



# FONDS DE SOLIDARITÉ PRIORITAIRE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT (FSP)

## REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE ET FORMATION DES FORMATEURS

### SEMINAIRE DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

*niveau 2* - Reconstruction Périnéale et Pelvienne et Introduction à la Chirurgie  
Coelioscopique

## ANTANANARIVO

### du 02 au 05 NOVEMBRE 2011

Université d'Antananarivo - Faculté de Médecine -  
Centre d'Infectiologie Charles Mérieux (CICM)

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique  
de Befelatanana (HUGOB)



Les orientations de santé concernant la mère et l'enfant constituent un élément essentiel des « Objectifs du Millénaire pour le Développement » (OMD 4 et 5) de l'ONU. C'est dans ce cadre que l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF), en lien avec l'Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport (UNF3S) et le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) ont établi en avril 2008 un partenariat Nord-Sud et Sud-Sud pour la formation des professionnels de santé (médecins, sages-femmes et paramédicaux) aux pathologies de la mère et de l'enfant, dans 17 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est, dits de la « zone de solidarité prioritaire ».

## LES FORMATIONS ET DIPLOMES INTER UNIVERSITAIRES INTERNATIONAUX (DIUI) DU FSP MERE-ENFANT

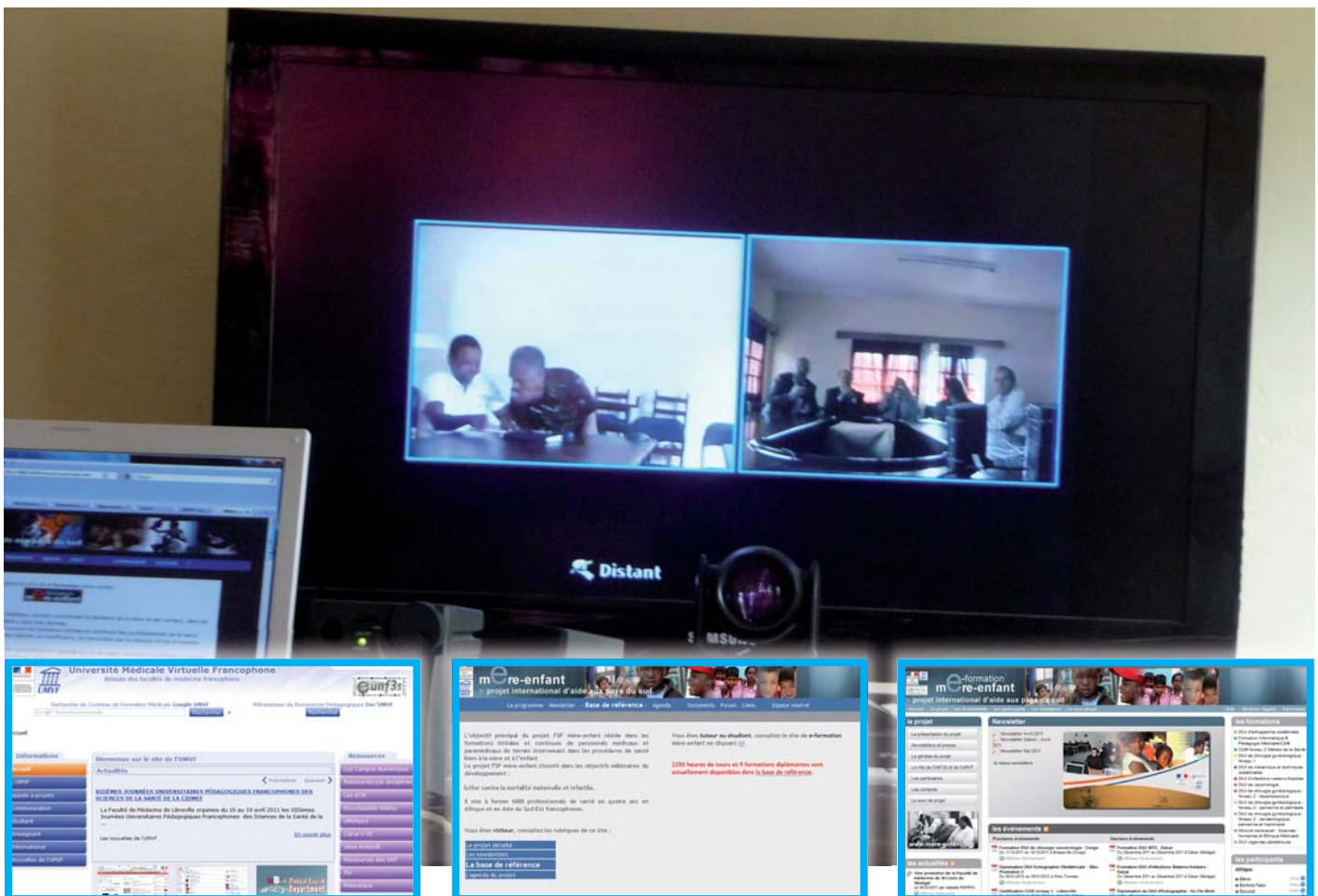
Le ministère des Affaires Etrangères et Européennes a confié à l'UNF3S un **fond de solidarité prioritaire (FSP)** pour la mise en œuvre d'un plan de formation de formateurs faisant appel à des contenus numériques disponibles sur le portail Mère-Enfant, des enseignements théoriques en présentiel, des enseignants pratiques et/ou des stages. En contrepartie, les universités membres de l'UNF3S mettent à disposition leurs enseignants-chercheurs.

Pour chaque formation, un binôme de coordination est créé, composé d'un pro-

fesseur d'un pays du Sud et d'un professeur d'une université française qui en sont les responsables scientifiques, chaque université désignant un coordinateur pour chacune des formations, validées par leurs instances. Au préalable, des formations au numérique sont mises en place à la fois pour les formateurs et les étudiants qui peuvent acquérir le C2i. Les contenus pédagogiques des formations et DIUI suivants ont été mis en place, ou sont en cours, en Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Asie du Sud Est.

- DIUI D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE
- DIUI DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE NIVEAU 1
- DIUI DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE NIVEAU 2 PERINEALE ET PELVIENNE
- DIUI DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE NIVEAU 2 COELIOSCOPIQUE
- DIUI DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE NIVEAU 2 CANCEROLOGIE PELVIENNE ET MAMMAIRE
- DIUI DE MECANIQUE ET TECHNIQUES OBSTETRIQUES
- DIUI DE VACCINOLOGIE
- DIUI INFECTIOLOGIE MATERNO-FŒTALE
- DIUI PERINATOLOGIE
- SCIENCES HUMAINES ET ETHIQUE EN SANTE

L'ensemble des programmes et des contenus sont disponibles sur le portail mère-enfant <http://www.mere-enfant.org>

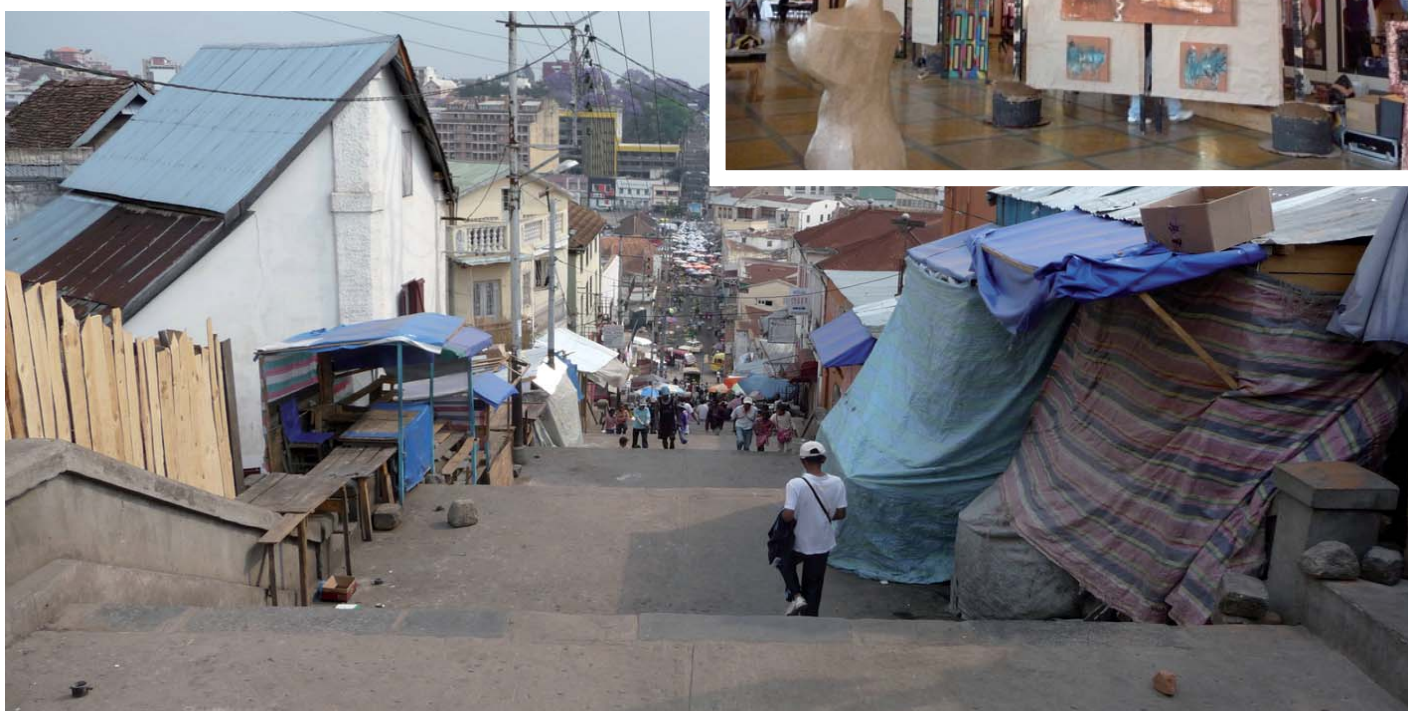




## SITUATION SANITAIRE ET ACCÈS AUX SOINS DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT À MADAGASCAR

Madagascar, terre de contrastes est la plus grande île de l'Océan Indien, avec ses 587 047 Km<sup>2</sup> de superficie, 1580 km d'axe Nord-Sud et 550 km d'axe Est-Ouest. Remarquable par son immensité territoriale, ses reliefs accidentés, sa diversité physique et climatique, ses richesses naturelles et ses fortes potentialités humaines, elle est peuplée d'environ 20 millions d'habitants dont la majorité reste confinée dans un monde rural et traditionnel tandis qu'une autre partie s'accroît rapidement dans les villes et principalement dans la capitale Antananarivo. Madagascar comprend officiellement 18 ethnies dont les origines seraient essentiellement Malaisienne et In-

donésienne pour les hauts plateaux et Arabo-africaine pour les régions côtières. Cette spécificité se superpose à une organisation sociale, géographique et politique ainsi qu'à des liens de solidarité intra et extra-familiaux qui ont façonné une identité très complexe. Néanmoins, les Malgaches parlent la même langue avec quelques différences de grammaire et d'accents entre les régions de l'est et de l'ouest. Doté d'une population jeune et d'une espérance de vie moyenne qui se situe autour de 60 ans, le pays doit faire face à de nombreux défis économiques, politiques et sociaux. Parmi ceux-ci, la place stratégique de la santé de la mère et de l'enfant.







## LE SYSTÈME DE SANTÉ MALAGASY

Le système de santé public, pyramidal est composé de plusieurs niveaux : *le niveau central* définit les orientations de la politique de santé dont dépendent 22 régions et 119 districts sanitaires de rattachement; *le niveau régional*, matérialisé par les 22 Directions Régionales de Santé du Planning Familial et de la Protection Sociale, a pour mission la coordination et l'appui technique des politiques sectorielles de santé et des différents projets/programmes; enfin, *un niveau de base* assure le contact du système national avec la population. Madagascar dispose de six universités correspondant aux six ex-provinces (Antananarivo, Toamasina (ou Tamatave), Mahajanga (ou Majunga), Fianarantsoa, Antsiranana (ou Diego Suarez) et Toliara (ou Tukéar) dont deux facultés de médecine, celle de Antananarivo et celle de Majunga. Des départements de médecine sont aussi rattachés aux quatre facultés des sciences de Diégo, Tuléar, Fianarantsoa et Tamatave et sont appelés à devenir des facultés de médecine à part entière d'ici 2 à trois ans selon les prévisions officielles. Six CHU correspondent aux 6 ex-provinces également. A un degré intermédiaire, il existe une quarantaine de CHR<sub>D2</sub> (centre hospi-

talier régional de district de niveau 2) qui disposent d'un bloc opératoire et d'une maternité. Un chirurgien diplômé travaille à temps plein dans ces CHR<sub>D2</sub>. Des césariennes y sont pratiquées. Puis viennent les CHR<sub>D1</sub> dans lesquels existe une maternité où peuvent se pratiquer des accouchements normaux ou dystociques mais pas de césarienne.

Ensuite, il y a les CSB<sub>2</sub> (centre de soins de base de niveau 2), au nombre de 3500, dans lesquels travaillent médecins généralistes, sages-femmes et infirmières. Dans ces centres se font les consultations prénatales et les vaccinations des mamans et des bébés. Enfin, il y a les

CSB<sub>1</sub> dans lesquels il n'y a qu'un paramédical. Ils sont encore au nombre de 1500 mais sont amenés à disparaître progressivement. Le niveau communautaire divisé lui-même en quartiers (fokontany) constitue la base du système. Il existe par ailleurs un secteur privé composé à la fois de cabinets médicaux, de dispensaires, de cliniques et de maternités privées ou affiliées à des organisations confessionnelles, un secteur pharmaceutique avec ses grossistes, pharmacies ou dépôts de médicaments. Cette organisation se confronte, en matière d'accès aux soins, à la concentration des prestataires de service, des formations sanitaires, des centres d'analyse ou d'imagerie dans la capitale ou dans quelques grandes villes face aux déserts médicaux ruraux. Ainsi, dans les zones rurales, le faible pouvoir d'achat de la population malgache rend difficilement accessible les soins d'autant plus qu'à l'inaccessibilité économique s'ajoutent l'éloignement géographique ainsi que l'insuffisance des ressources matérielles et humaines.

Ainsi, pour une bonne majorité de la population, le premier contact avec le système de soins ne se fait pas ou que très rarement avec un professionnel de santé.



La santé reste donc une préoccupation majeure en l'absence d'assurance ou de mutuelle car, si certains actes peuvent être gratuits, les patients doivent acheter les médicaments ou payer les examens complémentaires. Le personnel sanitaire dans les zones rurales est insuffisamment qualifié ou non remplacé lorsqu'il est absent. Ceux qui exercent ont des difficultés à accomplir leurs tâches cliniques avec un équipement et du matériel limité ou ancien et doivent composer avec les différences culturelles locales. Tous ces éléments sont révélateurs de profondes disparités économiques, culturelles et spatiales entre les villes et la campagne qui conditionnent les résultats sanitaires préoccupants en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant

## LA MÈRE ET L'ENFANT

Trop de femmes meurent encore chaque jour à Madagascar suite aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Toutefois, même s'il existe de très fortes variations économiques et sociales, la paupérisation grandissante des femmes (surtout rurales et sans instruction), leur retrait effectif du cercle de prise de décision, une dégradation des conditions de vie, les désunions croissantes des foyers grossissant de plus en plus le nombre de filles mères et/ou femmes chefs de ménages, accroissent les situations de vulnérabilité de la mère et de l'enfant. Ainsi, moins de la moitié reçoit l'assistance d'un professionnel de santé qualifié. Par ailleurs, la forte morbidité et mortalité infanto-juvénile, une malnutrition chronique, les retards de croissance subsistent. Selon l'OMS, les principales causes de mortalité infantile restent la diarrhée, la pneumonie, le paludisme.

## LE PLAN OPÉRATIONNEL MALAGASY

Pour accélérer l'atteinte des OMD, le pays a opté pour une stratégie ambitieuse sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Il traduit son engagement par une politique nationale autour de la santé de la reproduction, des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale, des partenariats techniques et financiers. Plusieurs projets ont été mis en place pour favoriser l'amélioration progressive du système de santé : développement de l'analyse en ce qui concerne les décès maternels, travail à la mise aux normes des plateaux techniques, aux conditions d'une référence appropriée, à l'amélioration de l'accueil, au renforcement du dépistage, de la contraception, à l'optimisation et au renforcement des ressources humaines, application de la loi sur le mariage et la prise en charge des indigents. Des interventions novatrices ont été explorées concernant la formation des personnels de santé, les mesures incitatives dans des ré-

gions ciblées, les études pour mieux comprendre les pratiques culturelles par rapport à la maladie et au soin, le plan de communication. Récemment des engagements ont été signés en mars 2011 pour l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, l'assistance de l'accouchement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (VIH et IST), l'amélioration de la santé avec la prévention et la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires, repérés à un stade trop avancé, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la systématisation de l'offre vaccinale et l'amélioration de la santé de proximité. Toutes ces orientations figurent dans un plan opérationnel. Toutefois même si des avancées ont pu être observées, la question de la santé de la reproduction reste d'actualité et beaucoup d'efforts restent encore à déployer pour accélérer l'atteinte des objectifs 4 et 5 du millénaire.





## MADAGASCAR COMME D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EST CONFRONTÉE À DIFFÉRENTS DÉFIS

### LA MÉDICALISATION DES ZONES RURALES ET L'ACCÈS AUX SOINS



Les villages ou les hameaux sont confrontés à un isolement assez fort et leurs habitants ont des difficultés à se déplacer surtout en saison pluvieuse pour chercher de l'aide. Dans ce contexte, il est bien rare que les malades puissent accéder à des soins médicaux adaptés. Des initiatives de sensibilisation ont été menées en faveur de l'installation des médecins de brousse (médecins de campagne) dans certaines zones géographiques et travaillent à la longévité de leur démarche mais elles sont loin de combler le déficit en ressources humaines. Le système communautaire est soumis à des activités occasionnelles telles les campagnes de vaccination ou des activités non coordonnées de programmes verticaux (paludisme, VIH sida, tuberculose) non pérennes. Les comités de santé (COSAN) ne sont

pas toujours fonctionnels. Par ailleurs, les centres de santé sont faiblement fréquentés. L'explication donnée par la population étant le manque de qualité des soins, le manque de personnel et la distance, la difficulté de suivre des recommandations inadaptées aux réalités matérielles, contextuelles des malades et sans solutions intermédiaires. Ainsi l'absence de communication et de dialogue dissuade les patients de faire de longs trajets, confortés par l'incapacité d'affronter les dépenses financières qui passent par la vente de bétail, de rizières, de récolte pour assurer les frais de déplacement, les fournitures, l'achat de médicaments, le séjour prolongé, et les dépenses en alimentation démultipliées en ville, mais aussi pour préserver une partie de leur dignité personnelle contre les stigmates de leur misère.

C'est pourquoi, les pratiques traditionnelles restent nombreuses, les unes à visée préventive, les autres curatives et chacun, en cas de maladie, passe par une grande diversité d'acteurs thérapeutes, guérisseurs, dispensateurs de plantes, la vie religieuse croisant la santé et le salut. De manière générale, l'itinéraire thérapeutique et le traitement des maladies commencent par les traitements traditionnels parfois par les traitements obtenus à la pharmacie. Si au bout de quelques jours, la situation ne s'est pas améliorée, les médicaments

vont être changés ainsi que les catégories de soignants selon la perception et l'interprétation de la maladie, la disponibilité, la proximité des soignants, l'argent disponible, le but étant d'aller au plus près et au plus efficace, l'hôpital étant souvent le dernier recours. Les matrones jouent un rôle considérable pour les accouchements, les agents de santé communautaires mais aussi tous les autres acteurs de soins : ombiasy sorciers-guérisseurs, chefs religieux sont sollicités dans la quête de la santé à retrouver.





## LES GROSSESSES PRÉCOCES



Comme pour tant d'autres pays qui ont une proportion élevée de grossesses précoces, la fécondité de Madagascar est particulièrement élevée (près de 6 enfants par femme) et se distingue par sa précocité, des jeunes filles de 15 à 19 ans parfois plus jeunes, mariées ou non ayant déjà donné naissance à un enfant ou sont enceintes. Cette situation est devenue une préoccupation majeure pour les organisations internationales et les autorités sanitaires car elle représente un facteur de risque pour la santé maternelle et infantile notamment par ses conséquences en termes de morbidité plus élevée, de mortalité maternelle et juvénile. Toutefois, les grossesses précoces considérées comme problématiques ne peuvent faire l'économie ni de l'organisation familiale, ni du statut de la femme, ni de la place spécifique de l'enfant, ni des variables économiques sociales et géographiques du pays ainsi que des transitions en cours. Ainsi le taux de mortalité inquiétant existe surtout dans des zones isolées où les structures sanitaires sont insuffisamment outillées, trop éloignées ou sans ressources humaines et concernent davantage une

population moins scolarisée. Mais elles sont aussi liées à des logiques de fécondité sous-jacentes pour certaines ethnies des régions de Mahajanga, Toliara, Antsirana où l'objectif de fécondité qui est la condition première de la continuité du lignage est déterminant pour entrer dans une union ou pour légitimer la paternité. Ce modèle qui accepte l'entrée très jeune en union, les relations pré-maritales, l'accès des hommes à la paternité, les grossesses hors mariage civil existe aussi dans les provinces du centre et de l'est même si les familles nucléaires sont plus fréquentes et le rôle de la famille élargie moins prépondérant. Cette situation est beaucoup moins fréquente dans la capitale qui dispose d'une histoire sociale et politique renforçant la conjugalité, le mariage civil et stigmatisant le mariage à l'essai et les grossesses hors mariage. Par ailleurs, des transitions sont en cours. En effet, les comportements

des adolescents évoluent sous l'influence des changements socio-économiques et culturels. Le couple est aujourd'hui plus autonome dans ses choix matrimoniaux et génésiques. De nouveaux modèles sont à l'œuvre et amorcent une transition reposant sur un meilleur contrôle de la fécondité et la diminution du nombre d'enfants. Celle-ci se traduit par un recours plus fréquent à la contraception, la réduction des naissances pré-maritales, la scolarisation des filles mais aussi le recours récurrent à l'avortement pour celles qui craignent la réaction de leur entourage ou qui n'ont pas les moyens d'élever un enfant.

L'avortement reste interdit par la loi même s'il est largement pratiqué. Au cours de ces avortements « illégaux » pratiqués par des médecins, sages-femmes, infirmiers, matrones, charlatans etc., les conditions de sécurité sont souvent inexistantes pour la femme. Ainsi, il existe une forte proportion de complications (perforation utérines, hémorragies graves, pelvipéritonites, etc.) pouvant amener jusqu'au décès de la patiente sinon à une mutilation (hystérectomie) chez des femmes souvent très jeunes voire adolescentes. Si la légalisation de l'IVG n'est pas encore à l'ordre du jour dans les pays comme Madagascar pour diverses raisons, la politique de planification familiale devrait être renforcée pour prévenir ces drames.



## LES FISTULES

Le nombre de décès maternels est par ailleurs en étroite corrélation avec le taux de morbidité mais aussi avec les souffrances et l'invalidité permanente que représentent, pour les femmes en âge de procréer, les fistules obstétricales. Celles-ci se présentent comme une communication anormale entre les organes rénaux urinaires (uretère, vessie, urètre) et les organes de la reproduction (utérus, vagin). Pathologies non exceptionnelles mais désormais sorties du silence, elles ont pour origine les complications obstétricales majeures et pour conséquences de lourds impacts individuels, sociaux et économiques alors qu'elles sont

évitables. Pour beaucoup de malades, les fistules sont survenues lors d'une première grossesse. Celles-ci ont entre 14 et 17 ans, mariées selon les coutumes ou en concubinage, plutôt d'origine rurale, cultivatrices bien souvent analphabètes ou demi illettrées et elles n'ont pu avoir accès à temps aux structures de soins obstétricaux d'urgence, leur peu d'autonomie les réduisant à exécuter toute décision prise par leur famille ou leur conjoint à leur égard. Bien souvent l'accouchement anormalement prolongé a débuté au domicile émaillé de pratiques à risque avant un transfert dans l'urgence soldé par l'extraction d'un mort né. Mais la primiparité

et l'assistance par les matrones ne sont pas en mesure d'expliquer systématiquement la survenue des fistules qui tirent leurs racines profondes de la prise en charge de la grossesse souvent absente, limitée ou vidée de tout contenu. Un suivi rigoureux, voire une échographie, seraient susceptibles de dépister les risques de complication par un examen de la taille du bassin ajouté aux renseignements gynéco-obstétricaux habituels. De même il serait à même d'envisager les mesures pour éviter les récurrences et limiter les conséquences en termes de discrimination, de rejet par la famille ou le mari ou d'auto exclusion.



Ces évolutions diversement marquées dans la très grande diversité régionale se font sentir aussi dans le domaine de la mortalité et la morbidité infantiles. Ainsi des différences significatives soulignent le lien entre le niveau de vie et le niveau de scolarisation qui favorisent un meilleur accès aux soins pour les enfants mais aussi des pratiques alimentaires et sanitaires plus appropriées à leur développement. Enfin les inégalités spatiales, l'accès à la surveillance médicale et les consultations prénatales montrent qu'en dehors des facteurs physiologiques, le contexte a une très forte influence sur leur vulnérabilité.

L'amélioration de la santé des populations et en particulier de la mère et de l'enfant passe donc par un système complexe où interagissent de nombreux facteurs. S'il n'est pas possible d'agir sur toutes les causes multidimensionnelles (déterminations socioéconomiques, dont beaucoup sont étrangères à la pratique médicale et à la formation), il est en revanche possible d'interpeller la formation des professionnels de santé en particulier de ceux qui sont impliqués dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et plus généralement des pathologies auxquelles sont confrontés la mère et de l'enfant. Dans ce contexte, le programme FSP mère-enfant vise à renforcer et à concrétiser les actions qui concourent à des améliorations notables de la santé et notamment à travers son offre de formation de formateurs qu'il souhaite adaptée aux besoins locaux. Sa philosophie est de mettre à disposition les processus de connaissance numérique et médicale, d'action et de collaboration afin de soutenir les efforts sanitaires des pays concernés. Ainsi les professionnels de santé et les étudiants peuvent bénéficier d'un renforcement des connaissances des mécanismes physiopathologiques réels, d'une remise à niveau ou de compétences pratiques dans leur exercice quotidien.



## LE PROGRAMME FSP MERE-ENFANT

Ce programme, mis en place à Madagascar, vise un choix ciblé des bénéficiaires de la formation en partenariat étroit avec l'Université d'Antananarivo et la faculté de médecine, les personnes formées étant destinées à être les relais et les acteurs de démultiplication des formations. Ainsi, des médecins de diverses différentes spécialités (urologue, gynécologue, chirurgien général, médecins du public ou médecins militaires, des chefs de clinique, des internes venus de toutes les régions de Madagascar, des CHU de Mahajanga et d'Antananarivo mais aussi des CH d' Antsirabe, de Toamasina, Fianarantsoa, etc. ont pu assister au séminaire de chirurgie gynécologique organisé du 2 au 5 novembre 2011 à l'hôpital universitaire de gynécologie obstétrique de Befelatanana (HUGOB) du CHU. L'Université de Mahajanga sera également partenaire.



## DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : ENSEIGNEMENTS ADAPTES AUX BESOINS

Les DIUI de chirurgie gynécologique traitent des pathologies pelviennes et du sein et des complications liées aux accouchements, un élément incontournable de la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle (par exemple par la lutte contre les pathologies iatrogènes de plus en plus présentes dans la chirurgie obstétricale). Les contenus des diplômes universitaires sont adaptés en fonction du degré de proximité avec la mortalité et la morbidité, en prenant en compte les zones géographiques où doit être mise en pratique la formation des professionnels de santé.

**Organisation générale des DIUI :** Comme pour tous les DIUI, la formation de chirurgie gynécologique comporte deux niveaux :

- Le premier niveau : les cours en accès libre à la bibliothèque numérique sont destinés à être intégrés à la formation du DES de chirurgie de gynécologie obstétrique ou en mise à niveau des gynécologues obstétriciens diplômés mais aussi à être adaptés à la formation des médecins généralistes et des sages-femmes.
- Le deuxième niveau dont la reconstruction périnéale et pelvienne est détaillé dans les deux pages suivantes.





# SEMINAIRE DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

*niveau 2*

## Reconstruction Périnéale et Pelvienne et Introduction à la Chirurgie Coelioscopique

**ANTANANARIVO – du 02 au 05 NOVEMBRE 2011**

Université d'Antananarivo - Faculté de Médecine - Centre d'Infectiologie Charles Mérieux (CICM)

Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB)

### *Sous le Patronage de*

Son Excellence Monsieur le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique

Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur de France à Madagascar

### *Sous le Parrainage de*

Monsieur ANDRIANTSIMAHAVANDY Abel

Président de l'Université d'Antananarivo

Monsieur le professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Monsieur le professeur RAKOTOVAO Jean Louis

Directeur Général des Centres Hospitaliers Universitaires d'Antananarivo

### *Sous l'Egide de*

Ministère français des Affaires Etrangères et Européennes

Fonds de Solidarité Prioritaire-Mortalité et Morbidité de la Mère et de l'Enfant

UNF3S Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport

UMVF Université Médicale Virtuelle Francophone

### *En partenariat avec*

L'Organisation Mondiale de la Santé

Le FNUAP - l'UNICEF

L'Agence Française du Développement (AFD)

Le Collège Malgache des Gynécologues Obstétriciens (COMAGO)

### *Avec le concours de*

CHEM TECH Madagascar SARL

Karl Storz Allemagne Equipment for Endoscopy and Minimal Invasive Surgery

FSP ASPIC



Université d'Antananarivo - Faculté de Médecine  
Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana





MERCREDI 2 NOVEMBRE 2011

### DIUI Reconstruction périnéale et pelvienne

Université d'Antananarivo – CICM\*, Ankatso

Modérateurs : P. HERY - M. COSSON

8H30- 12H30	<b>Anatomie chirurgicale - Statique pelvienne</b>	O. GARBIN
	<b>Fistules recto-vaginales</b>	
	• Physiopathologie	P.DEBODINANCE
	• Clinique et classifications	P.DEBODINANCE
	• Techniques chirurgicales	M. BOUKERROU
	• Stratégie chirurgicale	M. BOUKERROU
	<b>Reconstruction périnéale selon Musset</b>	M. COSSON
	<b>Fistules vésico-vaginales : état de la prise en charge</b>	
	• Physiopathologie	M. BOUKERROU
	• Clinique et classifications	M. BOUKERROU
	• Techniques chirurgicales	M. BOUKERROU
	• Stratégie chirurgicale	M. BOUKERROU / M. COSSON
	• Prise en charge psycho-sociale	
	• Prise en charge à Madagascar: parcours de la patiente	
12h30	<i>Déjeuner à l'Université d'Antananarivo - Ankatso</i>	

### DIUI Reconstruction périnéale et pelvienne

Université d'Antananarivo – CICM, Ankatso

Modérateurs : P. RANTOMALALA - O. GARBIN

14H00-17H00	<b>Fertilité et grossesse après chirurgie reconstructrice pelvienne</b>	P.DEBODINANCE
	<b>Hystérectomies Vaginales</b>	
	• Indications et voies d'abord	P.DEBODINANCE
	• Techniques opératoires	M. COSSON
	• Techniques chirurgicale	
16H00	<b>Pause café à l'HUGOB</b>	
	• Techniques de réduction du volume utérin	M. COSSON
	• Complications postopératoires et prise en charge	P.DEBODINANCE

## 9H30 Ouverture officielle

En présence des Autorités Institutionnelles, Universitaires et Hospitalières d'Antananarivo et des représentants des Organisations Internationales et de l'Ambassade de France

## Conférence inaugurale et table ronde

Introduction et présentation : Pr Marie CAULI, (Lille)

« les enjeux des OMD 4 et 5 pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile : regard anthropologique »

Pr Yannick JAFFRE Directeur de Recherche au CNRS (Marseille)

Sous la Présidence

du Pr ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovo (Antananarivo)

du Pr Michel COSSON (Lille) et du Pr Jean-Paul FRANCKE (Lille)

JEUDI 3 NOVEMBRE 2011

### DIUI Reconstruction périnéale et pelvienne

HUGOB\*\*

Modérateurs : HN. RAKOTO RATSIMBA - M. BOUKERROU

8H00- 12H30	<b>Démonstrations opératoires :</b> chirurgie périnéale, fistules, hystérectomie vaginale	
12H30	<i>Déjeuner au centre de stomatologie</i>	
14H00-17H30	<b>Prolapsus génital</b>	
	• Physiopathologie	O. GARBIN
	• Clinique et classifications	O. GARBIN
	• Techniques chirurgicales	
	• Par voie basse	M. COSSON
	• Par voie haute, laparotomie et coelioscopie	O. GARBIN
	• Stratégie opératoires	M. COSSON
16H00	<b>Pause café à l'HUGOB</b>	
	<b>Traitements de l'incontinence urinaire féminine</b>	P.DEBODINANCE
	<b>Stratégie de prise en charge de l'incontinence urinaire</b>	P.DEBODINANCE

VENDREDI 4 NOVEMBRE 2011

### DIUI Reconstruction périnéale et pelvienne

HUGOB

Modérateurs : L. SAMISSON - P. DEBODINANCE

8H00- 12H30	<b>Chirurgie en direct avec retransmission :</b> chirurgie vaginale et coelioscopique - chirurgie périnéale, fistules, hystérectomie vaginale	
12H30	<i>Déjeuner au centre de stomatologie</i>	
14H00-17H30	• Introduction	L SAMISSON
	• Colonne vidéo	O. GARBIN
	• Instrumentation en coelioscopie	O. GARBIN
	• Ergonomie en laparoscopie	O. GARBIN
	• Exposition en coelioscopie	M. BOUKERROU

SAMEDI 5 NOVEMBRE 2011

### DIUI Reconstruction périnéale et pelvienne

HUGOB

9H00-12H00	<b>Coelioscopie et urgence</b>	O. GARBIN
	<b>GEU</b>	M. BOUKERROU
	<b>Infection pelvienne aigue</b>	M. COSSON
	<b>Torsion d'annexe</b>	
	<b>Rupture de kyste</b>	
12H00- 12H30	Conclusions	

### Cocktail de clôture

\*CICM : Centre d'infectiologie Charles Mérieux, Ankatso

\*\*HUGOB : Hôpital Universitaire de gynécologie et Obstétrique de Befelatanana



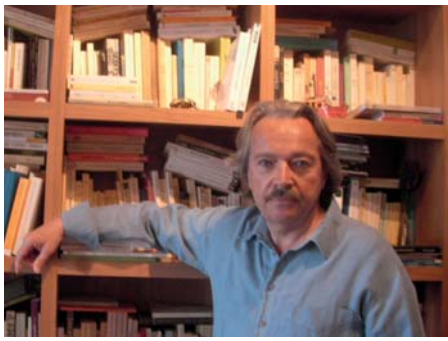
Il y a certes les techniques médicales, la formation et l'organisation de la santé mais il faut aussi prendre en compte l'univers malgache fait de représentations où la maladie croise la culture, l'organisation sociale et familiale qui aura des conséquences sur la décision de soin et la réponse du professionnel de santé. Ainsi, l'objectif prioritaire de réduction de la mortalité maternelle et infantile, parce qu'il induit le passage de la médecine à la santé, va au-delà des formations médicales et des compétences pratiques et couvre des domaines plus nombreux que ceux de la formation. Il ne peut omettre les réalités sociales et culturelles autour de la mère et de l'enfant et les incidences médicales de la mortalité, partie moins visible mais déterminante, que nous intégrons dans leur ensemble dans les sciences humaines et éthique de la santé et du soin.



Dans ce but, l'UNF3S a souhaité enrichir le programme de données épidémiologiques ainsi que de données anthropologiques. Celles-ci sont en effet souvent absentes des formations ou reléguées à un rôle mineur, alors qu'elles représentent un atout efficace de réussite en développant chez les professionnels une plus grande attention au vécu des populations et une délivrance de soins adaptés au patient. A ce titre, dans le cadre du DIUI de chirurgie gynécologique, une conférence inaugurale a permis de sensibiliser aux apports des sciences sociales qui permettent d'éclairer les professionnels de santé sur les logiques de soins, de proposer des outils de réflexivité, d'intégrer une culture préventive dans le cursus des futurs professionnels de santé.







Yannick Jaffre, directeur de recherche au CNRS est membre de l'UMI 3189 (Environnement, Santé, Sociétés), premier laboratoire mixte international avec l'Afrique et notamment le Mali, le Sénégal et le Burkina Faso. Anthropologue de la santé, il a publié un ensemble d'ouvrages et d'articles concernant les conceptions de la maladie et les pratiques populaires de soins en Afrique de l'Ouest. Il s'est attaché à montrer comment ces systèmes de sens et ces pratiques influent sur l'accès aux soins, la prise en charge et la prévention médicales. Il travaille maintenant sur les interactions entre les populations et les services de santé et sur l'analyse anthropologique de la qualité des soins dans les services hospitaliers. Ses derniers travaux concernent la construction de la mort maternelle dans les maternités et l'analyse des programmes de planification familiale. Son dernier livre *La bataille des femmes, analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'Obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, éd Faustroll, Descartes, Paris, 2009 est téléchargeable gratuitement.



## RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE

Les enjeux des OMD concernant la mortalité et la morbidité maternelle et infantile restent toujours d'actualité et les chiffres sont toujours préoccupants : 500 000 morts par an pour des raisons liées à la grossesse et à l'accouchement dont 340 000 en Afrique subsaharienne, (de l'ordre de 250 décès pour 100 000 naissances vivantes à Madagascar) à quoi il faut ajouter 2 millions de femmes qui souffrent de pathologies invalidantes comme les fistules.

Les causes de ces décès et pathologies sont connues : en amont, la règle des « trop » : « trop » d'enfants, « trop » tôt, « trop » tard et « trop » rapprochés. En aval, l'accès aux soins et la qualité des soins dans les services de santé. Les causes médicales, sont elles aussi, bien documentées :

les femmes meurent d'éclampsies, d'hémorragies, d'infections, de dystocies.

Face à cela, les axes d'intervention médicaux existent : césariennes, hygiène, prises en charge cohérentes, etc. Enfin, le manque d'argent invoqué pour les dépenses médicales est réel. Cependant, certaines ressources disponibles pour les baptêmes, mariages, décès pourraient peut-être, être transférées du secteur social au secteur médical si celui était plus crédible. Théoriquement, tout semble donc réuni pour que la mortalité maternelle et infantile se réduise dans les faits ; pourtant en pratique, elle persiste. Pour aider à saisir ce paradoxe et contribuer à le résoudre, les sciences sociales éclairent un ensemble de questions.





Par exemple, en amont, la planification familiale souvent proposée comme un unique élément de réponse est resituée dans le cadre plus large des vies quotidiennes des populations. Ainsi, les langues locales, parlées chaque jour, et les représentations qu'elles organisent privilégient la fécondité. Les religions avec leurs recommandations et leurs prescriptions génèrent un autre ensemble normatif qui valorise aussi la fécondité mais en la liant au mariage. Les sexualités mondialisées par les magazines et films insistent sur des unions choisies. Autant que quelques campagnes d'éducation – ou « messages » - pour la santé, ces divers systèmes normatifs conditionnent les logiques sociales et les conduites des acteurs. Par exemple, la fécondité, privilégiée au sein du mariage, interdit de fait la recherche de la contraception pour une jeune fille non mariée mais aussi une femme mariée, invitée socialement à être féconde.

De la même façon, en ce qui concerne l'accès aux soins, les sciences sociales ont montré que l'accouchement était préparé socialement. Ainsi, le lieu de l'accouchement, les circonstances, etc. font l'objet de délibérations et de déci-

sions à l'intérieur d'un milieu micro-social où interviennent, le conjoint ou le partenaire, la famille ou la belle famille. Cependant, en situation d'urgence, qui est la grande particularité des problèmes obstétricaux, ces « anticipations symboliques » ne sont pas utiles et se heurtent à des nécessités très concrètes : avoir une voiture qui fonctionne, des disponibilités financières, disposer d'une ou plusieurs personnes susceptibles de donner du sang, etc.

Dans cet univers complexe, les sciences sociales et l'anthropo-

logie peuvent apporter beaucoup notamment sous formes d'audit anthropologiques qui analysent finement ces variables et nourrissent la réflexivité dans les services de santé. Ces analyses permettant de reconstituer l'ensemble des « variables discontinues » qui construisent la mort maternelle. Ces études qualitatives montrent que les femmes ne décèdent pas uniquement d'une pathologie, mais d'un dispositif liant des variables médicales, sociales, organisationnelles et techniques. C'est en filigrane souligner l'importance du travail de chacun, montrer l'importance de la constitution d'équipes médicales, et s'attacher à des approches par problèmes intégrant les dimensions non médicales de la maladie et de sa prise en charge dans les formations des professionnels de santé.





*Docteur Bruno MESLET*  
*Conseiller Régional de Coopération Santé*  
*Zone Océan Indien : Comores, Madagascar, Maurice, Seychelles, La Réunion*  
*Ambassade de France Antananarivo*  
 Responsable pour les pays de la zone OI du suivi de la mise en œuvre de la stratégie française d'aide au développement dans le secteur de la santé publique, de l'enseignement supérieur et de la recherche médicale.



La tenue à Madagascar, du 2 au 5 novembre 2011, du premier séminaire de chirurgie gynécologique, organisé avec l'appui pédagogique de l'«Université Médicale Virtuelle Francophone» (UMVF) et du FSP Mère-enfant constitue un événement important pour Madagascar à plus d'un titre.

- Tout d'abord pour le thème retenu qui s'inscrit dans les priorités de santé de Madagascar : la mortalité maternelle reste très élevée à Madagascar et n'a pas évolué depuis plus de 20 ans. C'est sans conteste la priorité n°1 du système de santé et un défi majeur pour Madagascar. L'amélioration de l'offre de soins, en développant les compétences chirurgicales sur la reconstruction périnéale et pelviennes, répond à un problème de santé majeur et contribuera à améliorer la santé maternelle.

- Ensuite, sur l'innovation pédagogique et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de communication dans la formation médicale : le développement de nouveaux outils pédagogiques et les nouveaux modes de formation proposés par le FSP mère enfant et l'UMVF, sont des atouts complémentaires mis à disposition du corps

fessoral formé dans le cadre du projet ASPIC (150 chefs de clinique et une quarantaine de professeurs agrégés).

- Enfin cette formation souligne la cohérence et la synergie des interventions de la coopération française dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant à Madagascar :
  - o Mise en place d'une filière complète de formation de médecins spécialistes en collaboration avec l'université de Bordeaux dans le cadre du projet ASPIC
  - o Réhabilitation des plateaux techniques du groupe hospitalier du CHU de Tana (services techniques de la maternité de Béfêlatanana ; services de soins intensifs de pédiatrie de l'hôpital Befelatanana et de Tsaralalana) pour assurer une

pratique médicale et un enseignement au lit du malade dans les meilleures conditions ;

- o Instauration d'échanges réguliers dans la cadre d'une convention entre le CHU de Tananarive et le CHR de La Réunion, qui assurent une continuité dans le renforcement des bonnes pratiques médicales au sein de ces services spécialisés.

L'initiative d'associer à cette formation, un temps spécifique, sous forme de conférence débat, avec un anthropologue de la santé a été d'une grande richesse. Le repositionnement de la dimension humaine de la santé devrait devenir un incontournable dans toutes les formations médicales.





## SYSTEMATISATION DES PRATIQUES, RESTITUTION ET REFLEXIVITE

Une démarche de relecture du dispositif et de l'enseignement aide, à la fin de cette formation, à vérifier le bon fonctionnement et l'efficacité de la formation, à penser les ajustements pour le rendre plus performant si nécessaire en vue d'assurer les niveaux de reproductivité des DIUI dans les pays de la zone prioritaire du FSP mère-enfant.



## ENTRETIEN AVEC LE DR MICHEL COSSON (CHRU LILLE) ET DR OLIVIER GARBIN (CMCO SCHILTIGHEIM)

*Comment s'est déroulé le séminaire ?*

Le séminaire s'est déroulé dans de bonnes conditions générales au sein de la maternité. Le programme a été respecté ainsi que les horaires. La logistique a été efficace (repas, pause, transfert...). L'organisation du cours parfaite (attestation de présence, évaluation, remise des attestations de formations, participation des autorités locales...). Toutes les interventions réalisées ainsi que l'ensemble des enseignements et des discussions ont pu être enregistrées. La mise à disposition du matériel pédagogique (manuel de chirurgie, vidéos opératoires, cours en ligne) a été plébiscitée.

*Et les retranscriptions opératoires ?*

Deux demi journées ont été consacrées aux opérations chirurgicales avec deux patientes par matinée : un kyste de l'ovaire par cœlioscopie, une néosalpingostomie, une cure de prolapsus par voie vaginale et une hystérectomie vaginale. Ces chirurgies se sont déroulées avec des suites

opératoires simples. Les patientes avaient bien été sélectionnées, l'organisation au bloc était correcte, il y a eu une bonne collaboration entre les anesthésistes et l'ensemble du personnel. Les conditions de retransmission très satisfaisantes d'autant plus qu'il s'agissait d'une première : La Société Storz ayant mis à disposition l'ensemble du matériel coelioscopique.

*Y-a-t-il eu beaucoup de participants ?*

La participation était nombreuse, avec pour moitié des chirurgiens installés venant de tous le pays, pour l'autre des jeunes spécialistes en formation. La participation des enseignants de Madagascar, Antananarivo et Majunga a été effective pour certains cours et la modération des séances. L'assistance était motivée, régulière, et intéressée avec nombreuses questions techniques. La collaboration d'un enseignant de la sous-région (la Réunion) où de nombreux participants ont effectué des stages a été particulièrement appréciée.

*Quelles sont les perspectives ?*

Plusieurs participants ont indiqué que les techniques enseignées pouvaient être utilisées et qu'ils souhaiteraient que des enseignements par compagnonnage puissent être dispensés à l'avenir. Des contacts cordiaux ont été noués avec les enseignants et les responsables universitaires et présagent d'une collaboration future pour le projet mère-enfant comme pour la poursuite de cet enseignement. Nous recommanderions que le chemin d'accès à la base des enseignements soit plus médiatisé et que l'ensemble des participants se voit adresser un lien vers cette dernière. Il serait par ailleurs souhaitable que la bibliothèque de vidéo opératoires soient mise également en ligne. Nous recommandons que le schéma de formation retenu soit reconduit pour les autres formations chirurgicales : deux demi journées de retransmission opératoires, 4 enseignants présents tout au long de la formation.







## CE QU'EN PENSENT DR HERY NIRINA RAKOTO RATSIMBA ET DR RAKOTOVAO ANDRIANAMPANALINARIVO HERY.

© Loïc Quentin



La prise en charge chirurgicale des affections gynécologiques, bénignes ou malignes, reste relativement difficile dans les pays en développement comme Madagascar. Les problèmes sont de plusieurs ordres :

- Pour les malades issues de localités enclavées, difficultés d'accessibilité aux hôpitaux qui disposent d'un plateau technique adéquat (bloc opératoire, laboratoires d'analyse, imagerie médicale) et de personnels qualifiés (chirurgiens, gynécologues, anesthésistes réanimateurs, biologistes, anatomo-pathologistes, radiologues, oncologistes).

- La pauvreté. En effet, à part quelques personnes privilégiées qui disposent d'une prise en charge par l'état ou d'une assurance maladie privée (fonctionnaires, cadres de grandes entreprises privées), la grande majorité de la population n'a aucune couverture sociale. Si l'acte chirurgical en lui-même est gratuit dans les hôpitaux publics, les médicaments, les consommables médicaux et chirurgicaux, les bilans biologiques, radiologiques et anatomo-pathologiques dont les coûts sont élevés, sont totalement à la charge du malade ou de sa famille.



- Le bas niveau d'instruction et culturel de l'ensemble de la population dont un grand nombre continue à être figé dans des croyances d'un autre âge en cas de maladie (fatalité, mauvais sort, colère divine). Ainsi, les malades vont d'abord chez le guérisseur, le sorcier ou le pasteur de la localité pour chasser le mauvais sort ou le mauvais esprit diabolique qui serait à l'origine de la maladie. Ces pratiques, bien entendu totalement inefficaces, entraînent des retards diagnostiques considérables de telle sorte que parfois, ces malheureux viennent à l'hôpital pour y mourir. Sur le plan obstétrical, la problématique des fistules est similaire. La grossesse et tout ce qui l'entoure restent encore mal cadrés, à l'origine d'accouchements dystociques gérées de manière inappropriée par des matrones.

Quand ces parturientes arrivent à l'hôpital, l'enfant est mort in utero et une fistule obstétricale apparaît dans les jours qui suivent.

- L'insuffisance de la formation, tant initiale que continue, des chirurgiens et des gynécologues quant aux techniques chirurgicales simples permettant à la fois de diminuer le coût des interventions chirurgicales, de limiter à un ou deux jours le séjour hospitalier, et de réduire le taux de morbidité et de mortalité. C'est essentiellement à ce niveau que le programme FSP mère enfant agit. L'organisation de séminaire de formation sur la chirurgie gynécologique, notamment portant sur les techniques chirurgicales par voie basse et la coelio chirurgie, est une initiative digne d'intérêt car elle permet de combler ne serait ce que partiellement les lacunes. Ainsi le séminaire de chirurgie gynécologique niveau 2, reconstruction périnéale et pelvienne et introduction à la chirurgie coelioscopique a été organisé à Antananarivo du 2 au 5 novembre 2011 à Antananarivo.

La délégation française a été conduite par le Professeur Jean-Paul Francke. L'implication des responsables malgaches s'est fait ressentir lors de la cérémonie inaugurale qui a vu la présence du Ministre de la santé





publique avec son Directeur de cabinet, du Directeur de l'enseignement supérieur représentant du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, du Président de l'université d'Antananarivo, du Doyen de la Faculté de Médecine et du Directeur général des CHU.

La première journée comprenant la cérémonie inaugurale s'est déroulée au Centre d'Infectiologie Charles Mérieux (CICM) de la Faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo sise à Ankatso. Les journées suivantes ont eu lieu à l'hôpital universitaire de gynécologie et obstétrique de Befelatanana (HUGOB), faisant partie du CHU d'Antananarivo.

La Faculté de Médecine, en étroite collaboration avec le Ministère de la santé publique, a invité tous les chirurgiens et gynécologues exerçant aux quatre coins de l'île. Ainsi, une cinquantaine de participants ont répondu à l'appel.

L'enseignement a été prodigué par un groupe d'enseignants français dirigé par le Professeur Michel Cosson de Lille. Des cours théoriques illustrés d'images et de films ont été présentés aux apprenants malgaches, portant essentiellement sur la prise en charge par voie basse des fistules obstétricales, des prolapsus génitaux et de l'incontinence urinaire. L'hystérectomie par voie basse a également été bien détaillée. De même, les grands principes de la voie d'abord coelioscopique ont été traités et des techniques simples ont été détaillées pour la prise en charge d'affections courantes en gynécologie.

Ces cours ont été accompagnés de deux demi-journées de démonstrations opératoires avec notamment une hystérectomie par voie basse, une cure d'hystérocèle et de cystocèle avec incontinence urinaire

toujours par voie basse, une ablation de kyste ovarien sous coelioscopie et un bilan de stérilité avec plastie tubaire sous coelioscopie. Ces interventions chirurgicales ont été retransmises en direct dans la salle de cours à l'aide d'un circuit vidéo fermé.

Les techniques par voie basse sont simples et ne demande pas de plateau technique particulier. Elles peuvent rendre de grands services car, à part la facilité de la technique, les suites opératoires sont habituellement rapides et simples avec peu de morbidité. Les patientes peuvent normalement sortir le lendemain de l'intervention. Leur coût s'en trouve de ce fait réduit.

Pour la coelioscopie, les hôpitaux publics ne disposent pas encore de cet outil moderne. La collaboration de la Faculté de Médecine d'Antananarivo avec les Laboratoire Chem-Tech, représentant Karl Storz à Madagascar, a permis de réaliser les démonstrations opératoires portant sur la coelioscopie. En effet, ce laboratoire a gracieusement prêté une colonne complète avec l'instrumentation pour les besoins du séminaire. Si une colonne de coelioscopie a un coût certain, le bénéfice pour le patient est bien réel. En effet, la coelioscopie est d'abord diagnostique en particulier si l'accès aux examens d'imagerie est difficile. L'abord mini invasif qu'elle apporte permet de faire un bilan des lésions et d'en faire éventuellement un prélèvement

biopsique. Elle est également thérapeutique et n'occasionne qu'un délabrement pariétal négligeable tout en permettant une vision magnifiée. Comme pour la voie basse, la douleur, l'infection et d'une façon générale les morbidités postopératoires sont moindres par rapport à la chirurgie par laparotomie. Ainsi, le coût pour la patiente se trouve également réduit. Ce genre de séminaire, en plus de son côté didactique, du fait de sa visibilité, peut attirer l'attention des décideurs politiques afin qu'ils puissent être convaincus des services que ce genre de matériel peut apporter à la population et décider d'en équiper quelques blocs opératoires du secteur public.

Les apprenants étaient intéressés et motivés car l'approche pédagogique était innovante et très axée sur des points pratiques, tout de suite applicables sur le terrain. Les initiatives de ce genre sont à vulgariser dans les pays où le besoin s'en ressent. Elles permettent à terme de véritablement améliorer la prise en charge chirurgicale des pathologies gynécologiques pour que l'atteinte de l'objectif 5 du millénaire ne soit pas un vain mot.

Les responsables des diverses entités malgaches concernées sont satisfaits de ce séminaire et ont émis le souhait que Madagascar puisse bénéficier du séminaire de chirurgie gynécologique cancérologique pour 2012.





## Le calendrier du programme du FSP Mère-Enfant pour Madagascar :

- Juin 2010  
**Mission et conférence sur le numérique et la formation médicale**, mise en place des ressources de l'Université Médicale Virtuelle Francophone sur le serveur de l'Enseignement supérieur et visioconférence avec Tamatave
- Octobre 2010  
**Séminaire de formation de formateurs au numérique** en juin 2011 et suivi à distance pour obtenir le **Czi –Certificat Informatique et Internet-** de niveau 1
- 3 au 6 novembre 2011  
**Séminaire de Chirurgie gynécologique** de niveau 2 sur la **reconstruction pelvienne et périnéale**, et initiation à la **coelioscopie**
- 14 au 18 novembre 2011  
**Séminaire complémentaire, évaluation et certification Czi** à Antananarivo suivi d'un **séminaire d'Initiation au numérique** à la Faculté de Médecine de Mahajanga

## Perspectives et Calendrier prévisionnel :

- **Mise en place du module d'échographie obstétricale** dans le cadre du **DU d'Echographie générale** et partenariat avec le **GRF – Groupement des radiologues d'Expression française**.
- Participation au **DU de Périnatalité**
- Avril 2012  
**Séminaire de Chirurgie gynécologique niveau 2** en oncologie pelvienne et mammaire



Pr Marie CAULI, UNF3S, responsable éditorial  
[mariecauli@gmail.com](mailto:mariecauli@gmail.com)

Composition : Mohamed CISSOKO, UNF3S

Photos : Jean-Pierre DELATTRE, UNF3S

Contact administratif : Fabienne COCHARD, UNF3S  
[fabienne.cochard@univ-lille2.fr](mailto:fabienne.cochard@univ-lille2.fr)