



Plan Régional de développement de la main d'œuvre pour la Sous-région de la CEDEAO

Par le Professeur Oladosu Ojengbede

Directeur, Centre pour la Santé de la Reproduction et de la population

Université d'Ibadan

Soumis à
USAID
Washington, D.C.

12 April, 2021

EngenderHealth
U.S./Washington, D.C. Office
505 9th Street NW, Suite 601
Washington, DC 20004
Telephone: (202) 902 2000
Fax: (202) 783 0281
E-mail: fistulacare@engenderhealth.org
www.fistulacare.org

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple Américain à travers le Bureau de la Santé maternelle et Infantile, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), selon les termes de l'accord de coopération AID-OAA-A14-00013. Le contenu relève de la responsabilité du projet Fistula Care *Plus* et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats Unis.

CONTENU

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	5
RESUME	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1. INTRODUCTION.....	8
2. RAISON D'ETRE DU PLAN REGIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA MAIN D'OEUVRE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE GENITALE DANS LA SOUS- REGION D'AFRIQUE DE L'OUEST	10
3. PLAN DE DEVELOPPEMENT DE LA MAIN D'OEUVRE POUR LA FISTULE OBSTETRICALE DANS LA REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST.....	12
LEADERSHIP, POLITIQUES ET NORMES:	12
PLANIFICATION, MOBILISATION DES RESSOURCES ET EVALUATION:	13
MODELES DE FORMATION:	13
SYSTEMES DE SUPERVISION ET REGULATION:	13
4. ELABORATION D'UN PROGRAMME DE FORMATION AXEE SUR LES COMPETENCES EN GESTION DE FISTULE GENITALE EN AFRIQUE DE L'OUEST.....	15
<i>OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET LIVRABLES:</i>	16
<i>TABLE DES MATIERES (SESSION DIDACTIQUE ET PRATIQUE/CLINIQUE):</i>	16
<i>MATERIEL DE FORMATION:</i>	16
<i>DUREE DE LA FORMATION:</i>	16
<i>EXIGENCES DE FORMATION:</i>	17
<i>EXEMPLE D'HORAIRE OU DE CALENDRIER DE FORMATION :</i>	17
<i>SUPERVISION FORMATIVE:</i>	17
<i>SUIVI ET EVALUATION (S&E):</i>	17
<i>PROCESSUS DE CERTIFICATION:</i>	17
AUTRES ENJEUX TRANSVERSAUX QUI POURRAIENT ETRE INTEGRES DANS LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE:	17
<i>TENUE DE REGISTRES:</i>	17
<i>SYSTEMES DE REFERENCES:</i>	18
<i>QUESTIONS ETHIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULEGENITALE:</i>	18
<i>GOUVERNANCE, LEADERSHIP, TRAVAIL D'EQUIPE, VISION PARTAGEE ET RESPONSABILITE:</i>	18
5. MODELE DE FORMATION PROPOSEE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	19
MEDECIN	19
NIVEAU DE COMPETENCE CHIRURGICALE DES MEDECINS EN REPARATION DE FISTULE GENITALE :	19
PREREQUIS POUR LA FORMATION CHIRURGICALE:	20
AUTRES CATEGORIES D'AGENTS DE SANTE	21
6. CONDITIONS REQUISES POUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE FISTULE EN AFRIQUE DE L'OUSET	23
JUSTIFICATION CLAIRE POUR LA MISE EN PLACE D'UN CENTRE DE FISTULE:	23
ENGAGEMENT DES PRINCIPALES PARTIES PRENANTES:	23
ACCESSIBILITE ET ABORDABILITE:	23
INFRASTRUCTURE ET INSTRUMENTS:	23
BOITE A OUTILS POUR UNE CHIRURURGIE SURE, ASSAINISSEMENT DE L'EAU ET HYGIENE (WASH):.....	23
MAINN D'OEUVRE:.....	24

FINANCEMENT:.....	24
DURABILITÉ:	25
7. CONCLUSION	26

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

FBC	Formation basée sur les compétences
CEDEAO	Communauté économiques des Etats de l’Afrique de l’Ouest
FC+	Fistula Care <i>Plus</i>
FIGO	Fédération Internationale des Gynécologues et obstétriciens
FG	Fistule Génitale
FI	Fistule Iatrogène
S&E	Suivi et Evaluation
FO	Fistule Obstétricale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence Américaine pour le Développement Internationale
COAC	Collège Ouest Africain des chirurgiens

SOMMAIRE

La fistule génitale est un trou ou une ouverture anormale au niveau du canal génital qui entraîne une fuite urinaire ou fécale chronique. La forme la plus courante de la fistule obstétricale ('FO) est due à un travail prolongé ou à une dystocie. Ces dernières années, il a été observé une augmentation de la fistule iatrogène (FI), qui est causée par des complications dans les interventions pendant l'accouchement. La FG demeure un problème de santé publique en Afrique et dans certains pays Asiatiques en raison du manque d'accès à des services de soins maternels de qualité. Les gouvernements locaux et les partenaires au développement tels qu'EngenderHealth, FNUAP, OMS et USAID ont collaboré pour fournir l'accès à la prévention et au traitement de la fistule obstétricale.

“L’existence continue de la fistule est un indicateur visible des lacunes dans l’accès équitable des femmes à des soins de santé reproductive de qualité, et corriger ces lacunes est une condition nécessaire pour atteindre les objectifs de soins de santé universels.”

Déclaration de l'Honorable Dr. Osagie Ehanire, Ministre de la Santé, République Fédérale du Nigéria à l'occasion de la réunion virtuelle régionale Mobilisation des Ressources Réunion organisée par le projet *Fistula Care Plus et le Collège Ouest Africain des Chirurgiens 2-2-21*

En Afrique Occidentale et Centrale, les nations sœurs de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) se sont engagées à améliorer l'accès à des soins de prévention, le traitement et la réhabilitation des femmes qui vivent avec une fistule. Leur objectif est d'impliquer les parties prenantes concernées, y compris les organisations professionnelles et les partenaires, afin d'élaborer une feuille de route pour la production d'une masse critique de main d'œuvre qui conduira à l'élimination de la fistule d'ici 2030.

Le développement de la main d'œuvre nécessite une attention urgente si nous voulons atteindre l'objectif d'élimination de la fistule génitale. *Fistula Care Plus* (FC+), un projet mondial appuyé par l'USAID, et piloté par EngenderHealth, a chargé le Collège Ouest Africain des Chirurgiens (COAC) de mener une revue de la main d'œuvre disponible et d'autres ressources dédiées à la fistule obstétricale en Afrique de l'Ouest. Les résultats ont montré un déficit en personnel qualifié et en structures sanitaires pour prendre en charge l'arriéré existant dans la région. La main d'œuvre nécessaire doit inclure des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux de la santé, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des anesthésistes et d'autres personnels de soutien. Il est impératif d'investir dans le développement et le mentorat de la prochaine génération d'agents de santé qui prendront les devants dans la région.

Ce document suggère un modèle pour le développement et la formation des agents de santé qui met l'accent sur la prise en charge de la fistule dans les pays membres de la CEDEAO. Le document met en évidence les éléments essentiels d'un plan de développement de la main d'œuvre qui doit être conçu et mis en œuvre au niveau national en vue de satisfaire les besoins nationaux, avec l'appui de la coopération et la collaboration régionales pour partager les stratégies, les leçons apprises et l'expertise dans la gestion de la fistule.

FNUAP/New York est en train de mettre en œuvre une enquête mondiale sur le coût de la fistule obstétricale et le nouveau projet MOMENTUM Safe Surgery in Family Planning and Obstetrics qui est soutenu par l'USAID continuera de coordonner avec le FNUAP sur l'enquête pour aider à l'élaboration de plans chiffrés pour la prise en charge de la fistule, y compris celle de la main d'œuvre nécessaire. Les

plans chiffrés doivent être préparés au niveau national parce que les ressources nécessaires et disponibles dans chaque pays varient de manière considérable.

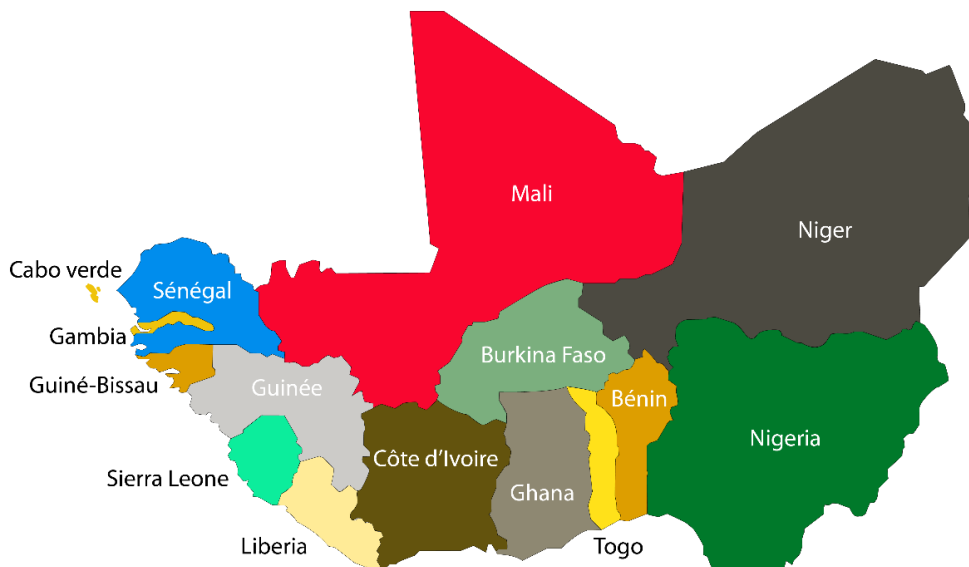
1. INTRODUCTION

La fistule génitale féminine est une communication anormale entre le tractus urinaire inférieur ou le tractus gastro-intestinal et l'appareil génital. La fistule génitale est en grande partie due aux complications au moment de l'accouchement (obstétrique) et aux accidents dus aux interventions chirurgicales (iatrogène). La cause la plus fréquente de FO est le travail dystocique prolongé. Les femmes qui souffrent de fistule sont souvent ostracisées, stigmatisées, séparées ou divorcées, et certaines d'entre elles sont abandonnées à cause de leur fuite urinaire et ou fécale.

Les estimations mondiales révèlent qu'actuellement deux millions de femmes vivent avec une fistule obstétricale et l'incidence est estimée entre 50,000 à 100,000 nouveaux cas chaque année. L'Afrique et l'Asie supportent le plus lourd fardeau de cette maladie. En dépit du fardeau de la FO en Afrique, la sensibilisation et l'accès à la prévention et au traitement de ce défi sanitaire sont loin d'être optimisés. L'établissement de politiques nationales est un premier pas que tout gouvernement doit faire pour réaliser un programme impactant dans leurs pays. Il est également important que les pays qui sont confrontés à des défis sanitaires similaires tirent parti de ces opportunités et remédient aux faiblesses afin de maximiser l'impact de l'investissement dans le contrôle de la FO.

La CEDEAO est une communauté de 15 pays membres dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest qui se sont engagés dans un partenariat diplomatique dans pratiquement tous les secteurs, y compris l'économie, l'éducation, la santé, le changement climatique, entre autres. Les 15 membres de la CEDEAO sont le Bénin, le Burkina Faso, le Cap Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone, et le Togo. Parmi ces états membres, huit sont Francophones, cinq sont Anglophones, et deux sont Lusophones. Les deux états membres Lusophones sont la Guinée Bissau et le Cap Vert.

Figure 1: Carte de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest



La taille de la population des états membres de la CEDEAO varie considérablement de 2 millions en Guinée Bissau à plus de 206 millions au Nigéria. La fistule obstétricale est répandue dans la plupart des pays de la CEDEAO. Les données incluses dans un exercice de cartographie récemment mené par le COAC ont été tirées d'une méta-analyse des données d'une enquête de ménage qui a été publiée en 2015. Dans cette étude, la durée de la prévalence de la fistule obstétricale au sein des états membres de la CEDEAO variait de 0.4 au Burkina Faso à 6 en Sierra Leone. L'estimation moyenne annuelle de la FO dans les pays d'Afrique de l'Ouest à l'exception du Nigéria est entre 300 au Sénégal et au Mali, à 8,300 en Guinée. Le Nigéria supporte approximativement 7,5% du fardeau mondial avec une estimation annuelle de 46,800 nouveaux cas de fistules obstétricales (voir Tableau 1). Les autres pays de la CEDEAO qui contribuent de manière significative au fardeau de la FO sont la Côte d'Ivoire, le Bénin, la Guinée, la Sierra Leone et le Togo.

Table 1: Fardeau de la durée actuelle de la fistule vaginale chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) 2006-2013¹

Pays	# de femmes qui n'ont jamais eu de symptômes	# de femmes qui présentent les symptômes au moment de l'étude	Source/Année d'étude
Benin	14,600	9,600	DHS 2011-12
Burkina Faso	1,500	500	DHS 2010
Guinée	13,900	8,300	DHS 2012
Mali	2,300	300	DHS2006
Niger	2,800	900	DHS 2012
Nigéria	115,200	46,800	DHS 2008
Sénégal	1,500	300	DHS 2010-2011
Sierra Leone	8,500	4,100	DHS 2013
Togo	3,700	1,500	MICS 2010

¹ Adapted from Mahieu et al. Data are median at 95% credible intervals from DHS and/or MICS

2. JUSTIFICATION D'UN PLAN REGIONAL DE MAIN D'OEUVRE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE GENITALE DANS LA SOUS-REGION D'AFRIQUE DE L'OUEST

En Juin 2018, l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO a adopté une résolution exhortant les états membres à se concentrer les investissements nationaux et la mobilisation des ressources pour une action collective afin d'éliminer la fistule en Afrique de l'Ouest d'ici 2030. La résolution appelle à un engagement politique continu, l'engagement des organisations de la société civile, des organismes professionnels, des partenaires au développement et d'autres parties prenantes dans le maintien et le renforcement et le renforcement des systèmes nationaux de santé intégrée, et des capacités de prévention, d'identification des cas, de la prise en charge chirurgicale et non chirurgicale, de la réintégration la réadaptation des femmes avec une fistule dans la région. La résolution appelle également pour l'accès à une éducation de qualité pour les femmes et les filles ainsi qu'à l'établissement et au renforcement des lois visant à relever l'âge minimum légal du mariage.²

Disponibilité d'une main d'œuvre adéquate pour offrir les soins nécessaires aux patientes de fistule en Afrique de l'Ouest fait défaut. Les Evaluations des Besoins de la Fistule Obstétricale: *les résultats de neuf pays publiés en 2003* reconnaissent de graves limitations à l'accès au traitement, le nombre et la compétence des chirurgiens et autres professionnels de santé clés, de la capacité litière, d'équipement et de logistique. Ce défi reste au Cœur de la problématique de l'accès à une prévention et à un traitement précoces ainsi que les programmes de réadaptation. Lors d'une récente réunion du FNUAP, il a été estimé que 30,000 nouveaux cas apparaissent chaque année dans la région d'Afrique de l'Ouest et Centrale, et 3,000 bénéficient (10%) du traitement. Ceci varie selon l'année et la disponibilité des ressources pour appuyer le traitement. L'exercice de cartographie du COAC confirme la rareté persistante des ressources et identifie le nombre suivant de centres qui offrent des services de fistule ainsi que de chirurgiens de fistule (voir Tableau 2).³

Tableau 2: Nombre de centres et de chirurgiens de fistule dans les pays de la CEDEAO

Pays	# de centres de fistule	# de chirurgiens de fistule
Benin	5	8
Burkina Faso	4	9
Cape Verde	0	0
Cote d'Ivoire	8	44
La Gambie	3	3

² Résolution sur l'élimination de la fistule obstétricale de la région de la CEDEAO. 19ème session ordinaire de l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO 4-8 Juin 2018, Banjul, Gambie.

³ Rapport de l'exercice de cartographie documentant les établissements de fistule, les compétences et services dans la Sous-région d'Afrique de l'Ouest. Collège Ouest Africain des chirurgiens, 2021

Pays	# de centres de fistule	# de chirurgiens de fistule
Ghana	8	10
Guinée	10	16
Guinée Bissau	3	3
Libéria	5	5
Mali	9	25
Niger	11	13
Nigéria	21	68
Sénégal	11	20
Sierra Leone	1	2

Certains parmi les chirurgiens identifiés ne fournissent pas de services de routine et certains centres comptent sur les chirurgiens visiteurs pour fournir des services. Par exemple, le Cap Vert compte sur le soutien transfrontalier pour fournir des services. Le rapport de cartographie a identifié quatre formateurs certifiés FIGO pour la chirurgie de la fistule dans la région, et neuf autres ont été répertoriés comme formateurs.⁴

Un centre de traitement de fistule bien établi nécessite un personnel multidisciplinaire pour une prestation de service efficace. Le personnel principal doit inclure un médecin avec une expérience en chirurgie de fistule, une/infirmière/sage-femme, un pharmacien, un assistant social, un anesthésiste (y compris un aide anesthésiste), un physiothérapeute, des éducateurs de santé, des assistants de salle, des techniciens de blanchisserie/stérilisation et un personnel d'appui pour la maintenance de l'approvisionnement en eau et électricité.

La formation des chirurgiens en fistule obstétricale était *ad hoc* jusqu'à ce que la Fédération Internationale d'Obstétrique et de Gynécologie (FIGO) et ses partenaires introduise un modèle de formation basée sur les compétences à l'intention des médecins. Des méthodes de formation standardisées similaires ont été développées pour le personnel infirmier et de physiothérapie par *Fistula Care* et *Fistula Care Plus de l'USAID* en collaboration avec d'autres organismes professionnels et partenaires concernés (voir chapitre 3). Pour remédier à l'arriéré des cas de femmes qui souffrent de fistule obstétricale dans la sous-région, une masse critique de prestataires bien formés est essentielle. Il est impératif pour la Région de l'Afrique de l'Ouest d'établir un programme de formation bien organisé, coordonné et réglementé avec des objectifs, une méthodologie et une stratégie d'évaluation clairs. Ceci aidera la sous-région à remédier au déséquilibre du nombre et du type de main d'œuvre nécessaire pour prendre en charge les différents cas et aspects de FO dans la sous-région.

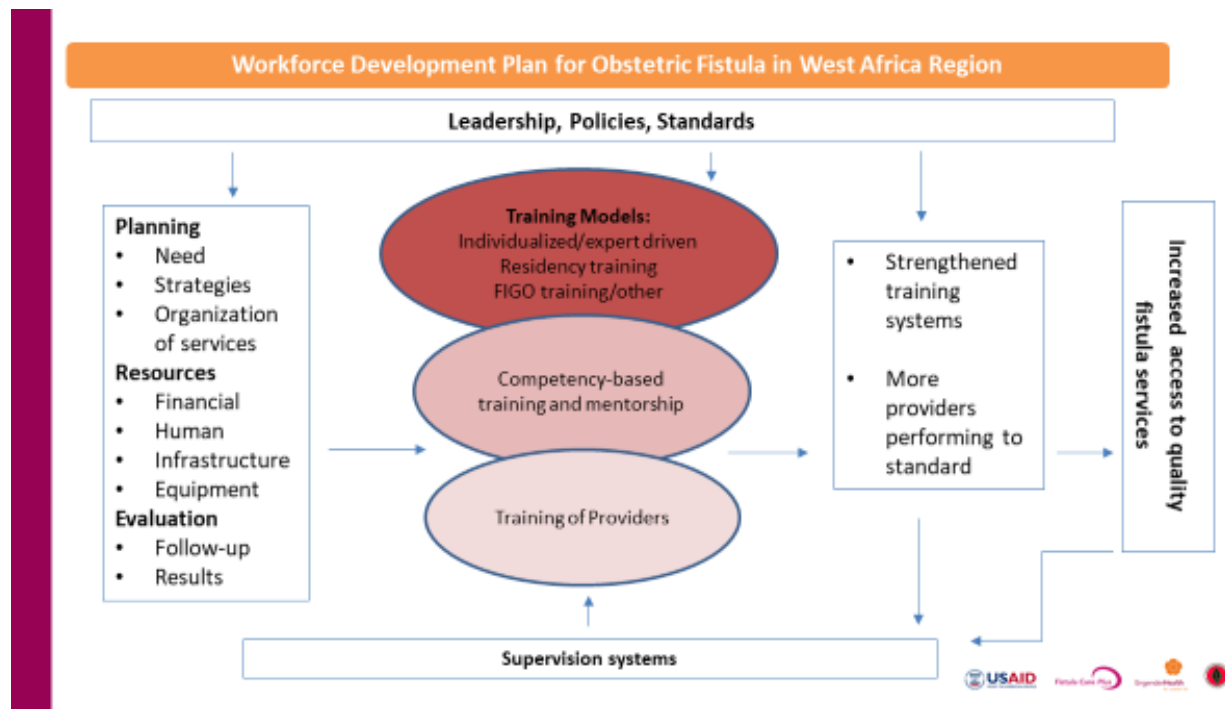
⁴ *Ibid*

3. PLAN DE DEVELOPPEMENT DE LA MAIN D'OEUVRE POUR LA FISTULE OBSTETRICALE DANS LA REGION DE L'AFRIQUE D L'OUEST

Le but du plan de développement de la main d'œuvre (PDM) est d'accroître l'accès à des services de prévention et de traitement de la fistule qui sont de qualité et sûrs pour les femmes atteintes de fistule en Afrique. Le PDM fournit un modèle pour la conception d'un programme de formation et de cursus spécifiques au pays à l'intention des différentes catégories de prestataires de santé. Le contenu de ce document servira de guide et de référence pour les décideurs politiques, les organisations professionnelles et individus impliqués dans la gestion de la fistule pour préparer leur propre plan et programme dans le cadre de la politique sanitaire et éducationnelle. Chaque pays doit prioriser les aspects spécifiques du plan et le modifier en fonction des besoins spécifiques du pays.

L'opérationnalisation du PDM exigera que chaque pays membre de la CEDEAO se l'approprie et s'investisse dans sa mise en œuvre. Nous espérons que cette édition du PDM contribuera à l'ambition ultime d'éliminer la fistule d'ici 2030.

Figure 2.



Le PDM couvre les composants suivants (voir Figure 2):

Leadership, politiques et normes:

Ceci concerne la structure de gouvernance au sein de la communauté de la CEDEAO et au sein des pays membres individuels qui sont tenus d'élaborer un cadre afin de produire une main d'œuvre multi

professionnelle pour traiter tous les aspects de la gestion de la fistule. Le leadership de la CEDEAO et de ses différentes divisions, y compris l'Organisation Ouest Africaine de la Santé et d'autres parties prenantes, doit développer une coalition pour produire et promouvoir une politique et un plan audacieux pour le développement de la main d'œuvre, des normes de pratique, des cheminements de carrière, et le suivi des progrès dans le secteur public. Il devrait également articuler un plan d'investissement pour la région. (Comme indiqué dans le résumé analytique, le FNUAP élabore actuellement une stratégie d'investissement mondiale. Une étude en Afrique de l'Ouest et Centrale a été menée en 2020, suggérant que toucher 42,000 communautés rurales, en identifiant et en traitant 67,000 femmes, en fournissant un soutien pour la réadaptation et le transport à 54,000 femmes, et l'appui à la sensibilisation et la plaidoyer coûteraient environ 82,6 millions de Dollars Américains. Le rapport n'a pas encore été publié.)⁵

Planification, Mobilisation des Ressources et Evaluation:

La Planification doit prendre en compte tous les aspects de la main d'œuvre y compris mais sans s'y limiter, la constitution d'un comité national, de l'élaboration d'une politique et d'un plan stratégique pour la main d'œuvre dédiée à la PF au sein du système sanitaire spécifique, élaboration de programme de contexte spécifique et de matériels de formation, préparation de lieux de formation et des formateurs, et élaboration des listes de contrôle et de journaux de bord pour l'acquisition de compétences. Il devrait également inclure l'élaboration ou l'adaptation de manuels et de protocoles. Les gouvernements nationaux et régionaux de chaque pays doivent mobiliser les ressources (matérielles et non matérielles) nécessaires pour initier, mettre en œuvre, et appuyer le programme de formation et d'autres activités connexes. Un programme national de suivi et d'évaluation doit être pris en compte dans la conception, et la génération de données de chaque pays doit être collationnée, analysée, et diffusée au niveau de la CEDEAO pour examen et le partage des réussites et des défis dans la mise en œuvre de la formation du personnel.

Modèles de formation:

Plusieurs modèles de formation ont été déjà développés et adoptés pour l'acquisition de compétences en soins de fistule en Afrique. Les modèles de formation incluent des conceptions individualisées ou spécifiques à un expert, dans le cadre du programme de formation médicale spécialisée (programme de résidence en obstétrique et gynécologie, urologie), et un cours modulaire basé sur les compétences et qui conçu par la FIGO et ses partenaires.⁶ Il est important que chaque pays membre de la CEDEAO harmonise les modèles de formation afin de tirer le maximum de profit de leur système. Le programme devrait être modifié pour répondre aux exigences du système de santé de chaque pays et d'offrir une certification de formation pour les différents niveaux de compétence. Les modèles de formation institutionnels, tels que celui adopté par la CEDEAO pour la formation spécialisée post-doctorat, favorisent un programme durable dans la région, et garantissent la mémoire institutionnelle. A cet égard, des voies de formation au certificat de niveau inférieur, des niveaux de Diplôme et Masters peuvent être envisagées.

Système de Supervision et Régulation:

Il s'agit d'un aspect important du développement de la main d'œuvre car il offre une opportunité d'interaction formateur-stagiaire et de renforcement de la confiance après la formation initiale. Le stagiaire doit avoir la possibilité d'apprendre, de vérifier et valider les compétences spécifiques, ainsi que

⁵ Restoring Hope, Health & Dignity for All: Investing to End Fistula in West and Central Africa by 2030. UNFPA, December 2020.

⁶ Global Competency-based Fistula Surgery Training Manual. FIGO and Partners. 2011

de faire progresser ses compétences. Un comité ou une agence propre au pays doit réguler la formation conformément aux politiques, normes et règlements adoptés dans chaque pays. Le règlement devrait couvrir le programme de formation, la certification de l'établissement de formation et la reconnaissance des stagiaires dans le système de santé publique ainsi que la formation médicale continue afin de maintenir et d'élargir les compétences acquises. Le gouvernement, à travers son Ministère de la Santé et les organisations professionnelles concernées, doit collaborer pour s'assurer qu'un mécanisme de régulation est en place pour garantir des soins complets de qualité et la mise en place de meilleures pratiques en matière de PF dans leur pays.

4. ELABORATION D'UN PROGRAMME DE FORMATION BASEE SUR LES COMPETENCES EN FITULE GENITALE POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST

L'élaboration d'un programme de formation basée sur les compétences (FBC) en fistule génitale doit être conçue pour correspondre aux objectifs d'apprentissage des prestataires de soins de santé cibles. Le programme doit:

- Couvrir l'acquisition de connaissances et de compétences avec un mécanisme pour évaluer l'apprentissage pendant et après la formation.
- Fournir une définition Claire des rôles et des responsabilités entre formateurs et stagiaires dans le contexte des descriptions des pourvoyeurs d'emploi et des normes de pratique spécifiques du pays.
- Etre conçu pour favoriser le travail d'équipe multi pluridisciplinaire, la cohésion et éviter les responsabilités parallèles parmi les agents de santé.

Il existe de nombreux programmes d'études disponibles élaborés par les organismes professionnels internationaux pour différents agents de santé sur la prise en charge de la fistule. Ces documents sont gratuits et librement accessibles et peuvent être utilisés ou adaptés (avec autorisation) pour le développement de programmes d'études dans le pays (voir Encadré 1).

Encadré 1: Liste des ressources recommandées pour développer le matériel de formation

Manuel de Formation à la Chirurgie de Fistule Basée sur les Compétences Mondiales

Source: https://www.figo.org/sites/default/files/2020-05/FIGO_Global_Competency-Based_Fistula_Surgery_Training_Manual_0.pdf

La Prévention et la Gestion de la Fistule Obstétricale: Un programme pour les Infirmiers et Sages-femmes

Source: <https://fistulacare.org/archive/files/3/3.1/Prevention-Management-Nursing-Curriculum-English.pdf>

Conseiller la cliente de fistule obstétricale

Source: <https://fistulacare.org/archive/files/3/3.1/counseling-curriculum-english.pdf>
<https://fistulacare.org/archive/files/3/3.1/TraumaticFistulaCare.pdf>

Boîte à Outils de Chirurgie sécuritaire

Source: <https://fistulacare.org/surgical-safety-toolkit/>

Intégration des Services de Réadaptation Physique dans les Soins Complets de Fistule et de Maternité: Un Guide de Formation pour les Agents de Santé

Source: <https://www.themamas.world/training-guide>



En général, un programme basé sur la FBC prend en compte l'information didactique, des sessions pratiques avec une expérience directe et un retour d'information régulier entre les formateurs et les stagiaires. En outre, il doit aborder les éléments de réadaptation et de réinsertion qui incluent l'autonomisation des femmes. Cette approche de formation permet à chaque stagiaire d'apprendre à son propre rythme avec l'objectif final de devenir expert au bout du compte.

Le programme pour chaque catégorie d'agents de santé doit prendre en compte les éléments suivants:

Objectifs d'apprentissage et livrables:

La finalité des objectifs spécifiques pour chaque sujet doit être décrite au début. Cela aidera à la fois le formateur et le stagiaire à avoir une idée des attentes. Un temps spécifique doit être alloué à la session didactique.

Lise des contenus (session didactique et pratique/clinique):

Le programme de formation de chaque professionnel de santé doit être discuté dans le pays et doit prendre en compte tous les sujets liés aux responsabilités générales et spécifiques. Une liste des sujets suggérés pour les différentes catégories est présentée dans le Manuel de Formation de la FIGO.⁷

Matériel de formation:

Au cours de la phase de Planification, il est important qu'une liste complète du matériel nécessaire soit spécifiée pour chaque catégorie. La liste doit inclure un local ventilé dans lequel le protocole de COVID-19 puisse être respecté, une source d'énergie constante, un projecteur, un ordinateur, du matériel de laboratoire sec pour montrer les compétences chirurgicales de base comme la manipulation d'instruments chirurgicaux, les nouages, les sutures, les équipements de protection et autre matériel nécessaire pour des sessions didactique et cliniques.

Durée de la formation:

Sur la base des réalités actuelles de chaque pays, un calendrier spécifique de chaque formation doit être discuté et approuvé. La durée dépendra des compétences antérieures de chaque formateur, ainsi que leur situation dans le processus de formation en PF. Nous préconisons que la durée de la formation soit revue périodiquement et dans les cas individuels, en particulier lorsque le temps n'est pas suffisant pour atteindre les résultats escomptés. Voir Tableau 3.

Tableau 3: Durée de la Formation (varie selon chaque catégorie et niveau de compétence)

Catégorie de professionnels de santé	Durée suggérée
Médecins	
Compétences chirurgicales de base (Niveau Standard FIGO)	4-6 semaines
Compétences chirurgicales moyennes (Niveau Avancé FIGO)	2-4 semaines
Compétences chirurgicales avancées (Niveau Expert FIGO)	2-3 semaines
Infirmières/Sages femmes	
Infirmières periopératoire	2 semaines
Infirmières anesthésistes	2 semaines
Autres	

⁷ Ibid

Physiothérapeute**	1 semaine/orientation en cours d'emploi
Assistant Social	1 semaine/orientation en cours d'emploi
Pharmacien**	1 semaine/orientation en cours d'emploi

* Professionnel qualifié subissant une adaptation des compétences spécifiques à la fistule

** Exigences de formation:

Des critères clairs doivent être présentés pour déterminer les qualifications pour les formateurs nationaux pour chaque catégorie de professionnels de santé en matière de soins de PF. Le comité de la CEDEAO, avec les professionnels concernés et autres parties prenantes, doivent coordonner et partager les critères avec les états membres pour assurer une certaine uniformité. Par exemple, les critères de la FIGO comme énumérés dans le Manuel de formation FIGO sont en train d'être utilisés par le COAC et les autres gouvernements nationaux pour sélectionner les formateurs. Les critères d'identification et de sélection des formateurs pour former les infirmières, mener des orientations spécifiques à la fistule pour les physiothérapeutes et autres doivent être développés au niveau du pays.

Exemple d'horaire ou de calendrier de formation:

Le programme identifié dans l'encadré 1 fournit des exemples de calendriers de formation. Tableau 3 fournit aussi des durées suggérées. Les comités de FO locaux doivent adopter/adapter un modèle pour une formation spécifique pour chaque catégorie de professionnels de santé.

Supervision formative:

La formation qui implique l'acquisition de compétences est associée à différentes courbes d'apprentissage. Il doit y avoir un mécanisme pour le suivi des stagiaires au niveau de leurs centres de santé. Les formateurs/mentors doivent être disponibles pour répondre aux questions, apporter des réponses de clarification et le cas échéant, former à nouveau. Les pays doivent développer un processus de suivi et un calendrier pour les formateurs/mentors à des intervalles spécifiés. Qui varieront en fonction des catégories et, dans le cas de chirurgiens, du niveau de compétence. En tant que guide général, après une formation réussie, le chirurgien retourne à la base pour effectuer des réparations et une visite de suivi de mentorat dans les 3-6 mois de l'auto-pratique après la formation est recommandée. Il/elle doit également bénéficier d'une assistance et d'un mentorat à distance continue virtuellement ou par conversation et messageries téléphoniques.

Suivi et évaluation (S&E):

Les pays de la CEDEAO peuvent en toute indépendance ou en collaboration concevoir un outil pour le suivi des succès et des défis dans le développement de la main d'œuvre nationale de PF. Le plan S&E doit inclure le suivi des stagiaires, leurs performances dans leurs lieux de service, et l'accès à une variété de soins de fistule y compris la réadaptation et l'intégration.

Processus de certification:

Le processus de certification doit être conçu pour évaluer les compétences. L'évaluation doit prendre en compte l'évaluation des connaissances, des compétences, et le niveau de confiance nécessaire pour effectuer les procédures. Le processus de certification doit être coordonné au niveau national dans chaque pays au lieu d'être laissé à l'appréciation individuelle des experts. Cependant, le formateur doit recommander un stagiaire après une issue satisfaisante de son cours de formation.

Autres enjeux transversaux à intégrer dans la formation des professionnels de santé:

Tenue des registres:

Le PDM doit intégrer l'importance de la tenue des registres. La sécurité et la collecte des données (papier ou électronique) doit respecter la méthode et les outils approuvés par le gouvernement du pays.

Système de Référence:

Le PDM doit aborder le problème des références dans le système de santé. Il doit y avoir des discussions spécifiques sur la manière dont les patientes peuvent être correctement orientées entre les différentes structures sanitaires du pays. Les orientations ont besoin d'être soutenues par une cartographie des centres de soins de fistule du pays/région pour un souci d'efficacité ainsi que les niveaux de compétences en chirurgie de fistule.

Question éthiques sur la prise en charge de la Fistule:

Tous les stagiaires doivent être initiés aux principes éthiques avec des références spécifiques aux besoins particuliers des patientes de fistule. La formation doit inclure le consentement éclairé, la confidentialité, malfeasance et la bienfaisance. La formation doit aborder l'équité et la sélection objective et la liste des cas pour la réparation de fistule et autres procédures de prise en charge afin qu'aucune bénéficiaire ne soit privée de ses droits par le processus.

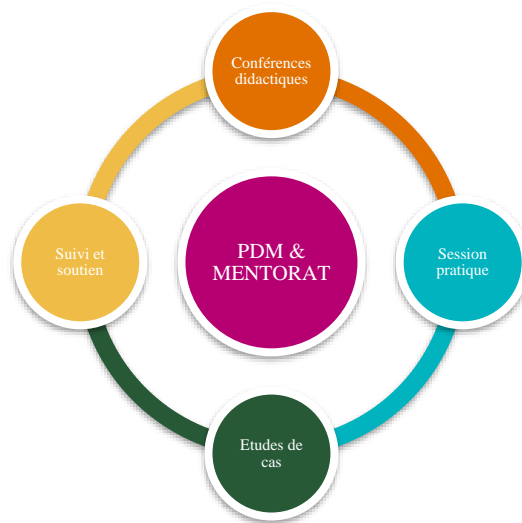
Gouvernance, Leadership, Travail d'Equipe, Vision Partagée et Responsabilité:

Les stagiaires doivent être initiés aux notions de concepts de leadership, de travail d'équipe, de vision partagée, et de responsabilité. Cette discussion expliquera comment ces éléments non matériels peuvent influencer les résultats de la prestation de service pour toutes les parties prenantes – les clientes, les prestataires de santé et autres personnes essentielles à la prise en charge des femmes souffrant de fistule.

5. MODELES DE FORMATION PROPOSES POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

La formation basée sur les compétences et le mentorat suivent une progression des conférences didactiques, des sessions pratiques, des études de cas et un soutien au suivi (Figure 3).

Figure 3.



Médecin

La Formation d'un médecin en gestion de fistule obstétricale est divisée en trois étapes par la FIGO: A chaque étape de la prise en charge, le format doit consister en ceci:

- Conférence didactique
- Evaluation clinique
- Diagnostic
- Soins de cathétérisation et de chirurgie
- Soins post opératoires
- Réadaptation
- Supervision de soutien

Niveau de compétences des médecins en réparation de fistule génitale:

Selon l'USAID/EngenderHealth⁸, les compétences chirurgicales en réparation de fistule sont classées en trois niveaux (ce qui correspond également à la classification de la FIGO):

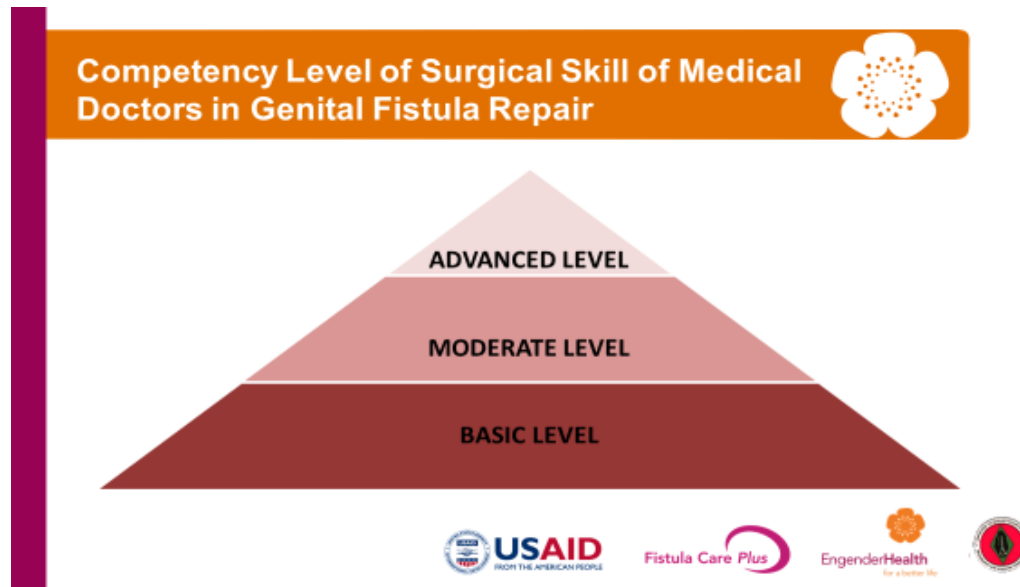
- Niveau basique d'acquisition de compétence chirurgicale (Niveau standard FIGO)
- Compétence chirurgicale, acquisition de compétences en chirurgie de fistule (Niveau avancé FIGO)

⁸ Fistula Care Training Strategy Version 1. EngenderHealth 2008

- Compétence chirurgicale avancée, maîtrise de la chirurgie de fistule (Niveau expert F IGO)

Figure 4:

Niveau de



compétence des médecins en réparation de fistule génitale

Pré requis pour la formation chirurgicale:

Les éléments suivants sont des critères suggérés pour la sélection des médecins éligibles à l'acquisition de compétences pour des niveaux spécifiques. D'autres compétences spécifiques au pays pourraient être ajoutées afin d'assurer le personnel adéquat a été sélectionné.

Exigences en matière de compétences chirurgicales de base

- Médecin ou résident junior en spécialité chirurgicale (OBGYN/Urologie/Chirurgie Générale).

- Intéressé par la spécialité chirurgicale.
- Désireux d’embrasser une carrière en Gestion de Fistule Génitale.
- Possède une certaine connaissance des principes chirurgicaux de base : technique d’asepsie, nouage chirurgicale, maniement des instruments chirurgicaux.

Exigences modérées en matière de formation chirurgicale

- Médecin ou résident senior en spécialité chirurgicale (OBGYN/Urologie/Chirurgie Générale).
- Possède des compétences de base sur la chirurgie de fistule.
- Doit avoir travaillé sur la gestion de la fistule (chirurgie) pendant plus de deux ans avec plus de 70% de taux de fermetures en chirurgie de base de la fistule.
- Doit maîtriser la réparation abdominale et urétrale et la reconstruction en dehors de la réparation vaginale.

Exigences de la formation chirurgicale avancée

- Un médecin avec une expérience chirurgicale de plus de cinq ans
- Un consultant OBGYN/Urologue/Chirurgien général
- Le médecin doit avoir été formé à des compétences chirurgicales modérées de réparation de fistule génitale.
- Le médecin doit avoir réussi 70% et plus de taux de fermetures de cas modérés de fistule génitale.
- Le médecin doit avoir un accès sans entrave aux experts en urologie générale et la disponibilité d’un chirurgien plasticien sera un atout.
- Une salle de réveil fonctionnelle et de préférence une unité de soins intensifs doit être disponible.

Autres Catégories d’agents de santé

Infirmières/Sages-femmes

Dans la plupart des structures sanitaires dans lesquelles des réparations de fistule sont effectuées, les infirmières ont soit affectées à des travaux dans les salles/cliniques/ou dans les salles d’opération. Il est important que ces rôles soient attribués avant leur introduction dans la formation. Les infirmières effectuent l’évaluation initiale des patientes atteintes de fistule en clinique externe. Elles sont responsables de la prise en charge des patientes à l’admission, et avant et après la réparation chirurgicale.

Leur formation doit inclure:

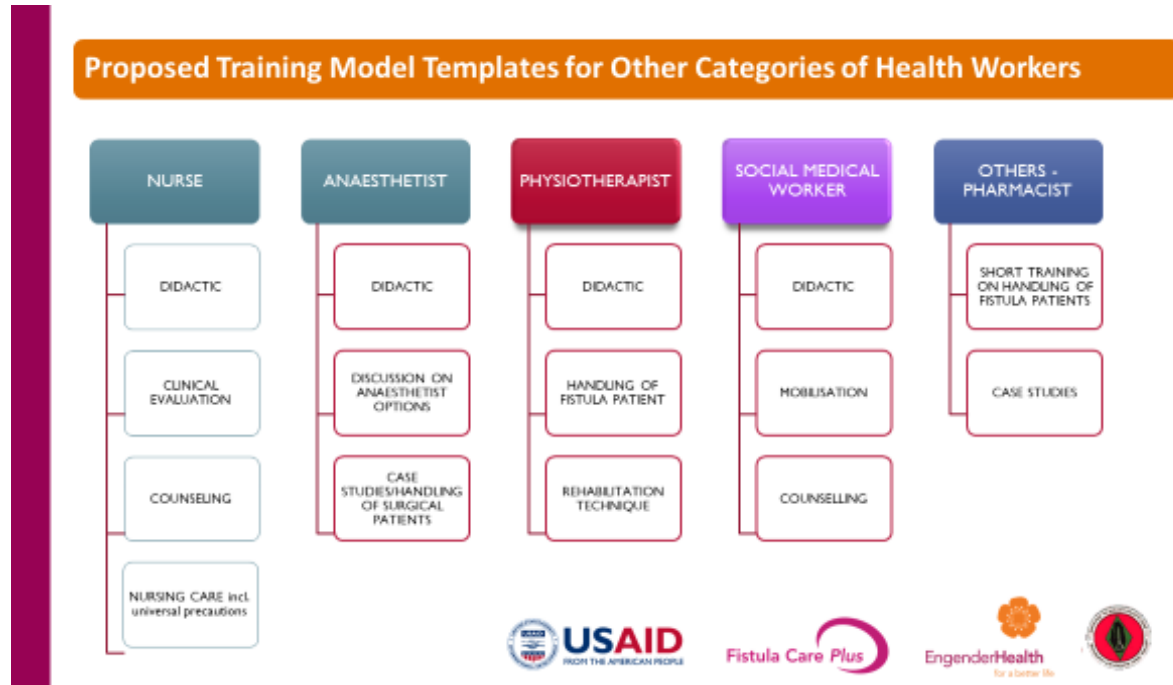
- Sessions didactiques
- Evaluation clinique
- Talents de communication interpersonnelle
- Conseils avant et après la réparation de fistule
- Processus de soins infirmiers – sonde, soins périnéaux, préparation intestinale et planification familiale

Physiothérapie, Pharmacie, Anesthésie, travailleur social de la santé

Etant donné que le nombre de personnel qui sera nécessaire pour ces services là – physiothérapie, pharmacie, anesthésie et travailleur social de la santé – est relativement limité (généralement moins de cinq), il serait plus rentable d’intégrer leur formation dans celle qui est organisée pour les médecins et

infirmières. Le résumé des principales sections de la formation qui à prendre en compte pour cette catégorie d'agents de santé est présenté dans la Figure 5.

Figure 5. Modèles de formation proposés pour d'autres catégories d'agents de santé



6. EXIGENCES POUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE FISTULE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Cette section décrit la nécessité de mettre en place une structure sanitaire pour la prise en charge de la fistule. Ceci pourrait se faire au sein d'une structure sanitaire existante ou en tant que structure autonome.

Justification Claire pour la mise en place d'un centre de fistule:

Il doit y avoir une justification Claire pour mettre en place une structure sanitaire pour des soins de fistule y compris le type de services qui doivent y être fournis. De la même manière, le type de service, centre de soins de fistule autonome ou une structure avec des services intégrés doivent être justifiés. Un centre de fistule autonome, malgré qu'il soit plus cher à mettre en place, peut être justifié par une charge de travail et la complexité des cas. En outre, les pays sans des professionnels de santé en nombre suffisant peuvent justifier un partenariat avec des professionnels en visite, en particulier des chirurgiens.

Engagement des parties prenantes:

Chaque pays doit établir une politique et une stratégie claires en matière de gestion de la fistule. Les parties prenantes doivent inclure les associations professionnelles, les partenaires au développement et d'autres organisations qui sont impliquées dans les soins de fistule ainsi que ceux qui sont reconnus dans le pays comme professionnels expérimentés soins de fistule.

Accessibilité et abordabilité:

Il doit y avoir une stratégie Claire sur la manière dont les patientes peuvent accéder à un centre de traitement de la fistule dans chaque localité. En reconnaissant que les femmes qui souffrent de la fistule sont souvent pauvres et vulnérables, les gouvernements sont encouragés à financer le traitement des patientes de fistule ou à intégrer leur traitement dans l'assurance maladie.

Infrastructure et Instruments:

La structure sanitaire doit disposer d'une banque de sang ou d'un approvisionnement en sang. Elle doit disposer d'infrastructures pour des services spécialisés, y compris d'autres spécialités chirurgicales comme l'urologie, la chirurgie plastique, l'urodynamique, le support radiologique (pour l'urogramme intraveineux et l'échographie). Une liste complète des équipements de diagnostic, de prise en charge dans la salle et des instruments chirurgicaux doit être répertorié et assemblée.⁹

Boîte à Outils de Chirurgie Sécuritaire¹⁰, et Assainissement en Eau et Hygiène (WASH)¹¹:

Les structures sanitaires offrant la chirurgie de fistule doivent fonctionner selon les normes médicales approuvées et entièrement équipées et dotées d'un personnel suffisant pour faire face à toutes les complications potentielles liées à l'anesthésie ou à la chirurgie de fistule. La Boîte à Outils de Sécurité Chirurgicale qui a été développée par FC+, était conçue pour fournir un système adaptable d'outils

⁹ Direct Relief, en collaboration avec la FIGO, a développé un ensemble normalisé d'équipements et de médicaments nécessaires pour la chirurgie de fistule. <https://www.directrelief.org/2016/05/figo-direct-relief-join-expand-improve-obstetric-fistula-repair-surgery/>

¹⁰ La boîte de chirurgie sécuritaire est accessible sur: <https://fistulacare.org/resources/fistula-services/surgical-safety-toolkit/>

¹¹ WASH est accessible sur: <https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash>

d'assurance de la qualité. Elle a été adaptée pour la fistule, l'incontinence et la chirurgie du prolapsus pour normaliser la qualité et la sécurité de la prise en charge chirurgicale.

WASH est essentiel pour un service de fistule efficace. La disponibilité de WASH dans les pays à faible revenu est souvent sous-optimisée et ceci a des conséquences désastreuses pour la fourniture de services de soins de santé, notamment les services de fistule. Les centres de réparation de fistule assurent la disponibilité de services WASH adéquats grâce à l'adaptation de technologies appropriées et pertinentes pour assurer la durabilité.

Main d'oeuvre:

Nous avons précédemment décrit les positions clés qui sont nécessaires pour soutenir les services de fistule dans un centre de traitement y compris les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les assistantes de salle et les agents de sécurité. Les gouvernements devront évaluer au moins les composants suivants pour décider de la quantité de main d'œuvre requise pour assurer l'accès à un traitement de fistule de qualité:

- Quel est l'arriéré connu de cas de fistule dans le pays et qui est basé sur les registres des hôpitaux?
- Existe-t-il une estimation d'incidence de fistule de la DHS ou d'une autre étude qui peut fournir des données pour la planification?
- Les femmes sont-elles en mesure d'accéder aux structures sanitaires en temps opportun? Quel moyen de transport est à leur disposition?
- Combien de lits peuvent être mis à disposition pour les femmes atteintes de fistule pour un séjour minimum de 10 jours?
- Le personnel infirmier est-il suffisant pour fournir des soins 24/7 pour les femmes qui sont atteintes de fistule tout au long de leur séjour?
- La capacité chirurgicale est-elle disponible et à quel niveau – basique, modéré, avancé? Combien de chirurgiens sont actuellement disponibles et où sont-ils en poste? Combien de médecins sont disponibles ou intéressés par une formation en chirurgie de fistule et où sont-ils en poste Quelles sont les ressources disponibles pour soutenir la formation?
- L'établissement peut-il effectuer des opérations de chirurgie sécuritaire de fistule correctes? Les salles d'opération, les équipements, le matériel et les médicaments nécessaires sont-ils disponibles pour assurer une chirurgie sécuritaire en permanence?
- Si des services de proximité doivent être fournis, quelles conditions nécessaires doivent être mises en place avant que cette sensibilisation puisse avoir lieu en toute sécurité?
- Quelles sont les ressources disponibles pour soutenir l'infrastructure, les équipements, le matériel, les médicaments nécessaires?
- La chirurgie peut-elle être pratiquée sans des dépenses excessives de la part des patientes?

Financement:

Le gouvernement national doit prévoir une ligne budgétaire consacrée à la fistule obstétricale. IL doit également s'efforcer de coordonner les ressources provenant des partenaires au développement afin d'éviter les programmes parallèles.

Durabilité:

Un plan de durabilité sur la manière dont les soins de fistule seront pris en charge de façon ininterrompue doit être formulé dans chaque pays. Ceci inclura le financement, le développement de carrière pour la main d'œuvre et la maintenance des infrastructures. Un autre aspect de la durabilité non moins important est l'engagement des parties prenantes essentielles dans leur rôle et à soutenir le contrôle du programme de fistule.

7. CONCLUSION

L'intention du présent document est de fournir un modèle de plan de développement de la main d'œuvre aux pays membres de la CEDEAO en vue de faciliter aux femmes atteintes de fistule des services de qualité normalisés, avec comme objectif ultime d'éliminer la fistule dans la région d'ici à 2030.

“A présent nous faisons face au fait que demain c'est déjà aujourd'hui. Nous sommes confrontés à la terrible urgence de l'heure..... Il n y a plus de temps à l'apathie ou à la complaisance. C'est le moment pour une action vigoureuse et positive.”

Martin Luther King, August 28, 1963.