

SÉMINAIRE DE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

DIUI niveau 2

Reconstitution périnéale et pelvienne et Introduction à la Chirurgie coelioscopique

COTONOU (BÉNIN) - 13 AU 16 DÉCEMBRE 2010

Faculté de Médecine des Sciences de la Santé - Université Abomey-Calavi

Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune



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

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 Étrangères et Européennes (MAEE) ont établi en avril 2008 un partenariat Nord-Sud et Sud-Sud pour la formation des professionnels de santé (médecins 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 »

VERS LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

Etat des lieux

Vingt ans après la conférence mondiale de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque. Les rapports d'activités consacrés à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et infantile dans ce pays convergent : malgré des frémissements perceptibles en Afrique du nord et en Asie du Sud-Est, les résultats des politiques menées en Afrique subsaharienne sont inférieurs à ceux espérés et l'accès à la santé de la mère et de l'enfant est loin d'être une réalité.

On peut mourir de peu

Les causes de mortalité et des pathologies sont certes multiples, mais aujourd'hui bien identifiées : elles ressortent notamment de la qualité insuffisante des soins prodigués aux femmes et de l'absence de stratégies dans le traitement des complications obstétricales. Ainsi, l'amélioration des pratiques et du fonctionnement des services de soins permettrait d'éviter un grand nombre de décès liés aux accouchements en prenant compte à cette fin les principaux paramètres suivants :



- 1 *Contrer 3 retards avérés : retard dans la décision de demander des soins, retard de l'arrivée dans l'établissement de soins, retards dans la fourniture des soins appropriés ;*
- 2 *Optimiser les pratiques : lutte contre les ruptures ou interruptions de soins, pour le suivi des protocoles, pérennisation des normes professionnelles, organisation et coordination, etc. ;*
- 3 *Améliorer les facteurs humains (relations, prévision et anticipation même dans un contexte de pénurie de ressources) ;*
- 4 *Placer au cœur de l'acte de soins la relation médecin-patient dans toute la dimension éducative et préventive (qualité de l'accueil indépendamment du statut social, des relations d'amitiés, de voisinage, de parenté, parler aux malades des complications, des risques, l'accompagnement, etc.) ;*
- 5 *Développer conjointement des stratégies plus larges de développement des services en termes de sensibilisation et de ressources (l'efficacité des formations dépend de l'amélioration des plateaux techniques et/ou des conditions matérielles et humaines).*

LE PROGRAMME FSP MERE-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 de la mère et de l'enfant. A travers son offre de formation de formateurs, 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. Par un choix ciblé des bénéficiaires de la formation, il vise à pérenniser les programmes de formation, les personnes formées étant destinées à être les relais et les acteurs de démultiplication des formations.



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 formations de formateurs faisant appel à des contenus numériques disponibles sur le portail Mère-Enfant www.mere-enfant.org, 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

enseignant d'un pays du Sud et d'un enseignant d'une Université française qui en sont les responsables scientifiques, chaque Université désignant un coordonnateur 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 pourront acquérir le C2i (Certification informatique et internet). Dans une première phase les contenus pédagogiques des formations et DIUI suivants ont été mis en place en Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Asie du Sud Est. D'autres sont en cours, imminents (*1er trimestre 2011) ou pressentis**, d'autres en voie d'élaboration :

C2i Maroc, Tunisie, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Gabon, Bénin*

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE (Maroc ; Tunisie, Vietnam, Sénégal, Gabon Mali*, Burkina Faso**)

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

niveau 1: 17 pays du FSP

niveau 2: CHIRURGIE Gynécologique périnéale et vaginale (Niger, Bénin, Congo)

CHIRURGIE Cancérologique pelvienne et mammaire (Sénégal*, Gabon**)

CHIRURGIE Coelioscopie (Sénégal*, Cameroun*, Côte d'Ivoire**)

VACCINOLOGIE (Burkina Faso)

IMF infectiologie materno-fœtale (Sénégal*, Mali*, Burkina Faso**, Niger**, Côte d'Ivoire**)

MTO Mécanique et Techniques Obstétricales (Sénégal*)

PÉRINATOLOGIE (Sénégal*, Côte d'Ivoire*)

URGENCES PÉDIATRIQUES (Sénégal*, Congo*, Cameroun**)

FORMATIONS SPÉCIFIQUES destinées aux autres professionnels de santé (Sages-Femmes, Infirmiers, **...)



L'objectif du FSP mère-enfant est de permettre aux universités locales de diplômer 5000 à 7000 professionnels de la santé d'au moins l'un de ces DIUI au terme des quatre années du programme. L'ensemble des programmes et des contenus seront disponibles sur le site de l'UMVF.

ADAPTER LES CONTENUS DES DIPLOMES UNIVERSITAIRES

S'il n'est pas possible d'agir sur toutes les causes complexes et multidimensionnelles (déterminations socio-économiques, dont beaucoup sont étrangères à la pratique médicale et à la formation), il est en revanche possible de tirer les conclusions de ces faits sur un plan pédagogique et d'adapter les contenus des diplômes universitaires 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.

FAIRE EXISTER MÉDICALEMENT ET SOCIALEMENT LES PATHOLOGIES

Par ailleurs, 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 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.

LES SCIENCES HUMAINES SUR SITE

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 à une délivrance de soins adaptés au patient.

A ce titre, dans le cadre du DIUI de chirurgie gynécologique, un enseignement de sciences humaines s'ajoute aux formations médicales portant sur les effets sociaux des pathologies.



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

Le DIUI de chirurgie gynécologique traite 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).

Organisation générale des DIUI :

Comme pour tous les DIUI, la formation de chirurgie gynécologique comporte deux niveaux :

- **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.

BIBLIOTHÈQUE DE PREMIER NIVEAU :



MODULE 1 : ENVIRONNEMENT CHIRURGICAL

MODULE 2 : PATHOLOGIES ANNEXIELLES

MODULE 3 : HYSTERECTOMIES-MYOMECTOMIES

MODULE 4 : FISTULES VESICO-VAGINALES

MODULE 5 : INCONTINENCE URINAIRE

MODULE 6 : CHIRURGIE DE RECONSTRUCTION PERINEALE ET PELVIENNE

MODULE 7 : PROLAPSUS GENITAUX

MODULE 8 : CANCEROLOGIE : CANCERS GYNECOLOGIQUES PELVIS ET SEIN

- **Second niveau** il s'agit d'une formation supérieure complémentaire et spécialisée dans laquelle est intégré un module de chirurgie gynécologique et où s'associent cours en présentiel, et démonstrations opératoires complétées éventuellement par des stages et un mémoire.

INNOVATIONS PÉDAGOGIQUES ET MODES D'ÉVALUATION

Outre les modalités d'évaluation classiques, comme la présence et un stage notamment, seront élaborés à titre expérimental des protocoles opérationnels visant à évaluer les conditions d'optimisation du potentiel, d'amélioration des soins, de professionnalisation des pratiques, de l'éducation et de la prévention, dans le souci de les adapter les modalités d'évaluation aux objectifs de la formation et de ses orientations générales de lutte contre la mortalité maternelle et infantile

CRITERES DE BONNES PRATIQUES : à titre d'exemples

En direction du médecin et/ou de l'équipe :

Elaboration et validation par évaluation d'un protocole opératoire rationalisant la gestion du bloc opératoire, prenant en compte la qualité des pratiques et des logiques de substitution dans un contexte de pénurie afin de lutter contre les ruptures ou les interruptions de soins.

En direction du patient

Promouvoir l'éducation sanitaire et la transmission d'informations médicales et conseils adaptés et accessibles.



Les méthodes pédagogiques et les modes d'évaluation insistent sur la relation médecin-patient.

- *Production d'un cadre d'information préopératoire*: dont le contenu est destiné à rappeler aux patientes et à leur famille les facteurs de risques, les indications opératoires, les signes avant-coureurs d'une complication, etc.
- *Production d'un cadre d'information postopératoire*: dont le contenu est destiné à être transmis aux patientes et à leur entourage ; y figureront les messages pratiques essentiels pour prévoir les suites de l'accouchement et/ou de l'opération, les dépenses nécessaires à envisager, la reconnaissance des signes et symptômes des complications

SYSTEMATISATION DES PRATIQUES, RESTITUTION ET REFLEXIVITE

Une démarche de relecture du dispositif et de l'enseignement devait aider, 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.



Pour en savoir plus :

République du Bénin, Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé Familiale, Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, OMS, USAID, UNFPA, UNICEF, The ACQUIRE project. , mars 2006.

Evaluation rapide du système de santé du Bénin, , USAID, MSH(Management Sciences for health, MEASURE Evaluation, Quality Assurance Project. Avril 2006

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, République du Benin, Ministère de la Santé, avec la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, USAID, révisé en 2005.

Symposium de réflexion et d'échanges sur le dialogue entre chercheurs et décideurs pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, rapport final, Cotonou, 2007.

Rapport sur le développement humain, la vraie richesse des nations, le chemin du développement humain, PNUD, 2010.

Jaffre Y, Olivier de Sardan JP (eds) : Une médecine inhospitalière: Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 2003.

État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal) sous la direction de Giorgio Blundo et Jean-Pierre Olivier de Sardan, 2007.

Projet FSP Formations internationales francophones par Internet Santé Mère-Enfant, rapport de présentation (mai 2007). <http://www.unf3s.org>

UMVF : Faculté de Médecine-Pôle formation 59045 Lille Cedex

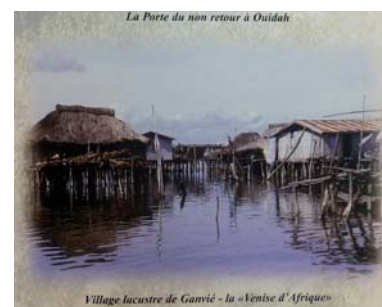
tel :+33 (0) 3 20 62 77 50 télécopieur :+33 (0)3 20 62 77 55

Rédacteur : **Pr Marie Cauli**, UNF3S, UMVF ; mariecauli@gmail.com.



Canevas de suivi(s) et d'évaluation(s) internes

Enfin dans une perspective plus large, une trame d'un canevas d'évaluation(s) et de suivis internes a été élaborée. Ce canevas devrait permettre de lire les grandes lignes du dispositif du programme mère-enfant au fur et à mesure de son avancée, de repérer en cours d'exécution les obstacles à la réalisation du programme et d'orienter ou ajuster certaines actions de formation si nécessaire. Cette trame, esquissée à grand traits et nécessairement flexible, privilégie les données qualitatives et à vocation à être précisée et affinée à travers les bilans partiels. C'est un outil de travail qui attire l'attention d'emblée sur l'ensemble des conditions de la mise en œuvre du programme et qui l'accompagne dans son déroulement.



1 Dans le cadre de l'UMVF :

- Le plan de formations numériques et médicales et réduction de la fracture numérique sanitaire
- Les conditions de mise en œuvre, de déroulement, et de planification du programme : inscription dans la politique sanitaire et universitaire du pays concerné, pourcentage de cours faits par le nord et par le sud ; gain de temps et réduction de la mobilité des apprenants ; champs couverts par les formations, dialectique nord-sud, sud-nord, sud-sud, etc.
- La faisabilité et les conditions matérielles de la formation : équipement et fonctionnalités des services (équipements en informatique et technique, thérapeutique et didactique, accès au bloc opératoire, choix des patients, disponibilité du sang et des médicaments, etc.)

2 Du point de vue des formations médicales

- réduction de la mobilité des professionnels, maximisation du temps de soin et d'enseignement, travail avec la télémédecine, attractivité des facultés de médecine, formation au numérique et aux TICE
- au niveau quantitatif : nombre d'inscrits, niveaux de départ, statuts, nombre d'heures, sessions en France/étranger, secteurs urbains ou ruraux, critères de sélection et choix explicités (choisis, sollicités, mission et garantie de répercussion (non évaporation des formations avec ceux qui les ont reçus)
- au niveau qualitatif : valeur des enseignements par rapport aux disparités techniques, économiques et matérielles, capacité à former des gens sur place ; qualifications, compétences, diplômes et/ou co-diplomation
- schéma de satisfaction des personnes formées niveau d'acquisition des compétences ; amélioration des performances et des soins ; formation adaptée aux besoins du terrain ; supports, méthodes pédagogiques, etc.
- évaluation des étudiants et bilan des acquisitions en vue des diplômes niveau 1, niveau 2, rapports de stage, examen, écrit, oral, présence, etc.

3 Résultats médicaux attendus et efficience

- amélioration des performances, de l'offre sanitaire ; amélioration de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement (nombre de femmes opérées, action sur les zones déficitaires) ; participation à l'éradication de la fistule obstétricale, réduction des évacuations, avancées autour de la santé de l'enfant et/ou du pré-adolescent, etc.

4 En direction des patients

- qualité des soins ; prévention ; pédagogie ; reconnaissance des signes du danger lors des accouchements ; approche anthropologique intégrée, etc.



LE BENIN

La république du Bénin est un pays de l'Afrique occidentale situé dans le golfe de Guinée. Il est limité au nord par le Niger au nord ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan atlantique. La capitale politique Porto Novo est située en bordure de l'océan atlantique près de la plus grande ville Cotonou qui est la capitale économique. En attendant la réactualisation du dernier recensement de 2010, La population est estimée à près de 8,9 millions d'habitants. La croissance démographique reste élevée, le taux de fécondité s'établit en moyenne à 5,4 enfants. L'espérance de vie reste à un niveau assez bas de 59,1 pour l'ensemble de la population et 45% ont moins de 15 ans. Le Bénin témoigne d'une grande diversité culturelle avec ses très nombreuses ethnies et groupes linguistiques qui se côtoient. Les langues les plus parlées sont le fon, le yorouba, le mina, mais aussi le dendi et le bariba dans le nord du pays. L'appartenance religieuse est fondée sur les trois grandes religions monothéistes, catholiques, protestantes et musulmanes mais aussi sur un socle persistant de croyances traditionnelles et ancestrales favorisant le syncrétisme. Le Bénin est le berceau du vodoun. L'histoire politique récente a été marquée par la dimension tripartite

du pouvoir instaurée après les années 60 et jusqu'en 1972, puis par l'avènement d'une révolution marxiste léniniste jusqu'en 1989, date à laquelle une conférence nationale rassemblant toutes les forces vives du Bénin ont fait émergé un régime présidentiel et la démocratie. Depuis ce tournant, deux mandats ont été effectués par le président Mathieu KÉRÉKOU, puis Nécéphore SOGLO et depuis 2006 par le président Yayi BONI, actuellement au pouvoir et dont le mandat s'achève en mars 2011. Classé parmi les pays en voie de développement, le niveau de revenu du Bénin est faible, sa main d'œuvre travaille principalement dans le secteur informel, (vente de produits frontaliers : essence « kpayo » médicaments, etc.). 1,5 millions d'habitants vivent au-dessous du seuil de la pauvreté (soit 20% de la population). Le taux d'alphabétisation à la campagne reste élevé contrastant avec l'image du Bénin longtemps évoqué comme le « quartier latin de l'Afrique » et ayant fourni de nombreux cadres et des élites. L'économie du Bénin est basée principalement sur l'agriculture et la production de coton, les céréales, les cultures maraichères et fruitières dont l'ananas et la noix de cajou. Parallèlement, son économie s'est développée autour des services dont les grandes banques qui gèrent les activités de la sous région et les activités portuaires qui sont les plus importantes de l'Afrique de l'ouest.



Le marché Dantokpa est le plus grand marché d'Afrique de l'ouest.



En ce qui concerne la situation de la mortalité maternelle et infantile, le rapport du PNUD de 2010 indique des améliorations notables. Mais trop de femmes meurent encore chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites. Le paludisme comme dans de nombreux pays d'Afrique reste la première cause de mortalité, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Malgré des progrès au plan national, le Bénin doit faire face à la prévalence de maladies infectieuses (paludisme, diarrhée, IRA, infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques et parasitaires) suivi par des problèmes de nutrition mais aussi des maladies chroniques ou non transmissibles comme le cancer enfin par des blessures liées aux accidents de la route. Comme dans tous les pays d'Afrique, Le virus du sida est aussi un autre motif de préoccupation avec une progression dans certaines régions frontalières caractérisées par de forts mouvements de circulation et malgré de grandes campagnes en faveur des préservatifs. Outre les disparités nord-sud, urbain rural, Il apparaît que les principaux facteurs de décès maternels et néonataux sont liés au manque de moyens et ses retombées sur l'efficacité des personnels et de qualité des soins mais aussi sur les patients vulnérables pour qui la moindre

contribution financière freine l'accès aux soins. Pourtant, le gouvernement accorde une place prépondérante à la santé. La conception du système



de prestations, la réorganisation des zones sanitaires favorise une bonne couverture en infrastructures (86 % de la population vit dans un rayon de 5 km autour d'une structure sanitaire). Un mécanisme d'identification des indigents a été mis en place afin de subventionner leurs dépenses de santé. Cette démarche constitue une avancée pour favoriser l'accès aux services de santé des populations rurales pauvres et combattre la désaffectation des services sanitaires mais elle est contrebalancée par son opérationnalité relative. Par ailleurs, l'existence de normes et de

protocoles, la diffusion des services prioritaires, les efforts pour créer une continuité des soins, un programme et des stratégies autour de la santé familiale et de la reproduction, des interventions d'assurance qualité ayant fait preuve de leur efficacité ainsi qu'un secteur privé dynamique et diversifié tempèrent aussi le diagnostic de morosité sanitaire. En conclusion, malgré des avancées significatives, il apparaît que les menaces qui planent sur la mère et l'enfant doivent être abordées sous l'angle des moyens. Mais elles relèvent simultanément d'une application faible des dispositifs réglementaires, de la supervision ainsi que du manque de mesures incitatives planifiées à l'égard des professionnels de santé qui s'imposent parallèlement comme des éléments majeurs d'amélioration de la santé pour l'avenir.

