

> **MADAGASCAR**

**MÉTHODOLOGIE DE SUIVI DE SAGES-FEMMES  
EXERÇANT EN CABINETS D'ACCOUCHEMENT  
COMMUNAUTAIRES**

> **RÉSUMÉ**

Depuis 1984, Santé Sud agit pour la médicalisation des zones rurales à Madagascar, où elle a installé 101 médecins généralistes communautaires (MGC). Forte de son expérience, Santé Sud a décliné cette méthodologie auprès de sages-femmes indépendantes, désormais installées en cabinets d'accouchement communautaires (CAC), afin d'agir pour l'accès à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes, et des nouveau-nés évoluant en zones rurales. 8 sages-femmes ont été installées entre 2019 et 2021 dans la région d'Analamanga à Madagascar lors d'une phase pilote, puis 5 nouvelles entre 2021 et avril 2024 dans le cadre du présent projet.

Il s'agit à travers cette fiche de capitalisation, de retracer les étapes clés établies par les équipes de Santé Sud pour l'installation de sages-femmes en zones rurales, relatives au contexte malgache, mais transposables dans d'autres pays en s'adaptant aux normes culturelles et sociales locales, aux directives ministérielles ainsi qu'à l'organisation des autorités locales et sanitaires. La méthodologie développée rend compte des bonnes pratiques élaborées et mises en œuvre par les équipes de Santé Sud en 5 ans de projet mais retrace aussi les problématiques rencontrées, les erreurs à ne pas reproduire et les solutions trouvées pour pallier ces dernières.



# CARTE D'IDENTITÉ DE L'INTERVENTION

## Nom du projet

Bien Naître à Madagascar - Promouvoir la santé, les droits sexuels et reproductifs et la santé infantile dans les zones rurales d'Analamanga, Madagascar

## Porteur

Santé Sud

<b>Thématique</b>	Santé - Santé et droits sexuels et reproductifs, santé maternelle et infantile, médicalisation des zones rurales, entrepreneuriat social
<b>Population cible</b>	13 sages-femmes communautaires
<b>Dates du projet</b>	2021-2024
<b>Milieu d'intervention</b>	Zones rurales
<b>Pays, région</b>	Madagascar, région Analamanga, dans les districts d'Anjozorobe, d'Ankazobe et Manjakandriana
<b>Structures de soin concernées</b>	13 Cabinets d'Accouchement Communautaires (CAC), 13 Centres de Santé de Base (CSB), 1 Centre Hospitalier de Référence de District (CHRD) d'Anjozorobe
<b>Principaux partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Association Nationale des Sages-femmes de Madagascar (ANSFM),</li> <li>- Association Régionale des Sages-femmes d'Analamanga (ARSFA),</li> <li>- Ordre National des Sages-femmes de Madagascar (ONSFM),</li> <li>- Association des Médecins Communautaires de Madagascar (AMC-MAD),</li> <li>- Services de District de la Santé Publique (SDSP) des 3 districts,</li> <li>- Ministère de la Santé Publique</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer une offre de soins primaires et en santé sexuelle et reproductive de proximité et de qualité en zones rurales</li> <li>- Installer 13 sages-femmes en cabinets d'accouchements communautaires (SFC), intégrés dans la carte sanitaire malgache</li> <li>- Former en continu et suivre régulièrement les 13 SFC dans leur pratique en zone rurale</li> </ul>
<b>Stratégies mobilisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de compétences</li> <li>- Mentorat</li> <li>- Compagnonnage</li> <li>- Suivi-évaluation</li> <li>- Echanges entre pair-es</li> <li>- Formation de formateur-ices</li> </ul>
<b>Méthodologie</b>	<p>Entretiens qualitatifs conduits entre février et mars 2024 auprès des équipes projet (cheffe de projet, chargée de mission et référente Santé Sexuelle et Reproductive), des partenaires (sages-femmes mentor, médecin inspecteur de l'EMAD d'Anjozorobe, binôme de RMS de l'AMC-MAD, sage-femme de l'ONSFM) et des bénéficiaires du projet (chef fokontany, SFC)</p> <p>Rédaction réalisée à partir de la synthèse de ces entretiens, à l'issue d'une mission dans le district d'Anjozorobe en avril 2024</p>

## > Présentation de Santé Sud

Santé Sud est une ONG internationale engagée pour le droit à la santé pour tous et toutes. Ses programmes sont conçus selon une méthodologie de santé publique fondée sur les droits et l'égalité de genre. Depuis 1984, elle agit sans remplacer, en renforçant les capacités de ses partenaires locaux pour que chacun-e ait accès à des soins de qualité. Ses partenaires sont les acteur-rices des systèmes de santé (autorités publiques de santé, services de santé primaires et de référence), les autorités locales des régions d'intervention, les organisations de la société civile engagées pour le droit à la santé et les populations. Son siège est basé à Marseille, en France. Depuis 2012, Santé Sud est une association du Groupe SOS, leader de l'entrepreneuriat social en Europe.

Actuellement, Santé Sud conduit des projets en Afrique de l'Ouest, au Maghreb, à Madagascar et à Mayotte autour de 5 thématiques d'action :

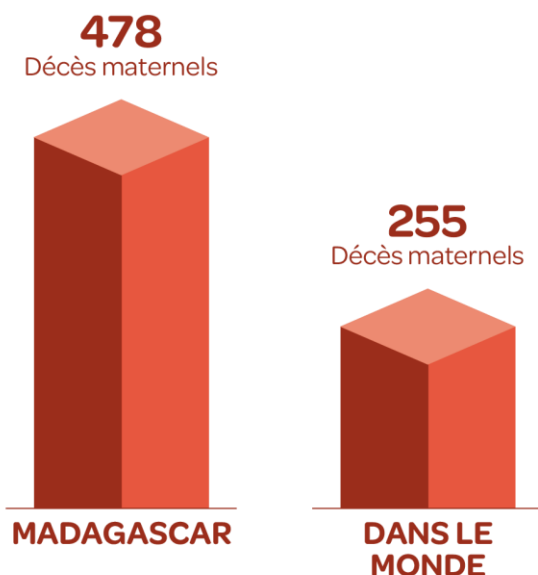
Lutte contre les maladies prioritaires ; Médicalisation des zones rurales ; Santé communautaire ; Santé, droits sexuels et reproductifs et égalité de genre ; Enfance : santé et développement.

## > Contexte d'intervention :

**Un accès inégal à la santé entre zones rurales et zones urbaines à Madagascar, affectant particulièrement les femmes et les enfants**

La mortalité maternelle et infantile est encore un défi majeur à Madagascar, particulièrement dans les zones rurales isolées où se concentre 70% de la population malgache. En effet, d'après [l'Enquête Démographique et de Santé \(EDS\) de 2021](#), à Madagascar, le taux de mortalité maternelle s'élève à 478 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale à 26 pour 1 000 dans le pays. [Depuis 2020](#), le Gouvernement malgache promeut le développement de l'activité paramédicale libérale afin de renforcer l'offre de service de santé de proximité. Santé Sud s'insère dans cette démarche en développant un projet d'installation de 13 sages-femmes communautaires dans les zones rurales de la région d'Analamanga, où la majorité des prestataires de santé sont regroupées autour de la capitale, Antananarivo. L'EDS 2021 indique que les problèmes principaux évoqués par les femmes (15-49 ans) pour accéder aux services de santé sont : la difficulté d'avoir l'argent pour se faire soigner (57%) et la distance jusqu'à l'établissement de santé (34%, contre 18% en milieu urbain). Ainsi, seules 35% des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé (59 % en milieu urbain) et 41% des naissances sont assistées par un prestataire qualifié (74 % en milieu urbain). Les dysfonctionnements des services de santé publics (trop éloignés des populations, sous équipés et offrant un parcours de soin dysfonctionnel) ajoutés aux facteurs socio-économiques et culturels du contexte rural (recherche de soins tardive due à l'absence d'informations, aux pratiques coutumières et aux capacités financières limitées) engendrent ainsi une situation alarmante en matière de santé, spécifiquement pour les femmes et les enfants.

## TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE SUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES



Source : UNFPA Madagascar



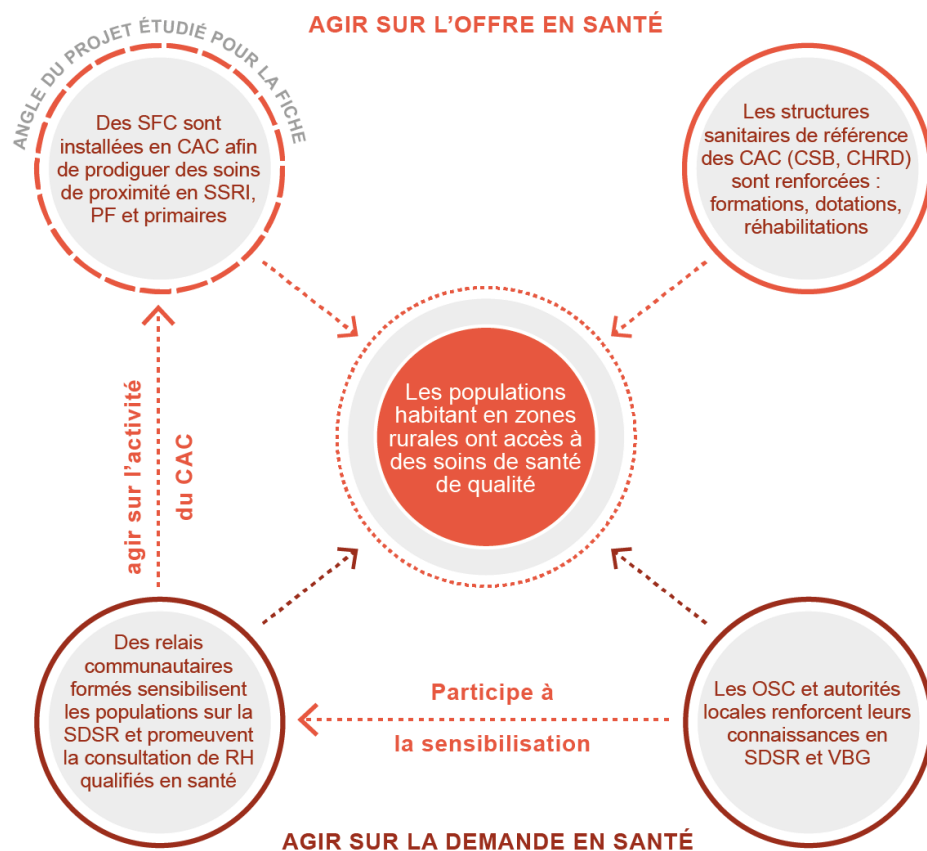
## > Objectifs du projet

Dans ce contexte de faible accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, le présent projet vise à développer des mécanismes intégrés et coordonnés pour renforcer l'accès aux soins en zone rurale. Pour ce faire, il s'agit d'installer puis d'accompagner 13 sages-femmes communautaires (SFC) libérales à pratiquer en cabinet d'accouchement communautaires (CAC) privés. Les CAC sont installés à l'échelle d'un fokontany, mais couvrent plusieurs hameaux. Ainsi ils représentent une porte d'entrée dans le parcours de soins primaires pour les habitant-es et proposent également des soins spécifiques en santé maternelle et infantile ainsi que de la planification familiale.

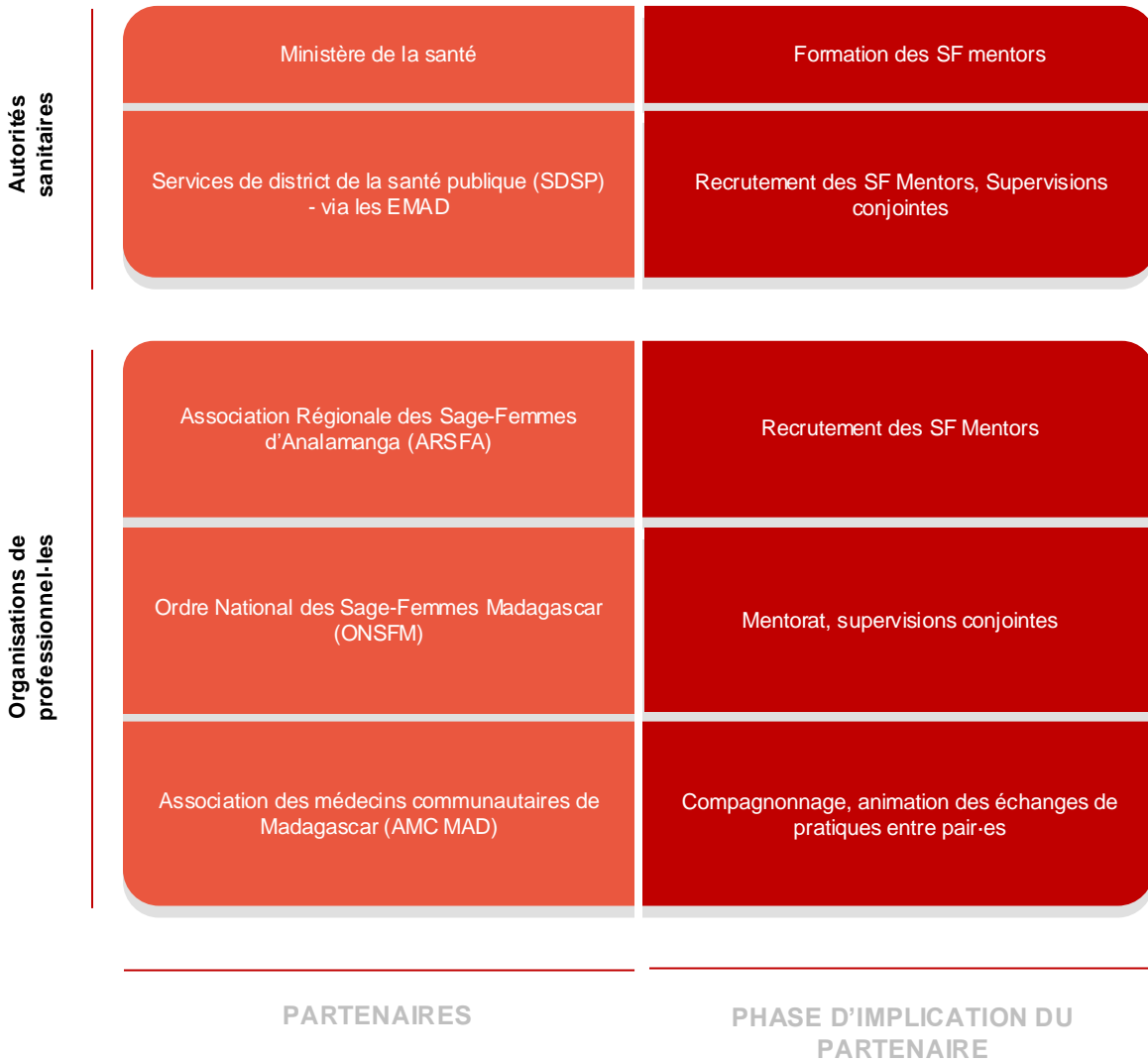


En parallèle, d'autres activités complémentaires sont menées pour l'amélioration globale de l'offre et de la demande en santé dans la région ciblée. En ce sens, Santé Sud renforce également les capacités des établissements de santé de référence afin d'améliorer la qualité des soins dispensés dans l'ensemble de la pyramide sanitaire (du CAC au Centre de Santé de Base, au Centre Hospitalier de Référence de District) et permettre une prise en charge d'urgence. Cela passe par la formation des sages-femmes, la dotation en équipement, la réhabilitation des locaux et l'élaboration d'une démarche qualité pour les services du CHR. Il s'agit aussi de renforcer les connaissances des organisations de la société civile, des professeur-es et des autorités locales en santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) afin de planifier à terme des actions pérennes d'éducation auprès des jeunes et adolescent-es. Enfin, des actions de sensibilisation sur la SSR sont réalisées avec l'appui de relais communautaires auprès des communautés.

La présente fiche de capitalisation se focalisera sur la méthodologie de suivi-accompagnement des SFC, une fois celles-ci installées, basée sur la méthodologie de suivi-installation de professionnel-les de santé en zones rurales de Santé Sud, inspirée par 30 années d'installation de médecins généralistes communautaires (MGC) et spécialisée récemment dans l'exercice des sages-femmes. Il s'agit de clarifier le rôle de chaque acteur impliqué dans le suivi formatif et d'explicitier la complémentarité des divers dispositifs, ayant pour but de renforcer les capacités et compétences des SFC, pérenniser leur installation grâce à un soutien constant et assurer une offre de soins qualitative.



> Une méthodologie de suivi-accompagnement mobilisant des organes de professionnel·les en santé officiels et les autorités sanitaires



Cette phase de suivi, d'accompagnement et d'évaluation des SFC se déroule sur la deuxième partie du projet, une fois que les SFC sont recrutées, formées et installées, soit à partir d'août 2022 jusqu'à avril 2024 dans le cadre du projet Bien Naître à Madagascar.



## Tableau récapitulatif des différents dispositifs de suivi-accompagnement :

Type de suivi	Acteur(s) responsable(s)	Calendrier de mise en œuvre	Objectifs de la méthode / du dispositif
Mentorat (p.9)	Ordre National des Sages-femmes de Madagascar (ONSFM) via les sages-femmes mentors	2 fois par an (1 jour)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi-évaluation technique en pratique SONUB</li> <li>• Amélioration des compétences et de la qualité des soins dispensés</li> </ul>
Compagnon- nage (p.12)	Association des Médecins Communautaires de Madagascar (AMC-MAD) via les référents maitres de stage (RMS)	2 fois par an (2 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement, transmission de connaissances et de conseils liés à la pratique (soins, gestion du cabinet, gestion financière relations communautaires)</li> </ul>
Supervisions internes (p.14)	Équipes Santé Sud	Irrégulières, au cas par cas ou sur demande	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien et échanges continus auprès de la SFC sur ses difficultés</li> <li>• Soutien de la SFC dans son lien avec la communauté</li> </ul>
Supervisions conjointes (p.14)	Équipes de Management de District (EMAD) du Service de District de la Santé Publique (SDSP), via le médecin inspecteur ou le médecin chef du Centre de Santé de Base (CSB) de référence Santé Sud ONSFM	2 fois en 3 ans (1 jour)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des autorités sanitaires dans l'activité du CAC</li> <li>• Vérification des données remontées aux SDSP</li> <li>• Appui dans l'utilisation des outils de gestion et de suivi patient-es</li> <li>• Ancrer la SFC dans la pyramide sanitaire et renforcer la qualité des soins</li> </ul>
Échanges de pratiques entre pair-es (EPP) (p.16)	AMC-MAD via RMS	1 fois par trimestre (2 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rompre l'isolement de la pratique en zone isolée</li> <li>• Réseau de soutien et de solidarité</li> <li>• Partage de connaissances et d'expériences</li> <li>• Création de protocoles et résolution de problématiques rencontrées dans la pratique</li> </ul>

# 1. La pratique du mentorat

## > Définition du mentorat

Le mentorat, tel qu'organisé par Santé Sud et ses partenaires, est une méthode de suivi-évaluation qui consiste à faire venir une sage-femme mentor (SFM), plus âgée et expérimentée, observer, accompagner et évaluer les pratiques de la SFC surtout en termes de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), mais aussi d'autres sujets de santé primaire auxquels les SFC peuvent être confrontées (malnutrition, SSR, infections courantes, etc) dans leur CAC. Il s'agit de prendre en compte le savoir-faire technique de la SFC mais aussi son savoir-être (accueil des patientes, éthique, conditions de travail, etc). Ce dispositif permet d'assurer un maintien du niveau de la qualité des soins prodigués par la SFC dans son CAC et de la soutenir dans l'utilisation de son kit pratique SONUB (Ventouse obstétricale à pédale / Insufflateur avec masque pour adulte / Aspirateur de mucosité / Kit d'aspiration manuelle intra-utérine / Boîte à instrument et plateau). C'est aussi l'occasion pour les SFC d'exprimer les difficultés qu'elles rencontrent dans leur pratique quotidienne des SONUB et de recevoir des conseils à ce propos. Chaque SFC bénéficie de la visite d'une SFM sur une journée, à deux reprises dans l'année. Les SFM sont indemnisées pour effectuer ces activités de mentorat.

### > Qui sont les sages-femmes mentors (SFM) ?

Les sages-femmes mentors sont des SF travaillant initialement dans des Centres de Santé de Base (CSB), des Centres hospitaliers de référence de district (CHRD) ou membres des équipes de management des districts (EMAD), possédant de grandes connaissances théoriques et pratiques en termes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent-es (SRMNIA), en nutrition ainsi qu'en planning familial, afin d'être capable de former et évaluer les jeunes SFC.

Pour le recrutement des SFM, Santé Sud réutilise la fiche de poste proposée par l'Association Nationale des Sages-Femmes de Madagascar (ANSFM) et l'a réadapté pour ajouter des modalités spécifiques à l'accompagnement de proximité. Une fois formalisée, la fiche de poste est transmise aux Services de Districts de Santé Publique (SDSP) qui la relaient auprès des CSB, CHRD et EMAD. Les candidatures sont par la suite évaluées par Santé Sud, l'Association Régionale des Sages-femmes d'Analamanga (ARSFA) et les Services de district de Santé Publique (SDSP). Il existe aujourd'hui 10 SFM pour 13 SFC.

Une fois recrutées, les SFM sont formées en encadrement clinique et en SONUB pendant 5 jours par des formateur·ices du ministère de la santé. Elles se regroupent au niveau des districts une fois avant de commencer le mentorat, pour se familiariser aux outils d'évaluation et comprendre leur rôle, puis une fois à nouveau, après les mentorats, pour la collecte des résultats et exprimer leurs ressentis.



*« Je travaille au CHRD depuis 2019, avant j'ai travaillé en CSB pendant 10 ans. C'est le médecin inspecteur du district qui m'a directement contactée pour savoir si je voulais être sage-femme mentor, puis il m'a proposée à Santé Sud. » - Sage-femme mentor Hoby*



*« J'ai accepté la proposition pour être mentor, car ayant travaillé jeune en zone rurale, en CSB, j'ai été à leur place, donc je sais comment les accompagner. Je leur partage mes connaissances et conseils comme moi j'aurais aimé qu'on le fasse à mes débuts. » - Sage-femme mentor Hoby*



En fin de projet, avec le recul, Santé Sud mesure toute l'importance de mettre en place des échanges de pratiques en paires (EPP) entre SFM. Cela leur permettrait d'échanger davantage sur leur rôle de mentor et leurs pratiques. Le but étant d'aborder les difficultés rencontrées dans cet accompagnement et de systématiser les bonnes pratiques mises en place.



Les formations de mentorat doivent être l'occasion d'expliquer aux SFM comment remplir les grilles d'évaluation mais également de leur détailler les objectifs du mentorat. La SFM doit être à l'écoute, disponible et tisser une relation de confiance avec sa mentorée pour dépasser la peur initiale du jugement et provoquer de réels changements de pratique. A l'avenir Santé Sud diversifiera donc cette formation, qui ne sera plus uniquement axée sur les SONUB mais aussi sur le positionnement de mentor.



Au-delà de ce manque de cadrage en termes de pratique du mentorat (rôle, objectifs, posture, etc.), il s'est avéré que les SFM manquaient aussi parfois de compétences cliniques (SONUB) pour assurer pleinement la transmission aux SFC, et cela malgré le renforcement initial en SONUB qui leur était dispensé. Santé Sud questionne donc la pertinence de sous-traiter ce mentorat au regard des difficultés rencontrées pour obtenir un accompagnement de qualité de la part des SFM vers les SFC, et réfléchit à internaliser cette activité lors de la phase 2 du projet. Une experte SONUB de Santé Sud mènera des ateliers de formation continue auprès des anciennes SFC et des nouvelles afin de les accompagner dans leur pratique. Elle formera aussi les chargées de mission de Santé Sud qui assureront ensuite un mentorat plus long et impactant auprès des SFC.



*« La sage-femme mentor doit prendre les devants avec sa mentorée, ne pas hésiter à l'appeler par exemple. Il faut aussi qu'elle soit proactive et qu'elle pense à relire ses anciennes grilles de mentorat, quand elle vient pour une nouvelle évaluation, afin de se rappeler les points à améliorer et pouvoir constater des améliorations ou non. »*

- Nolwenn de Rigaud, Référente technique SSR chez Santé Sud et sage-femme



*« Pour être SFM, il faut aimer partager ses connaissances, avoir le sens de la communication, savoir se remettre en cause et écouter. Il faut aussi avoir de l'expérience, avoir vécu de nombreuses situations différentes qui permettront d'accompagner la SFC. »* - Sage-femme mentor Hoby

Une fois sur place, les SFM évaluent la qualité des soins prodigués par les SFC en remplissant des grilles de mentorat, élaborées par Santé Sud sur la base de celles utilisées par le ministère de la santé. Il existe 5 grilles qui évaluent 5 thématiques, subdivisées par items à respecter :

- **Prévention des infections**, ex : utilisation du matériel et des consommables
- **Accouchement**, ex : aider à expulser, phase post-accouchement, rangement et nettoyage.
- **Consultation prénatale**, ex : questionner les antécédents obstétricaux, effectuer un examen général, réaliser différent test de suivi, traiter toute complication ou problème identifié selon les protocoles
- **Soins essentiels du nouveau-né**, ex : évaluation rapide des potentiels signes de danger, initiation à l'allaitement maternel, vitamine K1, examen du bébé, conseiller la mère
- **Soins humanisés**, ex : accueil, droit de la patiente à l'information/consentement/choix, confidentialité et intimité de la patiente

Ces cinq grilles d'évaluation sont en format papier, avec des parties, sous parties et des critères d'évaluation au sein de chaque étape (ex : la SFC vérifie la stérilité/propreté et le fonctionnement du matériel avant l'accouchement), qui sont évalués par 1, 0 ou NO (Non Observée). Ces notations seront ensuite rassemblées dans un tableau de suivi informatique, afin d'apprécier l'évolution globale de la SFC.

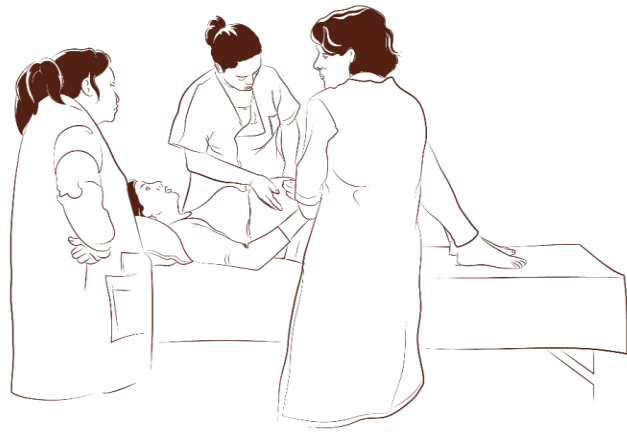
**1 = Satisfaisant** : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux protocoles ou aux directives standards.

**0 = Non satisfaisant** : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux protocoles ou aux directives standard.





« Quand je me rends au CAC, j'en profite pour échanger avec les matrones, les Agents Communautaires et aussi les patientes, afin de sonder les relations de la SFC avec son environnement. C'est très important en zone rurale. » - Sage-femme mentor Hoby



En raison du faible nombre d'accouchements encore réalisés dans les CAC, les observations des pratiques de la SFC par la SFM lors des séances de mentorat n'ont pas toujours pu s'effectuer, représentant une limite dans l'évaluation et la formulation de conseils d'amélioration



L'attention a été portée sur le fait que les grilles d'évaluation ne reflètent pas suffisamment en détail les observations faites par la SFM, d'où l'importance d'un feedback oral et d'identifier clairement pour la SFC les problèmes à améliorer pour la suite. En effet, les grilles se résument surtout à une note. De plus, le choix de la note entre 0 et 1 indique uniquement si le geste a été réalisé ou non mais ne permet pas de décrire s'il a été bien fait. A l'avenir, il pourrait être intéressant d'ajouter la possibilité de commentaires dans ces grilles.

En plus du remplissage des grilles et de l'observation des SFC, les SFM doivent leur faire un feedback, relever les points forts et discuter des compétences à améliorer. L'évaluation est un outil pour l'accompagnement et non un objectif en soi, le but étant avant tout d'accompagner la SFC dans sa pratique. Ensuite, les SFM rédigent et transmettent un compte-rendu de l'encadrement à Santé Sud.

## 2. Le compagnonnage

### > Définition du compagnonnage

Le compagnonnage est un dispositif d'assistance et d'accompagnement, qui permet à la jeune sage-femme d'être accompagnée dans sa pratique en zone rurale par des ainé-es expérimenté-es, ici des médecins généralistes communautaires (MGC), cumulant de longues années d'expérience de pratique en cabinet en milieu isolé. Ces référent-es maitres de stage (RMS) sont les mêmes qui ont accompagné-es les SFC lors de leurs 14 jours de stage pratique pendant leur formation initiale (Voir fiche 1 de capitalisation), période durant laquelle les RMS et les SFC tissent un lien de confiance, bénéfique pour la suite. Chaque SFC est ainsi suivie par un binôme de RMS, qui possède une forte expertise en compagnonnage grâce aux anciens projets de Santé Sud en médicalisation des zones rurales dans le cadre desquels ils ont pu être formés. Ils se rendent deux fois par an, pendant deux jours, pour visiter les SFC qu'ils accompagnent.



« J'ai suivi des formations en encadrement de stage et en formation de formateur dans le cadre du projet Médicalisation des Zones Rurales de Santé Sud. »  
- Dr Jocelyn, MGC et RMS



« De mon point de vue, le compagnonnage c'est un échange d'expérience et de pratique entre moi et la SFC, comme une co-formation » - Dr Jocelyn, MGC et RMS



Il s'agit pour la SFC de réaliser ses activités professionnelles en présence du RMS, qui transmet ses connaissances et ses savoir-faire, en particulier par la démonstration, la conseille sur la résolution de difficultés et partage des temps de réflexion (sur la démarche clinique mais aussi organisationnelle). Le compagnonnage permet l'amélioration des pratiques individuelles des SFC en prenant en compte tous les facteurs liés à leur pratique (soins, mais également environnement de travail, gestion administrative et financière d'un CAC) et de rompre avec l'isolement.



*« Le compagnonnage nous aide vraiment beaucoup pour notre pratique et pour notre travail en général, on est toujours très contentes quand les RMS arrivent et on a hâte qu'ils reviennent. » - SFC Nosy*



**Le compagnonnage étant largement apprécié par les SFC, elles ont demandé un suivi plus poussé à l'avenir. C'est pourquoi, pour la prochaine phase du projet, les missions des RMS seront de quatre jours au lieu de deux.**



**Au-delà de leur activité de SF, les SFC représentent parfois le seul relais soignant en zone rurale isolée. Elles sont donc amenées à traiter des soins de premières lignes. Le compagnonnage avec un MGC leur permet alors de pouvoir appréhender ses situations de bases (sans pour autant se transformer en médecin). De même, une formation plus poussée en pathologies courantes est prévue dans la phase 2 du projet, à la demande des RMS et SFC**

#### > La fiche de suivi de compagnonnage : qu'est-ce qu'un RMS observe ?

La fiche de suivi permet au RMS une analyse quantitative et qualitative globale, ainsi que l'identification de points de vigilance sur la pratique clinique, l'organisation, la gestion et les relations avec la communauté, les autorités ou le CSB de rattachement. L'accompagnement peut être abordé sous formes de questions-réponses, d'études de cas vus dans la journée au cabinet de consultation ou de revue d'une pathologie/d'un syndrome.

Les thématiques abordées et observées sont les suivantes : organisation du travail, conditions matérielles (tenue des stocks) et d'hygiène, analyse de l'évolution des activités (remplissage des registres), tarification et bilan financier, tenue des échéanciers (notamment pour le planning familial), démarche clinique et prise en charge des patients, insertion dans l'environnement communautaire.

En fonction des observations, le RMS prend en note les difficultés observables mais aussi ressenties par la SFC, afin d'aborder avec elles les perspectives d'amélioration. Le RMS transmettra ensuite la fiche de compagnonnage avec ses observations, une synthèse des points forts et faibles de la SFC et ses recommandations aux équipes de Santé Sud.



*« Avant le premier compagnonnage, je relis mes conclusions du stage pratique, les points à améliorer et les points d'attention. Ensuite, pour chaque compagnonnage, je fais de la préparation et je prends de la documentation, en fonction des évaluations et des besoins de formation évoqués lors du précédent compagnonnage. » - Dr Jocelyn, MGC et RMS*





*« Si je vois que pendant ce mois, seulement quelques patientes ont consulté la SFC, je trouve cela bizarre et je me rends sur place. Une fois là-bas, je demande à la communauté pourquoi ils ne vont pas voir la SFC et je creuse. Parfois la communauté va me dire qu'il trouve que la SFC est froide et pas accueillante, je vais donc discuter avec la SFC pour lui dire de sourire plus et être plus joviale par exemple, tandis que je vais dire à la communauté qu'elle est de caractère timide et que ce n'est pas contre eux. »*

- Perle Randriambololona, chargée de mission chez Santé Sud

*« Je fais aussi régulièrement des piqûres de rappel aux SFC sur la gestion du cabinet, notamment de l'argent, car il faut bien qu'elles pensent à mettre de côté pendant les périodes de récolte, où les femmes ont les moyens de consulter, pour la période de soudure (période entre deux récoltes) à venir où ce n'est pas le cas. Souvent elles m'appellent dans ces périodes et c'est le moment pour moi de le leur rappeler. »*

- Perle Randriambololona, chargée de mission chez Santé Sud

### 3. La supervision interne par les équipes de Santé Sud

L'équipe projet de Santé Sud accompagne régulièrement les SFC, de manière plus personnelle, par le biais de sa chargée de mission communautaire, qui prend le temps d'effectuer des missions de terrain pour aller à la rencontre des SFC ou de les appeler ponctuellement. Il s'agit de leur montrer une disponibilité et un soutien régulier, afin qu'elles puissent se sentir davantage épaulées.

Ces rencontres se font majoritairement au cas par cas, sur demande de la SFC, pour, par exemple, régler des problèmes de communication avec la communauté ou lorsqu'une SFC semble en difficulté au vu de son rapport mensuel d'activités.



### 4. Les supervisions conjointes

Les supervisions conjointes regroupent des représentant-es de Santé Sud, des autorités sanitaires de rattachement du site (médecin inspecteur ou médecin chef du CSB de rattachement) et de l'Ordre National des Sages-Femmes (ONFSM), afin qu'ils-elles supervisent tour à tour la pratique de la SFC sur certaines thématiques liées à leur champ d'expertise. Ces visites se déroulent à deux reprises au cours du projet, une fois après l'installation de la SFC et une fois vers la fin du projet.

En complément du compagnonnage et du mentorat, ces supervisions permettent l'implication des autorités sanitaires au niveau des structures de santé communautaires de première ligne, afin de leur faire comprendre les réalités du terrain, les problématiques rencontrées et penser des solutions pour y pallier. Par ailleurs, elles permettent l'ancrage du CAC dans le système de santé local, car les Equipes de Management des Districts (EMAD) vérifient notamment le respect des protocoles du ministère de la Santé.

Ces supervisions consistent à soutenir et accompagner la SFC, apprécier avec elle les succès et les difficultés rencontrées concernant l'organisation, la gestion, la pratique clinique, les relations établies avec la communauté, les autorités et le centre de référence. L'objectif est que tous les aspects de l'exercice en situation isolée soient abordés, afin de favoriser son ancrage sur son site et continuellement améliorer la qualité des soins délivrés.

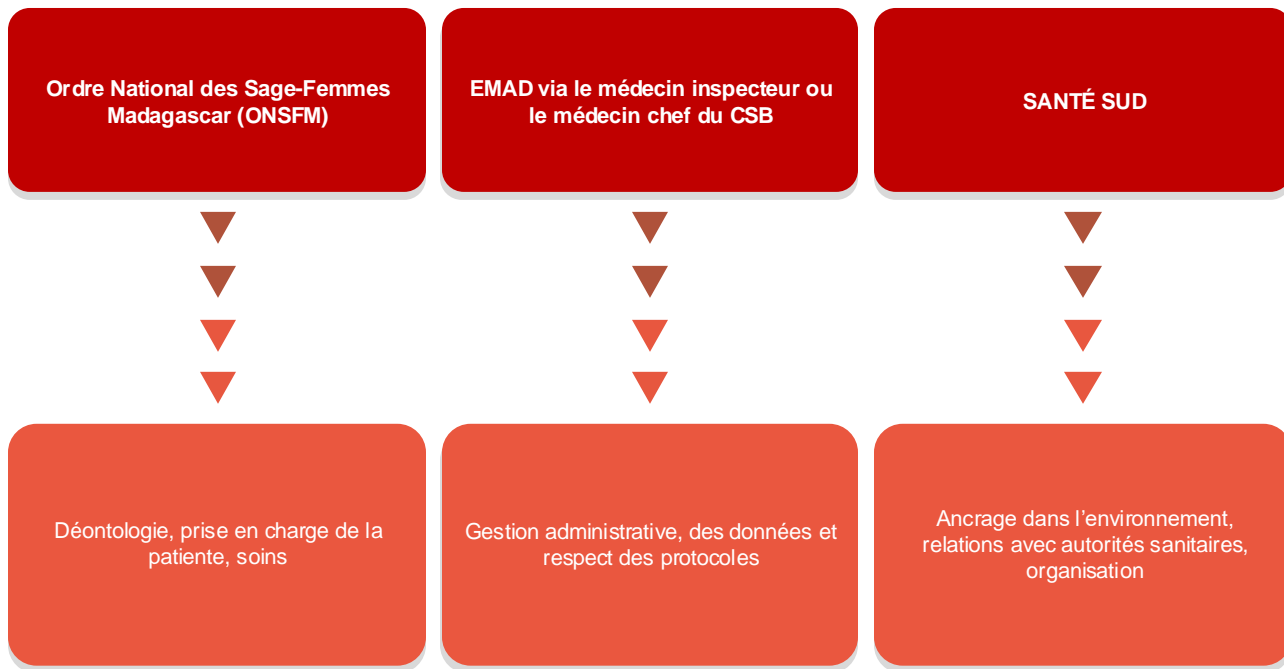


*« Les supervisions sont motivantes pour les supervisées, car cela formalise que le CAC est bien régularisé et qu'il est considéré. Mais cette considération est toute aussi importante pour le CAC que pour la population. »*

- Mr Hery, Responsable du programme de vaccination et de nutrition du SDSP, représentant le Médecin inspecteur lors des supervisions conjointes.



SUPERVISE



Les EMAD prennent particulièrement le temps de superviser la gestion administrative et la manière dont la SFC élabore ses rapports mensuels d'activités (RMA), obligatoires pour chaque centre de santé. Le médecin chef ou le médecin inspecteur vérifie si la SFC remplit correctement les outils de gestions et de suivi patient-es du CAC, afin d'attester in fine de la fiabilité et de la qualité des données qui sont remontées à l'échelle du district sanitaire. C'est à travers ces données que les SDSP évaluent la performance du CAC par rapport aux objectifs programmatiques (nombre de vaccinations, CPN, suivi de croissance, etc.) et analysent ses taux de couverture et de fréquentation.

De son côté, la sage-femme de l'ONSFM qui effectue les supervisions, aborde les mêmes thématiques globales sur sa fiche de suivi, mais se focalise davantage sur la supervision de la prise en charge des soins (accueil, soins humanisés, gestion client, etc), sur l'aspect déontologique et sur le respect des normes (bâtiment, matériel, médicaments, outils de gestion, outils de suivi des patientes comme les partogrammes ou fiches suivi vaccins).

Enfin, Santé Sud vérifie l'ancrage de la SFC dans son environnement, à travers ses relations avec les communautés, les matrones, les leaders traditionnels et les autorités locales. Il s'agit également de vérifier l'organisation de la SFC (état du matériel, affichage des horaires d'ouverture et des coûts de consultation, agencement de la pièce de consultation, usage du frigo et des panneaux solaires). Une trame de supervision élaborée au préalable qui prévoit tous les points d'attention à suivre est remplie par la chargée de mission.



*« La supervision conjointe permet d'augmenter la performance du district en termes de gestion et compilation des données sanitaires, ce qui est intéressant pour de futures études ou projets. »* - Responsable du programme de vaccination et nutrition du district, représentant le Médecin Inspecteur



*« J'aime bien ce rôle dans les supervisions conjointes, car en tant que SF en clinique privée, ça m'aide pour ma propre pratique et mes compétences sont mises à jour, je peux me remettre moi-même en question. »* - Sage-femme Njara, représentante de l'ONSFM

Chaque entité (même les SFM et les RMS) écrit ses recommandations dans un cahier de passage du CAC mis en place pour permettre de retracer le suivi entre les différents acteurs-rices. Ainsi les superviseurs, comme toutes les personnes effectuant un suivi, peuvent le consulter et voient les évolutions.

## 5. La mise en réseau par les échanges de pratique entre pair-es (EPP)

Les paires, dans le contexte des EPP, sont des collègues qui pratiquent un même métier, celui de sage-femme, dans un même contexte, en zone rurale isolée. Toutes les membres du groupe d'échanges sont égales, sans hiérarchie en fonction de l'expérience, car elles se retrouvent pour échanger sur des thématiques communes et partagées. Il s'agit avant tout d'un dispositif de formation continue et surtout de mise en réseau, qui permet de rompre l'isolement professionnel mais également parfois relationnel. Les EPP permettent aux SFC de se faire des contacts, de sentir soutenues dans leur pratique, car cela participe à leur renforcement en compétences.

Cet échange permet de discuter et confronter ses pratiques au regard des autres participantes, afin de recueillir leurs avis, conseils et impressions. Pour ce faire, les SFC choisissent des cas concrets : il peut s'agir de "cas cliniques" (relatifs à la pratique technique) ou bien de cas sociaux (relevant d'une situation sociale, violences basées sur le genre par exemple). Le cas peut être illustratif, car il représente une situation difficile qui peut être régulièrement rencontrée, ou alors il peut aborder une problématique particulière, non résolue. A l'issue de la présentation du cas, des décisions prises sur le coup et des questions soulevées à l'issue de cette prise en charge, le groupe doit décider d'un consensus et d'une décision systématique qui s'appliquerait à ce cas à l'avenir.

Pour chaque EPP, un binôme de SFC est désigné pour préparer les échanges et un thème est défini. Toutes les autres SFC devront également effectuer des recherches sur la thématique, en listant les différents diagnostics, protocoles, solutions, etc. Les RMS, organisateurs et animateurs des EPP, peuvent aussi apporter des réponses grâce à leur expérience et proposer des protocoles ou des raisonnements cliniques préétablis. Cet espace leur permet également d'identifier des points de vigilance et des points à approfondir en compagnonnage.

Les thématiques des EPP s'adaptent aux besoins des SFC et des problématiques remarquées par les équipes projets ou les deux RMS. Par exemple, il peut s'agir de traiter des thématiques quotidiennes en lien avec la pratique en zone rurale, la mobilisation des communautés ou la communication rurale, afin que les SFC puissent, entre elles, trouver des solutions pour pallier les baisses de fréquentation des cabinets.



*« C'est un moment réconfortant, qui lie professionnel et personnel. »*

- SFC Lovasoa



*« On entend beaucoup d'expériences dans les EPP, notamment des cas qu'on n'a jamais vu, et on peut intégrer ça dans nos têtes, pour reproduire les bonnes étapes si ça nous arrive. »* - SFC Francia



La pratique de l'EPP était déjà mise en place par Santé Sud pour les MGC et a permis la création de l'AMC-MAD, association de professionnel·les médicaux communautaires, c'est donc la base garantie d'un réseau professionnel solidaire qui permet une formation professionnelle continue.



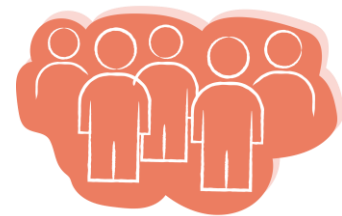


> Modalités d'organisation d'un EPP :

- Regroupement une fois par trimestre à Antananarivo, pour trouver un point central aux 13 SFC qui évoluent dans des districts différents,
- Budget nécessaire pour le perdiem et déplacement des SFC,
- Envoi en amont de la part des SFC des cas cliniques identifiés (via une grille de présentation de cas clinique élaborée par Santé Sud) pour les présenter selon une méthode préconçue à l'EPP,
- Préparation en amont de la rencontre par les RMS, qui doivent préparer les sujets de la réunion, les thématiques abordées souvent en fonction des cas cliniques reçus, afin de penser leur apport également du côté technique, sur des insuffisances en connaissances ou en formation initiale des SFC par exemple.



*« Les RMS doivent davantage s'impliquer dans les EPP en relançant les SFC pour qu'elles envoient leurs potentiels cas cliniques au préalable ou en préparant les points à approfondir en lien avec le cas clinique ou la thématique abordée (protocoles, supports de présentations). » - Nolwenn de Rigaud, Référente technique SSR à Santé Sud et sage-femme.*



En ce sens, les membres de l'AMC MAD vont être renforcés dans la phase 2 du projet pour être autonomes dans la préparation et la menée d'EPP. Un-e chargé-e de coordination sera notamment recruté-e à cet effet.

## > CONCLUSION

- L'ensemble de la méthodologie de suivi et d'accompagnement des SFC élaborée par Santé Sud requiert la mise en œuvre de dispositifs complémentaires, concourant à ces objectifs principaux :
- Améliorer la qualité des soins prodigués dans les CAC pour l'ensemble des soins de santé primaire que les SFC sont amenées à réaliser
- Proposer une formation professionnelle continue de qualité aux SFC et renforcer leurs compétences et connaissances
- Pérenniser l'installation des SFC, en rompant le potentiel isolement qu'elles peuvent subir et en améliorant leur bien-être grâce aux dispositifs déjà mis en place (espaces de paroles lors des EPP, relations de confiance pour confidences, etc)
- Inscrire les SFC dans la cartographie sanitaire du district pour assurer aussi la pérennisation de leur activité



Points de vigilance	Points positifs
<ul style="list-style-type: none"><li>• Compréhension partielle des SFM de leur rôle et manque de proactivité</li><li>• Renforcement des RMS sur leur capacité à préparer les EPP</li><li>• Révision régulière des documents de suivi et d'évaluation</li><li>• Remplissage des grilles ou fiche de suivi long, fastidieux (paperasse) et difficulté à vérifier la véracité des notations car se résument à une note</li><li>• Formations sur le temps de travail de la SFC qui provoquent des absences</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bonnes relations et implication de tous les acteurs-rices et autorités en rapport avec l'activité des SFC (CSB, SDSP) ce qui permet d'intégrer ce service privé dans le système public</li><li>• RMS motivés et expérimentés</li><li>• SFC demandeuses de suivi et de soutien dans leur pratique</li><li>• Appui d'une experte internationale en démarche qualité et en formation de sages-femmes</li></ul>

L'implication d'organes indépendants de Santé Sud permet un réel système de suivi-accompagnement pérenne (sans l'appui de Santé Sud à terme), d'où l'intérêt de renforcer davantage les RMS, les SFM et les EMAD dans leurs pratiques.



## > POUR ALLER PLUS LOIN

Quelques recommandations de lecture plus d'informations sur cette thématique :

- [Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar](#), Santé Sud, 2012
- [L'état de la pratique de sage-femme dans le monde](#), UNFPA, OMS et ICM, 2021



# > ANNEXES