

MCSP Madagascar - Résumé Technique

Approche de développement des compétences

Novembre 2018

www.mcsprogram.org

Contexte

Une étude menée en 2014 par le Programme de survie de la mère et de l'enfant (Maternal and Child Survival Program ou MCSP) de l'USAID dans un échantillon de 56 formations sanitaires dans 15 régions de Madagascar pour évaluer la situation en matière de prestation des services de santé maternelle et néonatale et de planification familiale a révélé que les niveaux de compétences des prestataires de soins étaient trop faibles pour leur permettre d'assurer ces services. Seuls 50% des gynécologues/obstétriciens ont été formés aux soins prénatals, aux soins de maternité respectueux, aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et aux soins postnatals. Le nombre de sages-femmes convenablement formées en service dans les centres de santé de base était encore plus faible et seules 19% avaient suivi une formation sur les SONU et les soins post-partum et 6% avaient reçu une formation sur les soins prénatals et la santé de la mère et du nouveau-né (SMN). Cette situation est due, entre autres, au fait que les compétences en SMN et en PF n'étaient pas suffisamment enseignées dans le cadre de la formation initiale et aussi l'absence d'opportunités de bénéficier d'une formation continue.



Des sages-femmes stagiaires reçoivent une formation sur la réanimation néonatale appuyée par MCSP

Photo : Karen Kasmauski/MCSP

Approche de mise en œuvre

Dans le cadre de son appui au Ministère de la Santé publique de Madagascar (MSP) pour la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sur la période 2015-2019, MCSP a renforcé la capacité des prestataires de santé, à tous les niveaux du système de santé, pour offrir des services SMN de qualité. Pour réaliser cet objectif, MCSP a appuyé à l'élaboration d'un curriculum national de formation en SMN, à la formation continue du personnel, à l'amélioration de l'environnement d'apprentissage de la formation initiale et au renforcement de la capacité du pays à maintenir les interventions.

I. Appuyer l'élaboration d'un programme national de SMN

Lorsque MCSP a commencé ses interventions en 2014, Madagascar ne disposait pas de programme de SMN standard approuvé à appliquer pour la formation continue du personnel de santé. Avec l'approbation du MSP, MCSP a élaboré un curriculum SMN pour les soins aux alentours de jour de la naissance à utiliser pour les formations en attendant que le curriculum national soit élaboré. À partir de 2017, un groupe de travail technique (GTT), auquel MCSP a participé, a soutenu le MSP dans la finalisation du curriculum national sur la SMN, qui a repris les contenus du curriculum utilisé par MCSP. Le curriculum national SMN, qui comprend la PF, a été approuvé et validé techniquement en avril 2018 et il doit être appliqué par toutes les catégories de prestataires de soins dans les établissements de santé à tous les niveaux. MCSP soutient actuellement sa révision afin d'y inclure un contenu sur la prise en charge d'une infection bactérienne potentiellement grave (PIBG) chez le jeune nourrisson lorsqu'un transfert

vers une structure hospitalière est impossible. Le GTT a également mis au point des outils nationaux de supervision formative alignés sur le curriculum afin d'assurer une évaluation normalisée et systématique et une amélioration continue de la qualité des soins.

2. Renforcer les capacités en formation continue

Formation en cascade

MCSP a collaboré avec la Direction de la santé familiale du MSP afin d'identifier les formateurs nationaux et les a formés aux bonnes pratiques en matière de santé maternelle et néonatale, en appliquant d'abord le curriculum MCSP pour les soins aux alentours de la naissance et ensuite le curriculum national SMN. La formation comprenait des composantes régulières de stages pratiques. MCSP a également organisé un atelier pour renforcer les compétences de formation des participants. Les formateurs nationaux et le personnel du MCSP ont ensuite dispensé les mêmes formations à 250 formateurs régionaux.

Les formateurs régionaux ont ensuite collaboré avec le personnel régional du MCSP pour dispenser une formation continue à toutes les catégories de prestataires de santé impliqués dans les soins de SMN dans plus de 815 formations sanitaires de 16 des 22 régions du pays, couvrant 73% de tous les districts. Après trois ans de mise en œuvre, MCSP a touché 751 prestataires avec l'approche de formation classique en atelier et 703 autres grâce à l'approche de formation en petites doses-haute fréquence (*low dose high frequency* ou LDHF) décrite ci-dessous, soit en tout, 1 454 prestataires de santé. Au total, 41% des 3 546 prestataires de Madagascar opérant dans les 16 régions d'intervention du programme ont reçu une formation.

Développer un plan de renforcement des capacités par l'approche LDHF avec mentorat et supervision d'appui pour les sites accessibles

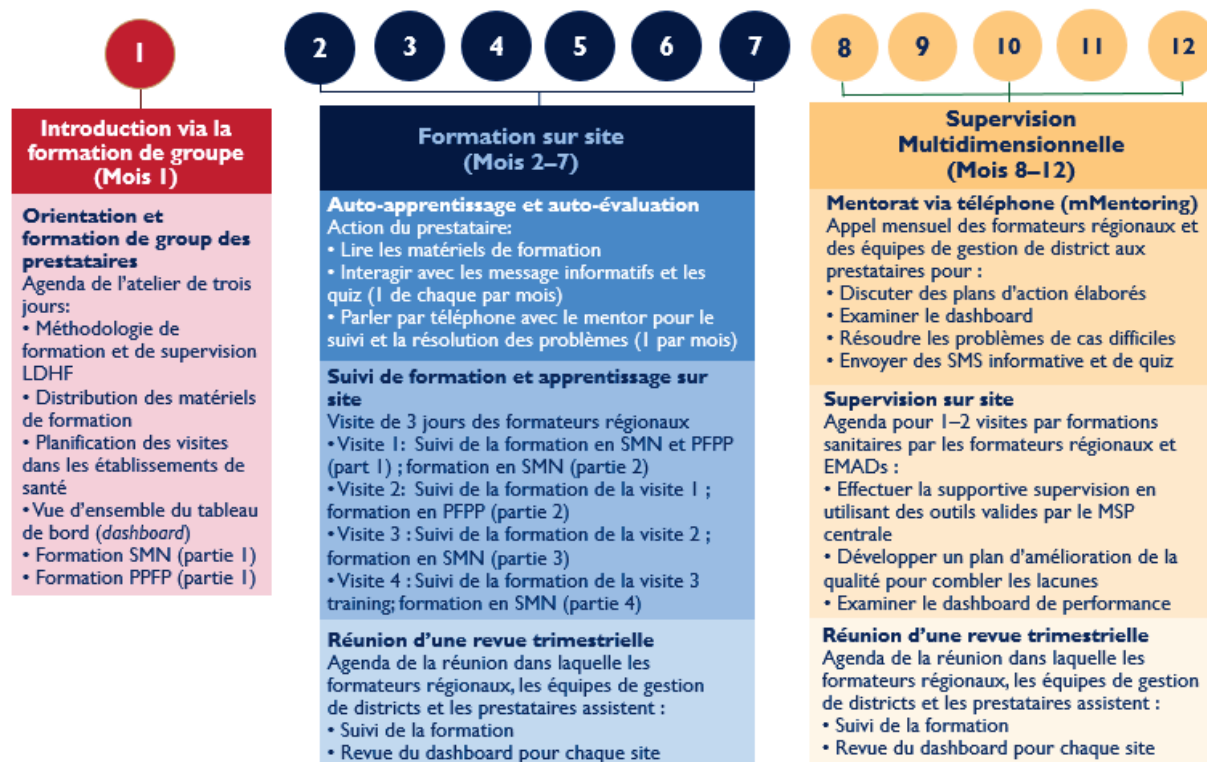
Dans le modèle original de formation de MCSP, les formations étaient organisées au niveau régional, permettant aux participants de mettre en pratique les compétences acquises dans les hôpitaux régionaux où le volume d'accouchements étaient plus important. Cinq semaines de formation (quatre semaines sur la SMN et une semaine sur la PF) ont été réparties sur six mois pour éviter les longues absences des prestataires de leurs formations sanitaires. Le cycle de six mois prévoyait également un suivi post-formation et des séances de pratique (sur mannequin et en stage clinique) visant à renforcer les compétences acquises au cours de la formation.

Fin 2016, le MSP a publié une nouvelle directive interdisant aux prestataires de s'absenter pendant plus d'une semaine par trimestre de leurs centres de santé pour des séances de formation, ce qui signifie que le modèle de formation original du MCSP n'était plus applicable. Aussi, MCSP a-t-il élaboré le plan de renforcement des capacités LDHF (utilisé jusqu'à la clôture des activités programmatiques), présenté à la Figure 1. L'approche privilégiait des activités d'apprentissage courtes, ciblées, basées sur des simulations, espacées dans le temps et renforcées par un mentorat ainsi que des sessions de pratique structurées et continues sur le lieu de travail et dans les laboratoires de compétences.

Encadré I : Sujets traités dans le curriculum national de SMN

- CPN focalisée
- Naissance normale (y compris la gestion active du troisième stade du travail)
- Réanimation néonatale
- Prise en charge de l'hémorragie post-partum (HPP), y compris l'utilisation de la tamponnade par ballonnet utérin
- Prise en charge de l'infection maternelle et néonatale
- Prise en charge de la pré-éclampsie/éclampsie sévère (PE/E)
- Prévention et lutte contre les infections
- Soins maternels respectueux
- Consultation postnatale
- Recours à la ventouse pendant l'accouchement
- Gestion du travail prématuré
- Prise en charge des bébés avec un petit poids à la naissance
- Planification post-partum avec counseling sur les dispositifs intra-utérins et les implants hormonaux
- Prévention et prise en charge du paludisme simple et sévère

Figure 1. Chronogramme pour le renforcement des capacités des prestataires dans les établissements de santé accessibles



Pour compléter l'apprentissage sur le lieu de travail et offrir des possibilités de pratique future, MCSP a fourni des mannequins et du matériel pour créer des laboratoires de compétences au niveau de chaque district, destinés aux formateurs et aux prestataires. En outre, MCSP a renforcé la capacité des districts à poursuivre la supervision sur site et durant les réunions de revue trimestrielle après la période de formation de 12 mois selon l'approche LDHF.

Renforcer les capacités en utilisant l'approche LDHF modifié pour les sites inaccessibles

Certains sites n'étaient pas accessibles aux formateurs parce qu'ils se trouvaient dans des zones difficiles à atteindre ou posaient des risques pour la sécurité. MCSP a aidé ces formateurs à coordonner les calendriers pour ces formations sanitaires et à organiser des formations trimestrielles de deux à trois jours pour les prestataires dans les laboratoires de compétences de district lorsqu'ils se rendaient au bureau de santé du district pour recevoir leur salaire. Les formateurs ont assuré une « supportive supervision » et un mentorat, grâce à des séances de travaux pratiques en laboratoire en utilisant de listes de vérification des compétences, et à distance par téléphone.

3. Améliorer l'environnement d'apprentissage de la formation initiale des sages-femmes

Selon l'étude réalisée par MCSP en 2014, les institutions publiques de formation initiale pour sages-femmes ne se conformaient pas aux normes de la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) en matière de formation, de préparation des tuteurs et des précepteurs, ainsi que des supports et des équipements de formation. Pour remédier à ces problèmes, en collaboration avec la Direction des Instituts de Formation des Paramédicaux (DIFP) du MSP et ses partenaires, MCSP a fourni le soutien décrit ci-dessous aux six facultés de médecine du pays, qui regroupent les six Instituts de Formation Inter Régional des Paramédicaux (IFIRP), qui sont les écoles publiques des sages-femmes. Le programme a également soutenu 27 établissements privés dispensant des formations pour sages-femmes.

Réviser le curriculum de sage-femme pour la formation initiale

Au début du MCSP, tous les établissements de formation initiale suivaient le même programme depuis plus de cinq ans et la moitié d'entre eux ne l'avaient pas révisé depuis leur ouverture. En 2015, MCSP et

ses principaux partenaires ont soutenu la révision du programme de formation des sages-femmes afin de refléter les normes de l'ICM et de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Renforcer les capacités des formateurs

Pour aider les établissements de formation initiale à mettre en œuvre le programme de formation actualisé des sages-femmes, MCSP, en collaboration avec les Facultés de médecine et l'Ordre national des sages-femmes de Madagascar (ONSMF), a organisé des sessions de standardisation sur les dernières recommandations et les normes. Tous les formateurs des IFIRP ainsi que certains des institutions privées ont été invités à participer à ces sessions qui comprenaient des éléments de stage. MCSP a également dispensé des formations sur la méthode de l'enseignement efficace aux enseignants, aux moniteurs et aux encadreurs des instituts de formation initiale afin d'améliorer leurs compétences pédagogiques et leur aptitude à évaluer les compétences des étudiants.

Pour renforcer l'apprentissage acquis lors des formations et améliorer la qualité de l'enseignement, les personnels de MCSP, des Facultés de médecine et du DIFP ont effectué des visites de supervision d'appui auprès des formateurs des instituts de formation initiale aussi bien des IFIRP que des institutions privées. Ils ont évalué les compétences pédagogiques à l'aide d'une liste de vérification, procédé à des contrôles inopinés auprès des étudiants afin de déterminer s'ils ont retenu le contenu, informé les formateurs sur les points à améliorer et les a aidé à élaborer des plans d'action pour une amélioration continue en collaboration avec le personnel de direction.

Mettre en place les laboratoires de compétences

Entre 2015-2017, MCSP a soutenu la mise en place de laboratoires de compétences dans chaque IFIRP et au bureau de l'ONSMF. Le programme a aidé les IFIRP à trouver et à sécuriser une salle pour le laboratoire et a fourni l'équipement et le matériel nécessaires. MCSP a également formé le personnel de chaque IFIRP à la gestion des laboratoires de compétences, notamment l'aménagement des horaires d'utilisation des laboratoires par les étudiants, l'organisation des laboratoires, la vérification de l'utilisation correcte des équipements par les étudiants et leur maintenance.

4. Renforcer la capacité du pays à soutenir les interventions

MCSP a collaboré directement avec les Equipes de management régional de la santé (EMAR) et les Equipes de management de district de la santé (EMAD) afin de renforcer leurs capacités à soutenir le renforcement continu des capacités des prestataires de soins de santé après la clôture du programme. Plus de la moitié des formateurs régionaux étaient issus des EMAR et des EMAD et toutes les activités de MCSP entreprises depuis 2016 ont été réalisées en étroite collaboration avec eux. De plus, le personnel des Facultés de médecine était impliqué dans les activités de formation et de supervision d'appui du MCSP dans les établissements de formation initiale. Ainsi, les intervenants disposent désormais des informations et des outils dont elles ont besoin pour gérer des interventions de supportive supervision et de mentorat, ainsi que pour maintenir la formation continue et la formations initiale. MCSP a continué à suivre et à soutenir ces efforts jusqu'à sa clôture.

MCSP a également apporté son appui financier et technique à la création de bureaux régionaux de formation (BRF). Ces bureaux sont en charge de la gestion, de la coordination et du suivi des interventions régionales de développement des ressources humaines, notamment la formation et le perfectionnement du personnel de santé. En décembre 2017, MCSP a soutenu le MSP à opérationnaliser le BRF dans la région d'Alaoatra Mangoro en organisant un atelier de huit jours pour le personnel du BRF afin de mettre à jour leurs compétences en matière de formation, d'évaluation des besoins et de renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles. MCSP a également appuyé le BRF dans l'élaboration d'un plan d'action de six mois et a effectué deux visites de suivi/supervision

Résultats

Contribué au renforcement de capacités efficace pour la rétention des connaissances

Pendant l'évaluation finale du programme, un test de connaissance a révélé que respectivement 86% (55/64) et 89% (57/64) des prestataires formés en SMN et PFPP, respectivement, ont obtenu un résultat supérieur à la note de référence de 85% requis pour être certifié après la formation. Cette évaluation finale mesurait le maintien des connaissances des prestataires plusieurs mois ou années après leur formation (le nombre de mois varie en fonction de la date de la formation).

Interrogés sur leurs expériences en matière de renforcement des capacités, les prestataires ont indiqué que l'approche LDHF leur donnait une plus grande assurance quant à leurs capacités et les aidait à retenir leurs compétences dans la mesure où elle leur permettait de les pratiquer fréquemment sous l'observation d'un facilitateur qui leur donnait son avis et ses conseils immédiatement. Les superviseurs ont convenu que la pratique continue des compétences facilitées par l'approche LDHF conférait aux prestataires l'expérience pratique nécessaire pour traduire les compétences acquises lors de la formation en compétences appliquées avec les clients. Ils ont constaté que, tout au long de la mise en œuvre du programme, plusieurs de leurs supervisés s'étaient améliorés et maintenaient des compétences qu'ils avaient eu du mal à acquérir auparavant dans le cadre d'une approche de formation théorique.

« Les rappels des théories et des pratiques effectués lors des visites de supervision nous aident à nous rafraîchir la mémoire jusqu'à ce qu'elles [ces compétences] deviennent des habitudes dans la pratique quotidienne. »

- Prestataire formé par MCSP

Amélioré les résultats des étudiants en formation initiale

Une évaluation des compétences des étudiants, réalisée par MCSP dans deux IFIRP, a révélé une amélioration des compétences des étudiants. Lors de la première évaluation, la plupart des étudiants ont obtenu une note inférieure à 90% aux évaluations de compétences dans divers domaines, tandis que la deuxième évaluation a mis en exergue des améliorations significatives, comme le montre la Figure 2.

Augmenté la couverture des services

Les zones rattachées aux formations sanitaires dont les prestataires ont bénéficié d'un renforcement des capacités dans le cadre du MCSP comprennent environ 17 756 353 bénéficiaires répartis dans les 16 régions, qui ont maintenant accès à des services de soins de santé de qualité (voir figures 3 et 4).

Figure 2. Amélioration des compétences démontrées par les étudiants de deux établissements de formation ayant accès à des laboratoires de compétences actualisées grâce au soutien du MCSP (n = 31 étudiants)

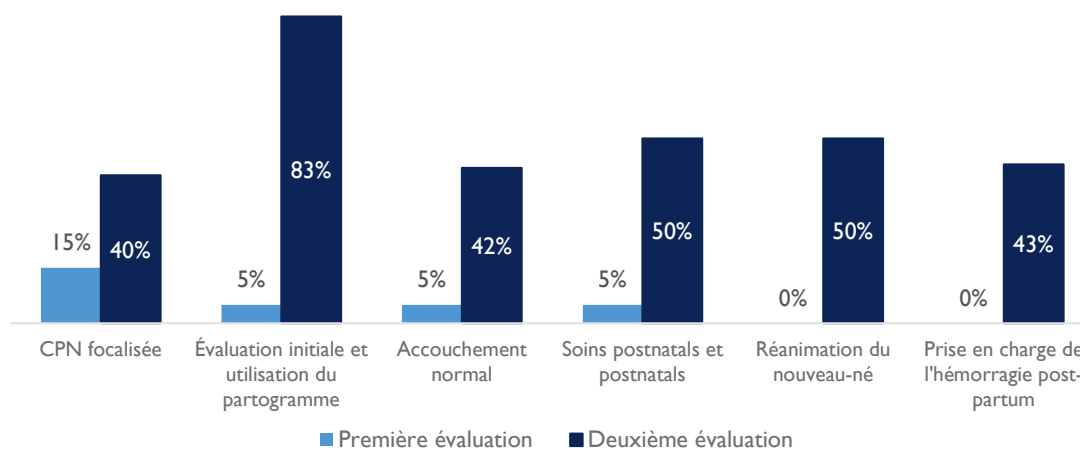
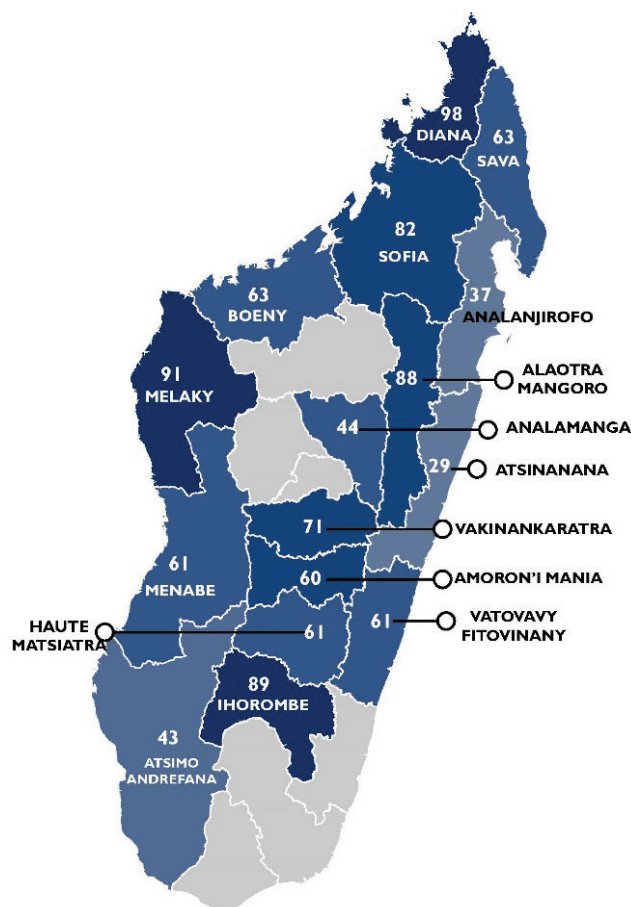


Figure 3. Couverture régionale significative des centres de santé de base (CSB) ayant reçu de MCSP du matériel et une formation pour les prestataires (décembre 2017)



Amélioré les résultats en matière de SMN et de PF

Les résultats cliniques se sont améliorés au cours de la mise en œuvre de l'approche LDHF. La proportion de femmes dépistées pour la pré-éclampsie et l'éclampsie grâce au contrôle de la tension artérielle au cours de la CPN est passée de 41% en août 2015 à 92% en mars 2017 et n'a cessé d'augmenter jusqu'à 96% en juin 2018 dans les CSB (voir Figure 5). La proportion de femmes pratiquant une méthode de contraception de leur choix est passée de 8% en mars 2016 à 20% en mars 2017 et a continué d'augmenter pour atteindre 21% en juin 2018 (voir Figure 6). En outre, le taux de mortalité maternelle a diminué durant la même période, passant de 242 décès pour 100 000 naissances vivantes en août 2015 à 20 décès pour 100 000 naissances vivantes en août 2018 (voir la Figure 6). Ces données indiquent que les soins au niveau des CSB n'ont cessé de s'améliorer après les formations continues grâce à la mise en œuvre du LDHF.

Figure 4. Pourcentage croissant de femmes dépistées pour une prééclampsie et une éclampsie lors d'un contrôle de la tension artérielle au cours d'une CPN dans les CSB, août 2015-juin 2018 (N = 1 002 989 CPN au total dans 513 CSB au cours desquelles la pression artérielle des femmes a été contrôlée)

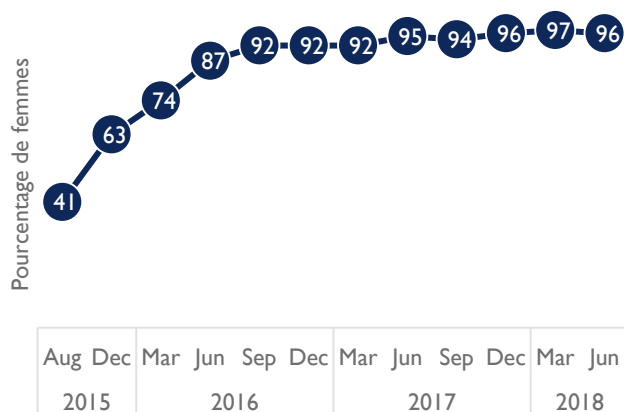


Figure 5. Pourcentage croissant de femmes en période post-partum adoptant une méthode de PF de leur choix dans les CSB de mars 2016 à juin 2018 (N = 28 204 femmes en période postpartum ayant reçu une méthode de PF de leur choix dans 513 CSB; n'inclut pas la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée)

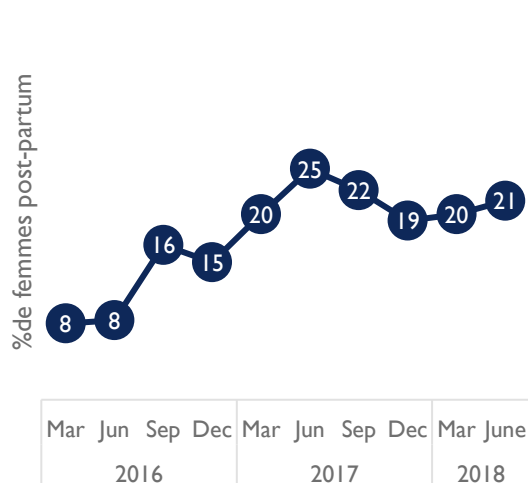
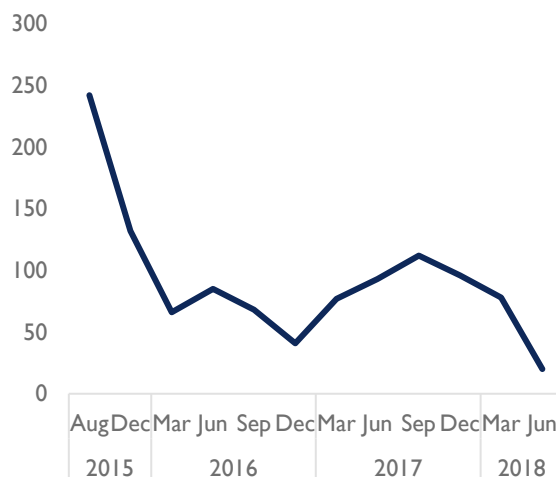


Figure 6. Ratio de mortalité maternelle en baisse dans les CSB, août 2015-juin 2018 (N = 191 437 femmes ayant accouché et 151 décès maternels au total dans 513 CSB)



Leçons Apprises et recommandations

- **Le modèle LDHF permet de former les prestataires de soins sans priver les patients des soins.** Le modèle a permis au programme d'assurer une formation de haute qualité aux prestataires de santé dans les 16 régions tout en leur permettant de demeurer à leur poste. En outre, le mentorat via le téléphone mobile a permis un renforcement constant des capacités des prestataires de soins de santé affectés dans des zones inaccessibles.
- **L'approche LDHF peut être plus efficace que les approches de formation classiques format atelier.** Au cours de la collecte de données qualitatives, de nombreux prestataires ont noté que la formation basée sur la pratique et fréquente leur permettait d'améliorer et de maintenir de multiples compétences complexes, telles que les soins à dispenser au moment de la naissance, par des moyens impossibles à appliquer dans les formations classiques en salle. Ils ont noté que le fait d'avoir un formateur à leurs côtés qui les observe lorsqu'ils pratiquent les compétences les a amenés à s'améliorer et à se sentir plus compétents. Les formations se sont révélées être plus efficaces que les formations classiques qui dispensent toutes les informations au cours d'un seul atelier de longue durée.
- **Les formations sur le lieu de travail permettent d'atteindre un plus grand nombre de prestataires de santé et de s'attaquer à la problématique de départ de prestataires.** La formation sur le lieu de travail et la supervision d'appui ont permis de former et de soutenir tous les prestataires de chaque formation sanitaire. Cette méthode de formation a permis de lutter contre toute perte de capacité résultant de la retraite ou de la réaffectation de prestataires formés étant donné que ce sont tous les prestataires de la formation sanitaire qui ont bénéficié du renforcement de leur capacité.
- **Une stratégie de formation est essentielle pour assurer un renforcement efficace des capacités.** Une stratégie de formation qui comprend l'élaboration de curriculum, la formation et le suivi par le biais d'une supportive supervision et d'un mentorat, plutôt que de multiples formations au gré des circonstances, est essentielle pour assurer un renforcement complet et durable des capacités des prestataires de santé.

- **Le renforcement des capacités doit aller de pair avec des améliorations des processus, de la gestion et des chaînes d'approvisionnement des formations sanitaires.** Les efforts de développement des capacités humaines doivent être combinés à ceux visant à améliorer la qualité globale de la prestation de services dans les centres de santé (par exemple, en améliorant la confidentialité et la prise en charge des patients) et en garantissant la disponibilité du matériel et des fournitures médicaux nécessaires. Autrement, les prestataires de services cliniques ne pourront pas atteindre le niveau de performance attendu. MCSP a fourni ces appuis grâce à d'autres interventions du programme.
- **Le MSP devrait continuer à soutenir l'opérationnalisation et la poursuite du travail des BRF.** Le rapport final du MCSP a révélé qu'en raison de l'affectation des prestataires, 40% de ceux affectés dans les formations sanitaires soutenues par MCSP ont rejoint le personnel après la formation. Il est donc essentiel de disposer d'un système permettant de maintenir les formations continues. Les BRF sont bien placés pour assurer la poursuite effective du renforcement des capacités des prestataires cliniques. Ils mériteraient d'être encouragés à appliquer des méthodes de formation plus innovantes et engageantes et à élaborer en permanence des plans d'action appuyant le développement des capacités humaines dans le secteur de la santé.
- **Le MSP devrait poursuivre ses efforts pour actualiser la politique nationale de formation.** Cette politique devrait intégrer certaines des approches de renforcement des capacités humaines décrites ici qui se sont avérées être efficaces à Madagascar. Ces approches comprennent des formations selon le modèle LDHF, une supportive supervision et un mentorat sur site et via le téléphone mobile.

Formation en action

Lorsque la sage-femme Marielle Bezafy (Rasazy) a commencé son travail en tant que prestataire responsable d'un service d'accouchement de CSB, elle a reçu du matériel de réanimation pour nouveau-né, mais elle ne savait pas comment l'utiliser. En juillet 2015, Rasazy a participé à une formation organisée par MCSP, au cours de laquelle elle a reçu une formation pratique sur des sujets liés à la SMN, notamment la réanimation du nouveau-né. Un mois plus tard, lorsque Félicie Raharinirina s'est rendue au CSB pour accoucher de son bébé Albert, celui-ci est né en détresse fœtale et devait être réanimé. Rasazy a appliqué les nouvelles compétences acquises au cours de sa formation, utilisant le matériel de réanimation qui lui avait été fourni. Après avoir été aspiré, stimulé et ventilé, Albert a commencé à respirer.



Photo: MCSP/Haja Andriamiharisoa

Ce travail a été possible grâce au généreux soutien du peuple Américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), conformément aux dispositions de l'Accord de Coopération AID-OAA-A-14-00028. Les contenus relèvent du Programme de Survie de la Mère et de l'Enfant et ne reflètent pas nécessairement les visions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.