

INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE ET FORMATIONS FSP

LIBREVILLE (GABON) 16-19 AVRIL 2011

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE LIBREVILLE
XVIIIème Journées Universitaires Francophones de Pédagogie des Sciences de
la santé.

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

VERS LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE



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 INTERUNIVERSITAIRES INTERNATIONALES DU FSP MERE / ENFANT

Vingt ans après la conférence mondiale de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque, les rapports d'activité consacrés à la mortalité maternelle et infantile 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. Dans ce contexte, le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes a confié à l'UNF3S (Université Numérique Francophone des Sciences de la santé et du sport) un fonds de solidarité prioritaire (FSP) dont la philosophie consiste à la mise en place d'un dispositif de formations universitaires diplômantes sur les pathologies de la mère et de l'enfant, fondé sur l'usage des TIC, porté par le réseau national des facultés de médecine françaises regroupées au sein de l'UMVF, ouvert à tous les pays de la ZSP. La mise en œuvre de ce plan fait appel à des contenus numériques disponibles sur le portail www.mere-enfant.org, une formation numérique adaptée, des enseignements théoriques en présentiel, des enseignements pratiques et/ou des stages. Le choix des formations des personnels de santé orienté dans un premier temps autour des formations en chirurgie gynécologique, MTO (mécanique et techniques obstétricales), vaccinologie a été élargi en 2011 aux programmes de formations d'agents de santé qualifiés intervenant en première ligne, depuis la



conception de l'enfant jusqu'au sevrage maternel.

A travers son offre de formation de formateurs, l'action du FSP vise à compléter l'offre de diplômes universitaires existants dans les pays de la zone prioritaire et à en faciliter l'accès par l'utilisation du numérique. L'objectif du FSP mère/enfant est de permettre aux universités locales de diplômer 5000 à 7000 professionnels de la santé au terme des quatre années du programme. Toutes les formations, précédées par un

accompagnement numérique, seront sanctionnées par des certificats de compétence construits sur un format d'équivalents ECTS susceptibles d'intégrer les cursus nationaux et d'en assurer une reconnaissance

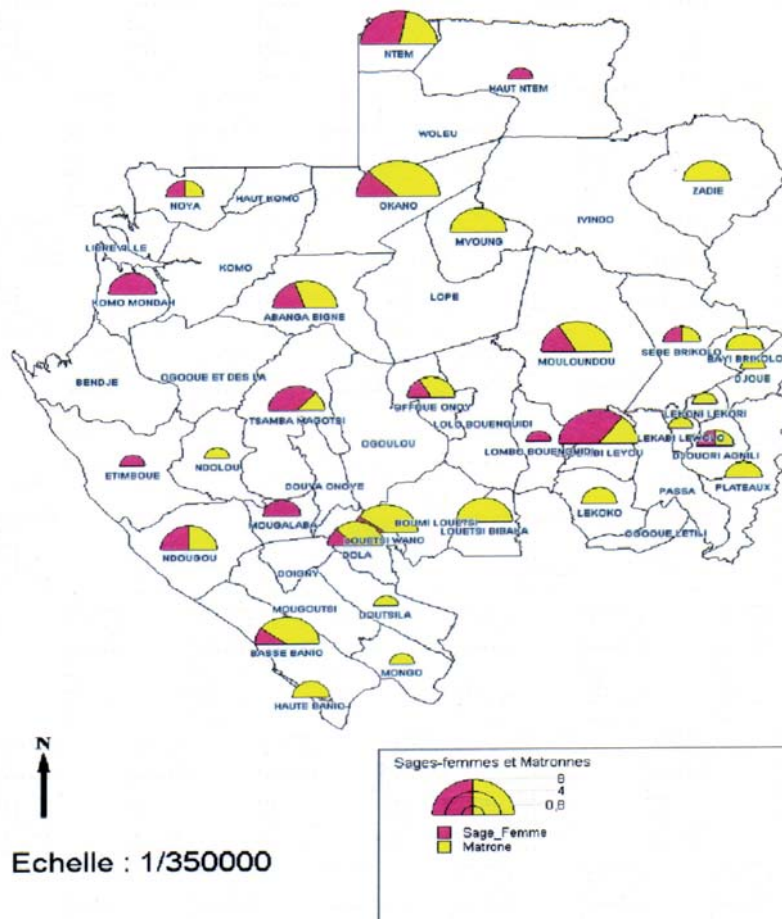
LES PRIORITES DU FSP : LUTTER CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Rappelons que deux tiers des naissances ont encore lieu en dehors des structures sanitaires et, parmi les naissances assistées, les sages-femmes n'en font qu'une faible proportion. Le dilemme est donc le suivant pour la population rurale, c'est-à-dire pour la majorité de la population, recevoir des soins ou ne pas en recevoir. Pourtant, l'accès aux soins obstétricaux est un facteur crucial de la réduction de la mortalité maternelle et infantile incluant la présence d'un hôpital de référent, des moyens de transport disponibles, la nécessité de référence en cas de complications et le soutien d'un personnel de santé équipé et disponible qui dispose de compétences pour le quotidien des accouchements mais aussi pour assurer les soins d'urgence. Dans de nombreux pays, les intervenants de première ligne représentés par une diversité de professionnels de santé sont les principaux fournisseurs de soins. Véritable cheville ouvrière du système de santé de proximité, ils sont sollicités pour répondre à l'urgence et dispenser des soins de premier recours. En contact avec la population, ces intervenants sont souvent appelés à se substituer à d'autres catégories professionnelles absentes dans certaines zones ou à certains échelons des services de santé ou à une polyvalence plus ou moins grande. Pour répondre à une demande permettant de réduire la mortalité maternelle et infantile dans les faits, il faudrait donc former un grand nombre de personnel, ce qui est loin d'être possible. C'est pourquoi, le FSP est amené à rechercher les meilleures combinaisons ou à établir des priorités dans les formations et dans la hiérarchie des enseignements: est-ce les sages-femmes, les infirmiers de communautés, les médecins généralistes ? A quelles tâches doit-on les former, à quel degré de polyvalence ? Comment renforcer l'impact des formations ? C'est pour répondre à ces questions qu'un travail d'enquête approfondi, à la fois d'études de besoins et de capitalisation des expériences ainsi que de rencontres de travail avec nos partenaires (dont celle organisée au congrès de la SAGO à Libreville en novembre 2010 avec les associations des sages-femmes) ont été effectués.



MEDECINS, INFIRMIERS, SAGE-FEMMES, MATRONES

Démographie des acteurs de la santé au Gabon (sages-femmes, matrones)



GABON : Carte sanitaire 2007 : répartition des sages-femmes et des matrones dans les départements

DRSLO (Libreville / Owendo)	342
RDS OUEST (Estuaire)	48
DRS SUD EST (Haut-Ogooué)	38
DRS CENTRE (Moyen-Ogooué)	10
DRS CENTRE SUD (Ngounié)	20
DRS SUD (Nyanga)	18
DRS EST (Ogooué-Ivindo)	6
DRS CENTRE OUEST (Ogooué-Lolo)	17
DRS MARITIME (Ogooué-Maritime)	22
DRS NORD (Woleu-Ntem)	26
Total	547

Répartition des sages-femmes par région sanitaire

ENQUÊTE SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les résultats qui vous sont présentés ici émanent de données de six pays concernés par le FSP Madagascar: Bénin, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Sénégal (données 2009 - 2010).

I Formations sages-femmes.

Le niveau de recrutement:

Le bac est requis ou va être requis dans tous les pays compte tenu du travail d'harmonisation des diplômes en œuvre sur le continent.

Durée et déroulement des enseignements dans les écoles publiques :

- Dans tous les pays les études durent 3 ans
- Excepté à Madagascar et au Mali, il existe un tronc commun avec les études d'infirmières au cours de la première année.
- Les stages pratiques se déroulent à l'hôpital et dans les centres de santé.
- Au cours de la formation initiale, l'informatique est peu utilisée : seuls le Mali, le Burkina Faso et le Sénégal commencent à l'introduire dans les programmes. (Au Mali : 30h en 1ère et 2ème années)
- Les diplômes délivrés sont le plus souvent des diplômes d'état (DE).

Tableau récapitulatif des diplômes de Sage-femme délivrés par les différentes écoles

PAYS	DIPLÔMES DÉLIVRÉS PAR LES ÉCOLES D'ÉTAT	DIPLÔMES DÉLIVRÉS PAR LES ÉCOLES PRIVÉES
Bénin	DE (Sages –femmes diplômées d'Etat) .aligné sur LMD	non
Burkina Faso	DE	non
Congo		non
Côte d'Ivoire	DE	non
Gabon	Diplôme organisé et délivré par l'Université	non
Madagascar	DE	Diplôme de sages-femmes agréé par l'Etat.
Mali	TSS Technicienne supérieure en santé (sages femme d'état) TS : Technicienne en santé : titre infirmière obstétricienne.	Diplôme spécifique où diplôme d'Etat si elles le présentent
Sénégal	DE	DE

Les lieux d'enseignement :

- Les Ecoles d'Etat : Chaque capitale compte une école d'état. Hormis au Bénin ou au Gabon où les filières sages-femmes connaissent des difficultés, il en existe également dans les provinces des différents pays.
- Les Ecoles privées : parmi les pays enquêtés, seuls le Mali, Madagascar et le Sénégal comptent des écoles privées. Au Sénégal un seul et même diplôme est organisé pour toutes les écoles privées comme publiques et c'est le Ministère de la santé qui organise la certification.

Formations continues non diplômantes :

Elles sont multiples mais difficiles à répertorier car le plus souvent, elles ne sont pas délivrées par les écoles, mais se déroulent sur les sites de travail. Au Sénégal, un effort particulier a été fait pour former en Echographie des sages-femmes venues de tout le pays.

Formations complémentaires diplômantes :

Bénin : Echographie, Nutrition, santé publique, anesthésiologie, puériculture, communication, droit d'administration des hôpitaux, soins obstétricaux d'urgence, etc.



Burkina Faso : Après les 3 ans d'école, il est nécessaire d'avoir 5 ans d'expérience de travail avant de bénéficier d'une formation dans une des spécialités nouvellement offertes aux sages-femmes qui, jusque là, n'avaient aucune possibilité d'évolution de carrière :

- Attachés de santé en soins obstétricaux et gynécologiques. 2 ans de formation
- Formation spécialisée en pédiatrie : 2 ans de formation.
- Formation de cadre.

- Détection des risques : SONU
- Soins aux enfants : puériculture

II Formations infirmières.

La place de l'infirmier dans le système sanitaire

Le système sanitaire est généralement composé de CHU ou d'hôpitaux nationaux puis d'hôpitaux régionaux et départementaux ensuite de centres de santé comprenant des postes de santé, des centres de santé, structures les plus périphériques. Les infirmiers diplômés d'Etat exercent dans les hôpitaux du pays mais également dans les centres et postes de santé. Comme la sage-femme en exercice, l'infirmier a une place centrale dans le système sanitaire car, en dehors des capitales, les médecins sont rares. L'infirmier est donc souvent le premier professionnel auquel fera appel la population. Si dans les capitales, le travail de l'infirmier s'effectue souvent en milieu hospitalier, dans le milieu rural il est tout autre, car le poste de santé est une structure délocalisée où il aura à gérer l'état sanitaire d'une population et multiplier des activités à la fois de gestion et des activités opérationnelles parfois assisté de personnel auxiliaire tels les agents de santé communautaires ou les matrones. Si le principal obstacle à sa mission est le manque de moyens (transport, soins, matériel didactique et salaires) la démarche de l'infirmier est cruciale dans le cadre de la santé communautaire et ses interventions auprès de la population font de lui un acteur prioritaire dans le développement. De ce fait la formation de ce personnel est très différente au vu des tâches à accomplir. Une formation polyvalente adaptée à cette pratique spécifique lui permettrait de répondre aux urgences parfois vitales, de déceler des grossesses à risque et de référer, d'effectuer des soins de base à l'aide d'un matériel souvent minimum tout en atteignant un maximum d'efficacité.

Côte d'Ivoire : Infirmières et sages-femmes spécialistes.

Madagascar : Après les 3 ans, il faut passer un concours pour avoir accès à la formation d'infirmier anesthésiste et réanimateur

Les sages-femmes peuvent suivre également l'école des cadres.

Sénégal : Avant existaient des spécialités pour être technicienne supérieure. Actuellement les formations relèvent du système LMD.

- Maîtrise en santé communautaire ; en santé de la reproduction, en sciences infirmières.
- Doctorat en santé communautaire, épidémiologie, Sciences de l'éducation.... Elles se déroulent au Sénégal, ou à l'étranger, Canada, Belgique, Maroc.

Besoins exprimés en termes de formation :

- Concepts de base sur la santé de la reproduction
- Santé publique ; approche globale de la santé.
- Evaluation des pratiques professionnelles.
- Introduction des TICE
- Formation en échographie des enseignantes.
- Planification familiale

1. Niveau de recrutement :

Pour les infirmiers, dans tous les pays où existe un tronc commun, avec les sages-femmes, le niveau de recrutement est le même.

Dans certains pays, il existe d'autres diplômes « intermédiaires » où le BEPC suffit.

2. Les lieux d'enseignement :

Ecoles spécifiques en soins infirmiers ou communes avec celles des sages-femmes.

3. Spécialités :

Les infirmiers ont globalement accès à un déroulement de carrière plus varié que celui de sages-femmes. Des formations diplômantes diverses leur permettent de s'orienter dans différentes voies :

- Echographie, nutrition, santé publique, anesthésiologie, puériculture, communication, droit, administration des hôpitaux, soins obstétricaux.
- Certaines formations diplômantes donnant le titre d'attaché de santé en épidémiologie, aide aux chirurgiens, ORL, anesthésie-réanimation, école des cadres, spécialités en santé publique, en santé de la reproduction, doctorat en santé communautaire, en soins infirmiers, épidémiologie, sciences de l'éducation, santé mentale, radiologie, formation de technicien en appareil orthopédique, de masseur-kinésithérapeute, de technicien de laboratoire.

4. Besoins en formations diplômantes :

Les Formations diplômantes en puériculture sont souvent demandées, la spécialité n'existant pratiquement plus en Afrique. Ce serait pertinent compte tenu du taux de mortalité néonatale.

III Auxiliaires sages-femmes et autres : la délicate question « des matrones »

Il s'agit d'un personnel dont la désignation et le niveau de formation varient d'un pays à l'autre. Dans certains endroits, ce terme est synonyme d'accoucheuses traditionnelles, ailleurs ce sont des personnels de santé dont la formation est équivalente à agent de santé. Ce terme peut également signifier aide sages-femmes.

Sauf quelques exceptions, il n'existe pas de formation spécifique, ni même de référentiel de

formation.

Burkina Faso : Plusieurs niveaux :

- Accoucheuses villageoises : accoucheuses traditionnelles recyclées. Notions d'hygiène.
- Accoucheuses brevetées : niveau certificat d'études
- Accoucheuses auxiliaires : niveau BEPC.

Mali : Formations dans certaines écoles privées. Le niveau d'entrée est le DFE. Le plus souvent, les personnes formées sont de niveau primaire et il n'y a pas de véritables cursus de formation.

Les formations sont réalisées au niveau du CESREF (centre de santé de référence), soit au CESCO (centre de santé communautaire). On note souvent un appui d'ONG localement à la formation in situ, ou la formation par structure privée

IV Conclusion :

Dans de nombreux pays une réforme avec uniformisation des diplômes selon les recommandations de l'OOAS est en cours. Une offre de formations diplômantes pour les sages-femmes est souhaitée pour offrir un réel déroulement de carrière et un accès aux spécialités. Au cours des discussions avec les partenaires dont les directeurs d'écoles et l'OOAS, il a été souvent évoqué la possibilité de créer de nouveaux enseignements qui pourraient être des modules de masters ou des crédits de masters, le diplôme d'état correspondant à un niveau licence. En termes de formations à créer, il est important de noter les demandes en planification familiale, en évaluation des pratiques ainsi qu'une approche en santé publique. Les réformes concernent également les infirmières qui bénéficient déjà de nombreuses offres de formations diplômantes. Une formation en puériculture est envisagée aussi bien pour les infirmières que pour les sages-femmes notamment au Bénin.

En ce qui concerne les matrones, leur formation, quand elle existe, relève du domaine des centres de santé et des ONG. Pour cette catégorie de professionnels, les formations en ligne ne semblent pas adaptées. Toutefois des documents enregistrés dans le cadre du FSP pourraient être utilisés par les sages-femmes ou les médecins responsables des centres de santé et des maternités pour des formations / supervisions susceptibles d'améliorer les pratiques.

Dr. Christine Cabane : Assistante technique MAEE, coordinatrice Sud FSP mère/enfant

FORMATION DES SAGE-FEMMES EN AFRIQUE : ATELIER ORGANISÉ LORS DES XVIII^e JOURNÉES UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES DE PÉDAGOGIE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

« ENJEUX ASSOCIÉS À LA FORMATION DES FORMATEURS ET PÉDAGOGUES SAGES-FEMMES EN AFRIQUE ».

Il a réuni un peu plus de 30 sages-femmes.

Intervenants lors de l'atelier :

- Dr Atf Ghérissi, Maître Assistante Universitaire, Pédagogie des Sciences de la Santé. Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé, Université de Tunis El Manar
- Rachel Ibinga Koula Conseillère ICM (International Confederation of Midwives) pour l'Afrique francophone
- Jemima A. Dennis-Antwi, Conseillère ICM (International Confederation of Midwives) pour la Région Anglophone
- Jeanne Clémence Nkembongani épouse: Moukabi Ph. D. Sciences infirmières
- Pr Marie Cauli, anthropologue, responsable volet sciences humaines et éthique et formations des intervenants de première ligne FSP mère/enfant.

L'objectif de cet atelier, défini par Rachel Ibinga, Conseillère ICM, était à la fois de faire un état des lieux des formations sages-femmes :

- Recrutement des futures étudiantes sages-femmes à un niveau de formation différent
- Absence de standards de formation
- Prolifération anarchique d'écoles sans standards
- Fracture entre formation et terrain.

Et de proposer des solutions

- Elaborer un programme de formation continue et un programme de formation d'enseignantes sages-femmes
- Réviser les curricula sur la base de référentiels de compétences traduits à partir de référentiels de métier (spécifiques aux besoins du pays ou génériques)
- Coordonner les interventions des organismes d'appui technique et financier
- Disposer de Sages-femmes capables de réflexion stratégique, de conception et de direction de la formation des sages-femmes

Les participants ont largement partagé ce constat et les propositions. Ils ont relevé les difficultés, déjà évoquées à Libreville (newsletter novembre 2010 FSP : sages-femmes aux avants-postes ? rencontres de Libreville - Gabon -

congrès de la SAGO et de la FASFACO 19-25 novembre 2010.

- Déficit croissant de candidatures en école de sages-femmes
- Dans certains pays : absence totale de déroulement de carrière, conduisant les sages-femmes à quitter la profession (ex : Gabon)
- Désintérêt des tutelles qui engendre une démotivation des professionnels

Et adhèrent à la proposition d'une nécessaire formation des formateurs sages-femmes.

Il nous apparaît évident que les deux thématiques

- Amélioration de la formation des formateurs
- Reconnaissance des professionnels par leurs autorités ne pourront évoluer indépendamment l'une de l'autre. Nous aurons beau participer à l'amélioration de la formation des formateurs, si les jeunes femmes fuient cette profession, cela aura des effets restreints.

ASFEF et projet FSP (fonds de solidarité prioritaire) :

Selon les Formations envisagées et les orientations en cours

- MTO (mécanique et techniques obstétricales)
- DU d'écho (avec les difficultés liées aux tarifs d'inscription dans certains pays)
- SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence)

Les ressources possibles en cours pour les formatrices :

- Documents sur les MTO : Un certain nombre d'enseignements et d'outils existants de l'UNF3S peuvent être directement et aisément adaptés pour ce programme.
- Documents élaborés par la mutualisation des ressources des sages-femmes enseignantes françaises, en accès libre sur le site UMVF campus maieutique
- DVD qui existent sur les manœuvres et techniques obstétricales et financés par les laboratoires.

Ces ressources utilisées par les sages-femmes du nord peuvent en grande partie être réutilisées par les sages-femmes du Sud. Ce qui apparaît nécessaire, c'est que les sages-femmes enseignantes du Sud, s'approprient les contenus existants en les contextualisant (construction de vidéos par ex) et que les échanges nord-sud oeuvrent à la fois au développement des formations et au combat pour la reconnaissance des professionnels à travers les associations internationales de sages-femmes.

Rapport de Claudine Burban, directrice de l'Ecole de sages-femmes CHU de Nantes, représentante de l'ASFEF.

LES STANDARDS DE FORMATION ET DE RÉGLEMENTATION DES SAGES-FEMMES D'INTERNATIONALE CONFÉDÉRATION OF MIDWIVES (ICM)

L'ICM contribue depuis plus d'une décennie à la promotion des sages-femmes autour de la formation initiale, de la réglementation de la profession, de l'extension de son champ d'intervention pour l'atteinte de l'OMD5. Par la mise en place d'un programme conjoint, l'ICM/UNFPA programme travaille au renforcement des compétences des sages-femmes en s'appuyant sur la triade Education-réglementation-associations de sages-femmes.

Cette perspective découle de l'état actuel de la situation de la profession de sage-femme en Afrique:

- Les forces: plusieurs structures de systèmes de formation des sages-femmes, disponibilité de conseils d'infirmiers et/ou sages-femmes, structures académiques régionales pour la formation d'infirmiers et de sage femme, certains pays ont mis en place une licence et un master (Ethiopie)
- Les faiblesses: défis critiques en termes de réglementation, de standards de formation et de nouvelles politiques, absence de plans de carrière, niveaux de formation variable avec des référentiels de compétences variables, problèmes d'identité professionnelle, base de données non fiable, absence de formation professionnelle continue, absence de code d'éthique, représentation limitée des sages-femmes, problèmes d'attitudes liées à l'absence de leadership.

Des documents standards à l'usage des pays membres et de tous, où sont répertoriées les différentes orientations susceptibles de renforcer la profession de sage-femme sur des bases solides, seront lancés officiellement lors du prochain congrès de ICM à Durban en Afrique du Sud en Juin 2011. Notons que c'est pour la première fois que ce Congrès va se tenir en Afrique depuis que cette organisation existe(1901). Il s'agit des documents sur :

- Compétences et standards de formation des sages-femmes ;
- Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme ;
- Standards sur la formation de base ;
- Lignes directrices de formation ;
- Standards de réglementation ;
- Glossaire des termes utilisés .
- Standards de renforcement des associations de sages-femmes (MACAT).

Tous ces documents sont disponibles sur le site d'ICM : www.internationalmidwives.org en anglais, français, espagnol.





LA SITUATION DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES EN AFRIQUE FRANCOPHONE : DES FAITS SAILLANTS

- la Formation initiale est caractérisée par des modèles différents : critères d'accès et durée variable de 4 ans à 9 mois, une absence de standards de formation des institutions d'enseignement / formation, des contenus d'enseignement hétérogènes, des opportunités et des perspectives d'évolution faibles ou inadéquates.

- Au niveau de l'Enseignement et de l'encadrement : les effectifs comme les compétences et les lieux de formation doivent être renforcés (enseignantes, étudiantes, écoles/ instituts de formation), absence de politique ou de programme de formation d'enseignantes qui laisse souvent la formation de formateurs sous l'égide de programmes nationaux verticaux ponctuels: (exemple du Bénin - Pour l'ouverture prochaine de l'Ecole de sages-femmes qui a été fermée depuis 5 années, les enseignants ont eu une formation de 3 semaines par des pédagogues venus du Sénégal)

- Pourtant des acquis existent: existence d'institutions et expérience relative d'enseignement.

- Quels sont les Défis :

- => harmonisation de curricula par l'OOAS sur un répertoire de compétences formalisées homogènes et reconnues par les différents acteurs impliqués dans la promotion de la profession de sage femme

Quelles sont les Opportunités :

- => LMD,

- => implication du potentiel existant de sages-femmes formées et affectées à l'université,

- => intensification des partenariats avec les institutions universitaires francophones (participation aux journées pédagogiques telles que celles organisées par la CIDMEF à Libreville)

Quelles sont les perspectives en matière de formations et par rapport à l'OMD5 dans le cadre du partenariat avec le FSP mère /enfant ? Dans le cadre de ce partenariat, les formations suivantes peuvent être envisagées :

- Formation à la simulation clinique,
- Actualisation de la dispense de l'enseignement,
- Module de pédagogie sur la docimologie et les outils d'évaluation.
- Mécanique et Techniques Obstétricales.
- SONU
- Méthodes de Dépistage des cancers féminins.

Rachel Ibinga Koula, Sage-femme conseillère régionale pour les pays francophones (ICM, UNFPA, ACCRA)

LA MÉDECINE DE CAMPAGNE AU MALI

En 1989, en réponse aux mesures d'ajustement structurel, qui limitait le recrutement par l'Etat des nouveaux diplômés, la faculté de médecine de Bamako a initié l'installation de médecins de campagne. Depuis lors, cette expérience n'a cessé de se développer en bénéficiant de l'appui de l'ONG Marseillaise Santé Sud. A ce jour, ce sont 120 médecins de campagne qui apportent leurs soins à plus d'1 million d'habitants. Il a cependant fallu attendre 2009 pour qu'elle soit reconnue par l'OMS et janvier 2011 pour qu'un prix d'excellence lui soit accordé au Forum Mondial sur les ressources humaines de Bangkok.

Battant en brèche deux postulats largement partagés, qui laissaient croire d'une part que les médecins africains ne voulaient pas aller travailler en zone rurale, d'autre part que les populations rurales étaient trop pauvres pour permettre à un médecin non fonctionnaire de vivre à leur côté, le Mali a montré qu'une démarche appropriée était à même de séduire chaque année un nombre significatif de jeunes sortants de la faculté de médecine.

Le qualificatif de « médecin de campagne » a été choisi pour désigner un métier à part entière. Il concerne des docteurs en médecine indépendants qui décident d'exercer la médecine générale en dehors des villes. Ils exercent leur pratique selon plusieurs modes. La majorité d'entre eux (3 sur 4) travaille dans un Centre de Santé Communautaire ou CSCOM, structure privée sans but lucratif géré par une association d'usagers (l'association de santé communautaire ou ASACO) et ayant signé une convention de service public avec l'Etat. Lié par un contrat de droit privé avec l'ASACO, ces médecins de campagne participent à la réalisation du service public de santé dans une « aire de santé », qui regroupe une dizaine de villages peuplés d'environ 10 000 habitants. Ils pratiquent la médecine générale à la tête d'une équipe d'agents paramédicaux, dans l'esprit de la médecine de famille et de la médecine communautaire. La minorité restante (1 sur 4) a créé sa propre structure privée à but lucratif, qui peut être un cabinet médical ou une clinique.

Sans minimiser l'importance des infirmiers dans le fonctionnement des formations sanitaires de première ligne, la valeur ajoutée des médecins de campagne est considérable dans un pays comme le Mali. Son apport additif concerne d'abord et avant tout l'amélioration de la qualité des soins : non seulement un médecin a reçu une formation physio-pathogénique, qui lui permet d'aborder de façon d'assurer une prise en charge plus rationnelle des problèmes qu'ils rencontrent, mais de plus ils sont en mesure de diagnostiquer et de traiter (en réseau avec

les structures hospitalières de référence) des affections cosmopolitiques comme le diabète, l'hypertension, la drépanocytose,.. et même le sida, permettant aux malades de rester dans leur village pour y poursuivre leurs activités économiques. Ils peuvent disposer d'un échographe et dans les localités isolées qui le justifient, les médecins de campagne ayant une compétence reconnue en chirurgie de district peuvent réaliser certaines interventions d'urgence comme les césariennes. Il concerne ensuite le renforcement de la gestion du centre de santé et des programmes d'action sanitaire qui sont conduits dans son aire de santé (PEV, IEC, planification familiale, santé de la mère et de l'enfant, lutte contre le sida, la tuberculose,...) Il concerne enfin la collaboration avec les services déconcentrés du Ministère de la Santé et les autres acteurs du développement.

L'expérience acquise montre que, pour aller à l'échelle, le processus d'installation est exigeant et que son succès dépend du respect de mesures précises. 6 d'entr'elles sont essentielles :

- **l'engagement volontaire du médecin**, qui doit avoir choisi librement de venir vivre dans son village d'installation. Le recours à des agents de l'Etat ne permettrait pas d'assurer au même degré la stabilité des médecins en zone rurale.
- **la présence d'un centre de santé** qui offre les conditions minimales requises (bâtiments, équipements, produits pharmaceutiques,...) pour assurer la qualité attendue de soins. Un logement équipé de panneaux solaires et d'un forage est également un préalable aux installations.
- **l'existence d'un mécanisme de contractualisation**, qui conduit l'Etat (avec l'appui de ses partenaires) à compenser les charges liées à la réalisation du service public de santé et à garantir l'équilibre des comptes de l'établissement, dans le respect d'une saine gestion. L'octroi de ces subventions permet notamment l'installation de médecins de campagne dans les zones les plus isolées du pays, y compris dans celles où vivent les populations nomades du grand Sahel.
- **un mode de rémunération lié aux résultats**. Indépendamment des mécanismes d'intéressement que permet la contractualisation. Le partage des tarifs avec l'ASACO est une disposition simple qui répond parfaitement à cette exigence.
- **l'existence d'une structure nationale** capable de procéder à l'évaluation de la qualité et du coût des soins. Elle constitue une des conditions sine qua non d'une

gouvernance reposant sur la gestion axée sur les résultats et notamment sur l'accréditation des structures de santé.

- **le regroupement associatif de médecins** qui s'épaulent, se forment et apportent leur appui aux nouveaux arrivants. L'apport de partenariats confraternels avec des médecins de campagne français mis en place par Santé Sud a permis aux pionniers de la profession au Mali à prendre la hauteur de vue nécessaire pour découvrir les spécificités et les enjeux de leur métier.

Le coût de fonctionnement annuel d'un CSCOM bénéficiant de la présence d'un médecin de campagne (toutes charges comprises) peut être estimé à 60 000 euros par an, soit 6 euros par personne et par an, le total des dépenses de santé du Mali, toutes ressources confondues, étant de l'ordre de 26 euros par personne et par an.

Fort de ses résultats, le Mali peut envisager la médicalisation des 750 CSCOM sur les 1 000 existants au cours des 10 prochaines années.

Grâce à l'expérience acquise au Mali, Santé Sud a porté l'expérience dans d'autres pays tels que Madagascar et le Bénin.

La présence de médecins au premier niveau de recours constitue un atout considérable pour donner aux systèmes de santé des pays d'Afrique Subsaharienne une nouvelle puissance dans la réalisation du service public de santé. Elle constitue un des choix stratégiques essentiels sur le chemin des objectifs du millénaire pour le développement, dont les échéances, il faut l'admettre, y seront reconduites au-delà de 2015.

Hubert Balique Médecin de santé publique, maître de Conférences à la Faculté de Médecine de Marseille, Conseiller Technique au Ministère de la Santé du Mali

CONCENTRER L'OFFRE DE FORMATION, RENFORCER SON IMPACT :

Si toutes les formations sont utiles, le but est de privilégier en priorité celles qui ont vocation à répondre à l'urgence et donc à renforcer l'offre de soins au plus près des populations et notamment les plus vulnérables. Toutefois, compte-tenu de la variété des contextes, le degré de polyvalence ou de compétences des professionnels de santé, la nécessité d'inscrire les formations dans le système local d'accréditation simultanément à la réponse aux besoins, le FSP concentre les formations sur les tâches les plus à même à répondre aux priorités. Parallèlement aux formations de spécialités, il s'agit de faciliter la pratique des intervenants de première ligne en exercice sur le terrain quelque soit leurs corps professionnel dans les réalités d'un contexte urbain, rural, périphérique ou isolé ou de très grande pauvreté, ce qui reste une perspective encore mal maîtrisée et qui dépasse largement la question de la formation. Toutefois en attendant un consensus ou des changements profonds, ces dispositifs qu'il souhaite pérennes sont envisagés autour d'un compromis entre le savoir médical et la pratique quotidienne, d'un processus d'apprentissage collectif et d'un état d'esprit reposant sur le partage des savoirs et couvrant les aspects médicaux, cliniques et sociaux autour de la reproduction, l'accouchement et la périnatalité.



LES MODULES MIXTES : DES JALONS POUR LA PÉRENNISATION

L'organisation de modules mixtes dans plusieurs pays d'Afrique associant obstétriciens et pédiatres mais aussi médecins, sages-femmes et infirmiers émerge de la planification générale de l'offre de formations du FSP et va au-delà de simples enseignements dans la mesure où il permet le rapprochement entre les professions sur les bases de formations communes. Capitalisant les réajustements successifs des autres formations mises en place, cette approche opérationnelle traduit un souhait d'efficacité en posant d'emblée les jalons de l'accélération des pratiques de collaboration, l'implication et de la pérennisation. Elles visent à renforcer les compétences techniques et cliniques mais modifient simultanément la vision de la prise en charge en créant une proximité intégrée et permettant de redonner un sens au travail.

Ces formations complémentaires visant les obstétriciens, pédiatres mais aussi médecins généralistes, sages-femmes et infirmiers élaborées à partir des pratiques professionnelles réelles répondent aux besoins clairement exprimés par nos partenaires en exercice du sud. Soucieuses de circonscrire le paquet de soins essentiels autour de l'obstétrique, de la péri et néonatalogie, des urgences pédiatriques et du SONU, elles visent à construire professionnellement l'urgence dans une double dimension clinique et non clinique et privilégie la participation conjointe de professionnels de santé. Dans

le domaine de la médecine périnatale par exemple, les causes de morbidité et de mortalité sont actuellement bien identifiées. Il s'agit essentiellement des pathologies obstétricales ou médicales responsables de mortalité et les causes directes qui en sont les conséquences: les infections, la prématurité et/ou le faible poids de naissance et l'asphyxie. Face à ce constat, nos collègues du sud ont bien souligné que la mortalité périnatale très élevée dans les pays du sud pourrait être atténuée par des actions simples et bien organisées *« Parmi ces actions, nous pouvons citer la mise en place d'équipements peu onéreux à bon rapport coût-efficacité et le renforcement des capacités des agents de santé quelque soit le niveau de soin. »* C'est dans ce cadre que l'élaboration d'un curriculum de formation en médecine périnatale semble être une réponse concrète aux préoccupations des pays du sud. Le choix d'organiser ce DIU de Médecine périnatale répond au double objectif de mettre en exergue le continuum des soins durant tout le cycle de la vie; la santé maternelle et néonatale étant étroitement liées, mais également de faire une promotion de la collaboration entre obstétriciens et pédiatres, ce, dans le but d'optimiser la prise en charge périnatale dans les structures de santé. » (Rapport de mission Dr. Christine Cabane)



PROGRAMME DE FORMATION : TRADUIRE LES BESOINS EN COMPÉTENCES, ENSEIGNEMENTS, OUTILS, NIVEAUX.

Les objectifs généraux :

Renforcer les compétences techniques et les compétences cliniques

Assurer leur cohérence dans le système de formation spécifique local

Travailler en complémentarité et en transversalité

Outils numériques et ressources :

Favoriser l'appropriation de connaissances, la remise à niveau, le recyclage régulier ou le rappel pour la lutte contre l'usure ou les pratiques routinières, réduire l'écart entre la théorie et la pratique, la réactualisation de programmes, préparation aux formations du FSP ou autres formations

Niveau 1 : documents numériques en ligne sous forme de diaporamas sonorisés sur le site www.mere-enfant.org, accès aux ressources des campus numériques, accompagnement au numérique.

L'attribution de DVD plus souple d'utilisation dans les zones mal desservies sur le plan du numérique pourrait faciliter l'accès aux connaissances, permettant de consulter ou de disposer de programmes théoriques sans être nécessairement obligés de s'inscrire aux DIUI et de suivre des stages peu compatibles avec leur fonction, l'éloignement géographiques des grands centres, leurs activités etc. Un DVD spécifique permettant d'enseigner aux personnels les rudiments d'une échographie leur apprenant à dater une grossesse, d'apprécier entre autres la vitalité du fœtus, d'éventuelles dystocies, pourrait être par exemple un outil de sensibilisation à l'échographie les préparant à une formation plus complète

Mise à disposition d'un certain nombre d'outils et d'enseignements autour des SONU, des soins essentiels autour de l'obstétrique, de la péri et néonatalogie, des urgences pédiatriques existants ou susceptibles d'être adaptés pour les programmes :

Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire, deuxième édition 2010, livrets de l'OMS d'éducation et de prévention. Soins essentiels aux nouveau-nés, Manuel technique de base, USAID, Sénégal, 2005. Soins essentiels aux nouveau-nés, Manuel de référence, USAID, UNICEF, OMS, etc. 2008. Aide mémoire de formation de la matrone PADRHS/JICA, 2005. Protocoles de santé familiale, USAID, JICA, UNICEF, UNFPA, 2009.

Cours du campus maïeutique et IFSI en cours d'élaboration offrant connaissances ou cadre de travail à vocation de contextualisation.

Niveau 2 : formations complémentaires en ligne et/ou en présentiel enrichi, enseignements spécifiques, sous forme de séminaires

PROGRAMMES DE FORMATIONS EN COURS :

1) DIU de Médecine périnatale

Objectifs généraux

- Renforcer les connaissances des praticiens pour l'identification des situations à risque afin de mieux anticiper sur les besoins de prise en charge spécifiques en période néonatale;
- Renforcer les connaissances et compétences des praticiens pour la prise en charge des principales causes de morbidité et de mortalité néonatale;
- Renforcer les capacités des praticiens pour la communication en santé périnatale.

1. Pédiatres;
2. CES de Pédiatrie (2ème année);
- 3 Internes (après 4 semestres);
4. Sages-femmes (après évaluation de niveau);
5. Médecins généralistes qui voudraient s'orienter vers la Médecine périnatale.

2) URGENCES PEDIATRIQUES :

Objectifs généraux :

Enseignement des gestes de réanimation de base nécessaires à la prise en charge des urgences pédiatriques

EPLS : Formation de 2 jours mise en place par l'European Resuscitation Council (ERC) et intitulée European Pediatric Life Support (EPLS), comparable à l'enseignement dispensé sur le continent Nord Américain et intitulé Pediatric Advanced Life Support (PALS). L'EPLS est sanctionnée par un diplôme. Des renseignements sont disponibles sur le site de l'ERC : <https://www.erc.edu/index.php/mainpage/en/>. Cette formation dispensée par l'ERC en anglais est aussi dispensée en français, essentiellement en Belgique et en France, sous le terme de Réanimation Avancée Néonatale et Pédiatrique (RANP). Des informations figurent sur le site suivant : <http://www.bap-asmb.com/>.

L'EPILS (European Pédiatric immediate Life Support) se fait de façon quasi exclusive sous la forme d'ateliers et accueille à chaque fois 24 étudiants (médecins et infirmières/puéricultrices), ce qui nécessite 6 formateurs. Se faisant sur une journée, cette formation est facile à organiser, d'autant qu'elle nécessite peu de matériel. L'objectif est de décentraliser cette formation en espérant que chaque session permette de recruter 12 formateurs, lesquels, après 2 sessions comme formateurs associés, peuvent devenir formateurs certifiés. Le

pas ou très peu au cours de leur grossesse. Cet examen, pourrait aider à la datation de la grossesse et de la croissance fœtale, évaluation du LA, gémellité, position fœtale à terme, localisation placentaire, diagnostic de la MPA et aux diagnostics gynécologiques de base surtout au troisième trimestre de la grossesse et permet au médecin de prévoir une césarienne avant que ne survienne une souffrance fœtale. (Rapport de mission Christine Cabane)

4) QUALITE DES SOINS :

Enfin, face à la demande persistante d'améliorer la qualité des soins, qui évoque deux aspects indissociables : comment les patients sont soignés et comment ils sont reçus, le FSP souhaite contribuer à l'amélioration des normes pratiques souvent en rupture avec normes publiques officielles portées par le système biomédical. En effet une littérature abondante en anthropologie de la santé qui aborde les pratiques quotidiennes des professionnels de santé ont montré de façon récurrente que les prestations reçues ne répondent pas aux attentes des femmes qui évoquent des dysfonctionnements en termes de qualité d'accueil, du manque de secret et de confidentialité, des délais d'attente trop long, des passe-droits, etc. Parallèlement, les études d'impact montrent que la prestation de meilleurs services attire un plus grand nombre de patients et l'amélioration des trajectoires thérapeutiques dans une situation où les mauvaises relations sont des indicateurs fondamentaux en termes de non fréquentation des centres de santé. Enfin les professionnels de santé n'évitent pas ces remarques et notamment les sages-femmes qui réitèrent leur volonté au congrès de la FASFACO à Libreville en novembre 2010 d'œuvrer à améliorer l'accueil, à traiter la question de la responsabilité médicale, l'évaluation des pratiques mais aussi à développer l'éthique (Newsletter n°3 FSP Mère / Enfant «Sages-femmes aux avants-postes ?»). Mais ces éclairages qui ne peuvent être dissociés de l'amélioration des installations sanitaires, et d'une refonte plus large du système (qui implique la fourniture de soins compétents au niveau techniques, efficaces et sûrs et les mécanismes assurant la continuité et le suivi qui dépassent de loin la question de la formation) mettent en relief la grande importance qu'accorde tout patient aux aspects humains des soins.



nombre de formateurs augmente, ainsi, rapidement, ce qui permet de multiplier les formations. Le principe à respecter est que chaque formateur, pour rester certifié, assure au moins 2 formations tous les 3 ans.

3) L'ECHOGRAPHIE :

Tous les étudiants inscrits pensent que le développement de l'échographie peut permettre d'anticiper les difficultés par la détection des anomalies placentaires, la datation des grossesses, et la prévention des dystocies et modifier les attitudes obstétricales. Ils souhaiteraient que les femmes puissent en bénéficier systématiquement aux trois trimestres de la grossesse de façon quasi systématique, ce qui n'est pas le cas (Le plus souvent, c'est une symptomatologie clinique qui conduit le médecin à demander une échographie). Mais cela reste encore un objectif lointain, dans la mesure où il est encore fréquent, surtout en milieu rural, que les femmes ne consultent



Cette relation englobe aussi la prévention et l'éducation à la santé y compris soins et prise en charge post avortement, dépistage, orientation pour les victimes de violence, planification familiale est fondamentale. Tirer les conclusions de ces faits et prendre en considération ces besoins iraient dans le sens de la protection des droits des femmes en termes d'accueil, de soins consentis, de respect de la vie privée et des informations personnelles, informations et conseils. Ils peuvent aider, en requestionnant les routines, beaucoup de patientes à se sentir mieux traitées. C'est pourquoi, même s'il reste beaucoup à faire pour assurer de solides conditions de possibilités, la mise en forme en normes officielles ou en protocoles de directives en matière d'accès aux services, d'attitudes des prestataires, leur rappel systématique peuvent laisser espérer un pas supplémentaire vers les objectifs d'amélioration dans les faits

Liste de quelques indicateurs de qualité des soins

- Amélioration des connaissances sur les populations (populations vulnérables, croyances, et représentations de la maladie, réflexivité sur la notion de qualité perçue par le patient, ses spécificités personnelles, entraves physiques et/ou distance, économiques, sociales et culturelles - crainte de la discrimination, appartenance ethnique - qui déterminent les choix et les itinéraires thérapeutiques en matière de santé reproductive, en vue d'adapter les comportements ou éliminer les idées fausses)
- Renforcement des compétences en termes d'accueil : respect et courtoisie, traitement bienveillant, relations interpersonnelles, horaires et attentes acceptables
- Renforcement des compétences en matière de consultation (secret, confidentialité, intimité, interactions)
- Renforcement des compétences en termes de prévention et d'éducation (informations essentielles et précises, information des patients de leurs droits à obtenir des informations, à poser des questions, à exprimer leurs préoccupations)



nouveau-nés et les infections et l'asphyxie périnatale, le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës, les malnutritions, le VIH Sida pour les plus âgés. C'est pourquoi les enseignants du département des Sciences de la Santé de Cotonou se proposent de renforcer la prise en charge des facteurs qui influent sur le développement de l'enfant à travers les enseignements de puériculture. Ces enseignements regroupent les connaissances et les techniques de soins nécessaires pour assurer le développement de l'enfant (bien portant ou malade) de la naissance à 15 ans. Ils renvoient aux maternités, centres de santé maternelle et infantile, crèches, collèges mais aussi services hospitaliers de néonatalogie et de pédiatrie, dispensaires, etc. et aux personnels correspondants : médecins spécialisés, pédiatres, infirmiers et sages-femmes spécialisés aux soins de l'enfant, agents de puériculture ou aide soignants spécialisés.

C'est pourquoi une formation adaptée utilisant l'enseignement à distance mais aussi en présentiel d'agent de puériculture est envisagée en direction d'infirmière ou de sage femme diplômées d'Etat, et qui sera sanctionnée par un diplôme de spécialisation en puériculture permettant d'œuvrer progressivement aux objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5.

LA FORMATION DU PERSONNEL PARAMÉDICAL RELAIS AU BÉNIN

Dans les pays développés moins de 5 enfants sur 1000 meurent avant l'âge d'1 an, cette proportion est supérieure à 70 pour 1000 dans les pays comme le Bénin qui manque cruellement de ressources humaines. Les médecins spécialisés en pédiatrie sont peu nombreux, de même que les puéricultrices faute de lieux d'enseignement de proximité et de moyens. Pourtant, ils doivent traiter simultanément les faibles poids de naissance pour les

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

Responsable de la rédaction :
Pr Marie Cauli, UNF3S, UMVF
 mariecauli@gmail.com