procédures opératoires.

Malheureusement, cette FST n'a pas été retenue par la commission de la réforme... Et pour cause, les gastroentérologues ont refusé de se joindre à ce projet. Et la FST qui devait être un projet commun s'est transformée en option ouverte aux seuls chirurgiens, faute de cosignature de la FST par l'autre partie.

Pourquoi cette situation ?

Officiellement pour des raisons de « non-nécessité » de partage, les endoscopistes estiment ne pas avoir besoin de FST pour développer l'endoscopie chirurgicale. Selon eux, les internes d'HGE sont en nombre pour assurer l'avenir de cette activité ; et les enseignants compétents pour les former à cette fonction. Ils ont organisé en effet depuis toujours la formation en endoscopie en deux niveaux. Ils estiment ainsi que pour accéder à l'endoscopie interventionnelle, il faut justifier au préalable d'une formation en endoscopie diagnostique d'une durée de trois semestres, ce que les chirurgiens ne peuvent pas assumer dans leur maquette déjà chargée.

Officieusement, ils cherchent à protéger cette activité des chirurgiens. À bien y réfléchir, cette attitude, aussi protectionniste soit-elle (c'est décidément la mode !), est largement compréhensible. En effet, dès les débuts de l'endoscopie ils ont développé son versant interventionnel, et il faut reconnaître que la Société française d'endoscopie digestive s'est donné les moyens d'effectuer des procédures très avancées. Les chirurgiens pendant cette période n'ont pas voulu (ou pas eu le temps) de se consacrer à cette activité. Aujourd'hui, pourtant les chirurgiens auraient intérêt à être formés à

G. Meurette (✉)

Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, F-44000 Nantes, France
e-mail : gmeurette@hotmail.com

l'endoscopie interventionnelle souple, mais les gastroentérologues n'auront pas accès à une formation chirurgicale plus avancée pour autant. Vu par les responsables de l'endoscopie, c'est donc un partenariat déséquilibré qui était proposé malheureusement.

Cet obstacle à construire un projet commun entre gastroentérologues endoscopistes et chirurgiens pratiquant l'endoscopie n'existe pas qu'en France. Chez nos voisins européens comme partout dans le monde, le rapport entre l'endoscopie gastroentérologique et chirurgicale est toujours difficile. Au Royaume-Uni où la formation en endoscopie a fait l'objet d'une standardisation et d'une évaluation exemplaire (Joint Advisory Group [JAG] on Gastrointestinal Endoscopy) [1] depuis les années 2000, les chirurgiens ont plus de mal à accéder à ces compétences, et l'écart se creuse en faveur des gastroentérologues. Aux États-Unis la situation paraît plus équilibrée, mais avec le constat d'une lacune globale des internes dans l'acquisition des compétences en endoscopie [2].

De surcroît, la consultation des sites Internet des sociétés savantes nord-américaines traduit bien la dichotomie... SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons), ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy). Mais revenons en Europe... N'avons-nous pas aussi l'EAES (European Association of Endoscopic Surgeons) et l'ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy).

Alors à ce stade, comment avancer ? Les gastroentérologues ont organisé leur formation en deux niveaux : le premier niveau d'endoscopie doit être validé par tous les internes et propose une formation générale et surtout d'endoscopie diagnostique. Les actes d'endoscopie interventionnelle font l'objet d'une formation plus approfondie. Cette formation approfondie a fait l'objet initialement d'une fiche d'option annexée au DES de gastroentérologie, secondairement retirée de la maquette (arrêté du 19 mars 2018). Entre DU et Option, les gastroentérologues cherchent aussi la meilleure stratégie pour offrir le meilleur de la formation endoscopique... Aux seuls gastroentérologues en formation.

Quant aux chirurgiens, devant une demande réelle, une pertinence de la formation à l'endoscopie souple dans des indications très ciblées de notre activité, et surtout une option qui est désormais inscrite dans notre maquette, il faut, pour l'instant, faire sans le soutien des gastroentérologues. Avec

le DU d'endoscopie chirurgicale existant (et performant) mis en place à Strasbourg, les multiples services de chirurgie où la chirurgie endoscopique est déjà bien implantée (cholécystoscopie, chirurgie endoscopique transanale, chirurgie laparoscopique avancée) nous disposons des ressources théoriques et pratiques pour assurer cette option. L'objectif est de proposer ce complément de formation à un nombre restreint d'internes (dix par an) qui seraient investis dans le développement des approches mini-invasives innovantes.

À ceux qui pensent encore que les chirurgiens ont voulu voler l'endoscopie aux gastroentérologues, car ils n'ont plus de travail, je répondrais que c'est probablement méconnaître le quotidien de la majorité de nos confrères. Nous sommes pourtant convaincus que l'avenir passera par un rapprochement de nos activités dans certains domaines... Et c'est bien à l'avenir que nous nous consacrons en pensant aux maquettes de formation des internes.

Faute de mieux, pour le moment nous avancerons chacun de notre côté, en bonne intelligence et en respectant les compétences de tous.

Mais la porte reste ouverte sur l'avenir, et nous ne sommes qu'à la fin d'un acte de ce qui s'apparente à une pièce tragique :

Estragon : *Si allons-nous-en loin d'ici !*

Vladimir : *On ne peut pas.*

Estragon : *Pourquoi ?*

Vladimir : *Il faut revenir demain.*

Estragon : *Pour quoi faire ?*

Vladimir : *Attendre l'endo*

Estragon : *C'est vrai. (un temps) Elle n'est pas venue ?*

Vladimir : *Non.*

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Malik KI, Siau K, Dunckley P, Ward ST (2019) Colorectal trainees in the UK struggle to meet JAG certification standards in colonoscopy by the end of their training. *Colorectal Dis* 21:715–22
2. Gardner AK, Scott DJ, Willis RE, et al (2017) Is current surgery resident and GI fellow training adequate to pass FES? *Surg Endosc* 31:352–8