

MCSP Madagascar - Résumé Technique

La Supportive Supervision - Faisabilité et acceptabilité dans le cadre de la santé de la reproduction, de la mère et du nouveau-né

Novembre 2018

www.mcsprogram.org

La « supportive supervision » est une stratégie visant à promouvoir la qualité des soins et peut être définie comme « un processus consistant à guider, aider, former et encourager le personnel à améliorer sa performance afin d'offrir des services de soins de haute qualité ». ¹ De 2016 à 2018, le Ministère de la Santé Publique de Madagascar (MSP) et le Programme de survie de la mère et de l'enfant (MCSP) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ont mis en œuvre une intervention d'apprentissage de supportive supervision (SS) qui a ajouté plusieurs éléments innovants au modèle de supervision classique du MSP. L'intervention de SS visait à affiner les approches de supervision afin d'en augmenter la fréquence, la disponibilité et l'efficacité tout en les rendant plus pratiques (ce qui est particulièrement important pour assurer un appui continu aux prestataires des centres de santé de base (CSB II) difficiles d'accès). Afin d'évaluer le modèle de SS, MCSP a interviewé les prestataires et les superviseurs ayant participé à cette activité en ce qui concerne sa faisabilité et son acceptabilité ainsi que son efficacité en tant qu'approche pour maintenir les compétences des prestataires après la formation. Les participants ont également donné leurs impressions sur la mise en œuvre de la SS et ont émis des suggestions d'amélioration.

Contexte

Depuis 2010, le ratio de mortalité maternelle n'a pratiquement pas changé dans le pays et continue d'osciller autour de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes chaque année. Les infections, l'asphyxie/ les traumatismes à la naissance ainsi que la prématurité restent les principales causes de décès néonatal à Madagascar tandis que l'hémorragie du postpartum, la pré éclampsie et l'avortement non sécurisé continuent d'être les principales causes de mortalité maternelle. ² La mauvaise qualité des soins a probablement contribué aux taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. En 2014, MCSP a commencé à soutenir le MSP dans le renforcement des compétences

Encadré 1 : Composantes de l'approche de SS

- Mentorat mobile
 - Appels téléphoniques structurés entre superviseurs et prestataires (chaque semaine ou chaque mois)
 - Textes/questionnaires d'information (chaque semaine)
 - Utilisation du tableau de bord sur la qualité des soins de santé de la mère et du nouveau-né ainsi que des statistiques des autres services principaux pour examiner les indicateurs (chaque mois)
- Planification de l'amélioration de la qualité de service (chaque trimestre)
- Visites sur le terrain par les superviseurs (tous les six mois pour les centres accessibles, chaque année pour les sites difficiles d'accès)
- Evaluation de la qualité des données (EQD) et utilisation des données pour les discussions

Principaux constats

- Les répondants ont attribué le meilleur classement à la supervision sur place effectuée par les superviseurs par rapport à toutes les formes de supervision mentionnées et estimaient que la supervision sur place était plus faisable que la supervision à distance/mobile.
- Cinquante-huit pourcent (58%) des superviseurs enquêtés « sont tout à fait d'accord » pour dire que la SS les a aidés à maintenir les compétences des supervisés en SRMN.
- Les prestataires et les superviseurs ont des points de vue positifs sur les visites sur place, les revues de tableaux de bord, les EQD et la planification des actions, tout en notant une préférence générale pour la supervision sur place par rapport au mentorat mobile.
- Le MSP devrait continuer à investir des ressources dans la supervision et à expérimenter des modalités de SS en vue de renforcer l'amélioration de la qualité, en intégrant les enseignements tirés de cette activité.

¹ Garrison K, Caiola N, Sullivan R, Lynam P. 2004. Supervision des services de soin de santé : Améliorer la performance des personnes. Jhpiego ; Baltimore, MD.

² OMS. Profil statistique de Madagascar, 2015.

cliniques essentielles des prestataires de service en matière de santé de la reproduction, de la mère et du nouveau-né (SRMN). Œuvrant dans 16 des 22 régions du pays en 2018, MCSP a dispensé des formations continues axées sur les compétences en matière de SRMN à des centaines de prestataires. Etant donné que les compétences acquises pendant les formations ont tendance à se perdre au fil du temps, MCSP a également appuyé le MSP en assurant un suivi post-formation à travers la SS afin de contribuer au maintien des compétences à long terme. Tout comme pour les approches classiques de supervision, l'activité de SS (voir Encadré 1) visait à aider les prestataires à mieux respecter les normes de performance clinique, à continuer à se développer professionnellement et à se sentir motivés et soutenus dans leur travail à long terme.

De 2016 à 2018, MCSP a appuyé les superviseurs des Equipes de Management des régions et des districts (EMAR et EMAD) dans la réalisation de la SS pour les prestataires des CSB et des hôpitaux de neuf régions, dont certains étaient très enclavés et n'en avaient pas reçu de visites avant cette intervention. MCSP a formé et équipé les superviseurs pour qu'ils effectuent des visites sur site et fournissent un mentorat à distance avec un ratio d'un superviseur pour quatre ou cinq prestataires. Seuls les prestataires ayant participé aux formations sur la RMNH ont bénéficié de la SS, qui a débuté six mois environ après la formation. Au début de 2018, après deux ans de mise en œuvre de la SS, MCSP et le MSP ont mené cette évaluation afin de collecter les opinions des superviseurs et des prestataires sur la SS, qui sont essentiels afin d'appréhender les coûts, les avantages et bénéfices et de la possibilité de mise à échelle de l'approche.

Méthodologie

MCSP a élaboré deux enquêtes structurées, une pour les superviseurs et une pour les prestataires. Les enquêteurs du MSP et de MCSP ont interviewé un échantillon raisonné de 19 superviseurs et de 66 prestataires représentant 33 CSB de trois régions (Atsinanana, Matsiatra Ambony, Analamanga) de février à mai 2018. Les CSB admissibles incluaient : (1) ceux qui enregistrent en moyenne au moins 15 naissances par mois et qui figurent parmi les 33% de CSB ayant les nombres d'accouchement les plus élevés de la région ; (2) ceux qui se trouvent dans des endroits accessibles et sûrs ; et (3) ceux dont le chef CSB a autorisé la participation à l'évaluation. Deux prestataires ont été interviewés par CSB à condition que : (1) ils avaient reçu la formation sur la SRMN ; (2) ils étaient en poste à ce CSB depuis au moins six mois ; et (3) ils avaient consenti à participer. Des interviews directes et par téléphone ont été menées. Les données ont été collectées sur des formulaires en versions papier et numérique, compilées dans Excel et analysées par MCSP. Les questions de l'enquête étaient principalement axées sur les composantes de l'approche améliorée de SS appuyée par MCSP, mais deux types de supervision supplémentaires (auto-supervision et supervision par les pairs/prestataires) ont également été intégrés.

Les limites de cette activité de documentation tiennent de la petite taille des échantillons des prestataires / superviseurs et du faible échantillonnage au sein des régions cibles, ce qui affaiblit les résultats donc de la validité de l'évaluation. De plus, étant donné que les pratiques de supervision de routine du MSP ne sont pas bien documentées, il n'a pas été possible de comparer les approches de supervision classique et de SS. Il n'a également pas été possible d'analyser l'impact de l'approche de la SS sur la SRMN.

Principaux constats

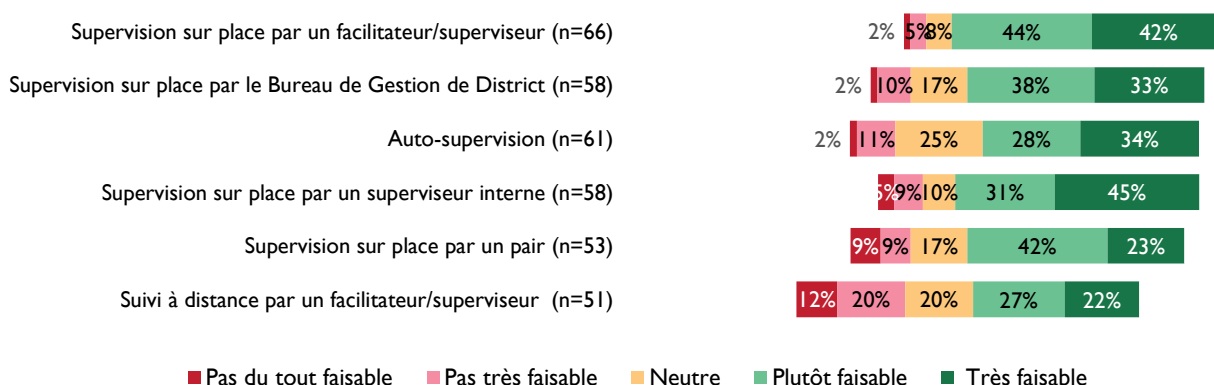
Prestataires

Sur les 66 prestataires interrogés, 26% étaient des médecins, 15% des infirmiers, 47% des sages-femmes et 12% d'autres types de personnel de santé. Tous travaillaient dans leur CSB depuis plus d'un an. Quatre-vingt-dix-huit pour cent (98%) ont déclaré avoir bénéficié d'une supervision sur place depuis le début de l'activité de SS tandis que 39% ont bénéficié d'un mentorat à distance. Presque tous les répondants (95%) ont déclaré avoir discuté de données et/ou analysé les données du tableau de bord lors des interactions de supervision (sur place ou à distance). Une majorité (86%) a également indiqué que leurs superviseurs les avaient aidés à cerner les mesures d'amélioration de qualité à prendre.

Maintien des compétences des prestataires : Tous les prestataires enquêtés ont convenu que l'approche de SS les avait aidés à maintenir leurs compétences en SRMN : 29% d'entre eux étaient « tout à fait » d'accord et 71% « plutôt » d'accord. Par exemple, un prestataire a déclaré que la SS « nous rappelle les théories et les pratiques, en particulier lors de la simulation de certaines compétences sur mannequin. J'ai oublié la plupart de ce que nous avons appris en salle de formation parce qu'il y avait trop de sessions ».

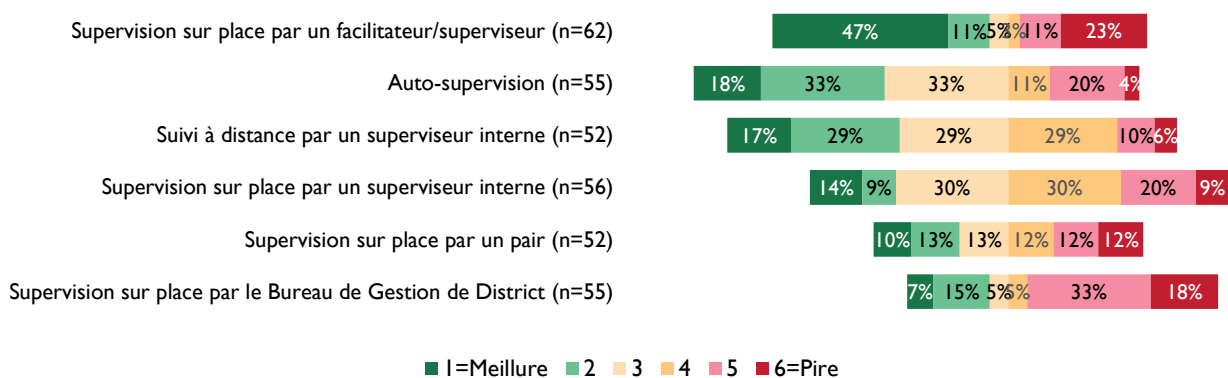
Faisabilité des types de supervision : Les prestataires ont été interrogés sur la faisabilité des différents types de supervision. Les deux approches considérées « très faisables » par la plupart des prestataires sont la supervision sur place par un facilitateur/superviseur (42%) et la supervision sur place par un superviseur interne (45%). Les répondants ont également été interrogés sur la faisabilité de l'auto-supervision et de la supervision par des pairs, leurs réponses sont présentées à la Figure 1.

Figure 1. Avis des prestataires sur la « faisabilité » des différentes composantes du paquet de SS



Efficacité des types de supervision : Les prestataires ont été invités à classer chaque type de supervision, du « meilleur » au « pire », en termes d'efficacité à améliorer leurs connaissances et leurs compétences (voir Figure 2). Sur 62 personnes qui ont classé la supervision sur place par un facilitateur/superviseur, 47% ont déclaré qu'elle était « la meilleure » tandis que 23% l'ont classée comme « la pire ». Les prestataires qui ont indiqué que ce type de supervision était « le meilleur » estimaient qu'il leur permettait d'améliorer immédiatement leurs compétences, même un prestataire a déclaré que « seule la supervision sur place peut améliorer mes connaissances étant donné que vous pouvez faire des démonstrations et me corriger si je fais des erreurs ». Des prestataires ont indiqué que ce type de supervision perturbent leur travail, car ils devaient répondre au superviseur plutôt que d'exécuter les tâches comme d'habitude. De plus, les prestataires ont souvent classé négativement la supervision sur place effectué par le Bureau de gestion du district parce qu'ils considéraient ce type de supervision comme une inspection plutôt que comme une occasion d'apprentissage. D'autres types de supervision ont été perçus de façon plus positive ; un répondant a décrit les différents types de supervision comme suit : « La supervision sur place permet de bien observer nos problèmes ; l'auto-supervision est pratiquée presque chaque jour ; la supervision par les pairs me donne du courage ; tout améliore mes compétences en prestations de soins ».

Figure 2. Type de supervision pour l'amélioration des connaissances et des aptitudes, classé du « meilleur » au « pire » par les prestataires



Pratiques utiles et défis rencontrés : Les prestataires ont été invités à décrire les pratiques de supervision qu'ils jugeaient utiles, ainsi que les difficultés rencontrées avec les différents types de supervision (Tableau 2). Malgré les nombreuses difficultés mentionnées liés à la supervision sur place, les répondants ont toujours préféré la supervision sur place au mentorat à distance, décrivant la supervision sur place comme « meilleure et plus efficace ».

Table 1. Pratiques de supervision utiles et difficultés rencontrées lors de la supervision selon les prestataires

Pratiques utiles	Difficultés rencontrées
<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la supervision sur place, les compétences sont pratiquées sur mannequin et avec des clients réels en utilisant les listes de vérification. • Les superviseurs (sur place) donnent leur feedback en temps réel. • Les connaissances sont revues à travers des questions et des rappels de théorie et de bonnes pratiques (sur place). • Les prestataires observent les démonstrations et les simulations effectuées par les superviseurs (sur place) sur mannequin. • Les prestataires répètent les pratiques difficiles, telles que la réanimation du nouveau-né (sur place). • Les tableaux de bord de données sont revus (sur place). • Les plans d'action font l'objet de suivi (sur place). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le temps n'est pas toujours suffisant pour la supervision (sur place). • La supervision interfère avec les activités de soins (sur place). • La supervision intégrée est fastidieuse et représente « trop de travail » (sur place). • L'inexistence de cas réel pendant une visite de supervision (sur place). • Certains superviseurs ne sont pas des « décideurs capables de donner des solutions nettes » (sur place). • Les plans d'action ne sont pas communiqués aux supervisés • L'espace ou les équipements ne suffisent pas pour mener une supervision efficace (sur site). • Les problèmes de réseau (ex : difficultés à passer/recevoir des appels téléphoniques) empêchent le mentorat à distance.

Suggestions d'amélioration : Les suggestions d'amélioration formulées individuellement par les prestataires comprennent : raccourcir la durée de supervision sur place (pas plus d'une journée à la fois) ; programmer les visites de supervision dans les périodes où les prestataires n'ont pas beaucoup d'activités ; organiser des visites de supervision au niveau du district ; organiser des visites de supervision sur place une fois par trimestre et des appels téléphoniques une fois par semaine ; Avoir deux superviseurs dans la même visite au centre (l'un s'occupe des clients tandis que l'autre mène la supervision avec le prestataire) ; fournir plus de crédit téléphonique aux prestataires et aux superviseurs ; augmenter la fréquence de supervision, en particulier pendant les mois de haute fréquentation ; et communiquer les plans d'action et les rapports de supervision aux personnes supervisées afin qu'elles sachent les différentes mesures à prendre.

Superviseurs

Sur les 19 superviseurs interrogés, 15 étaient des médecins, 1 était un infirmier et 3 étaient des sages-femmes. Une majorité (79%) avait suivi la formation sur l'approche de SS et tous les répondants ont déclaré que la revue des tableaux de bord des indicateurs, l'utilisation des listes de vérification des compétences, le contrôle de la qualité des données et le suivi des plans d'action et d'amélioration de la qualité faisaient partie de leurs responsabilités en matière de supervision. Interrogées sur le nombre de visites de supervision sur place effectuées au cours des six derniers mois, 1 personne a déclaré n'en avoir fait aucune, 37% ont déclaré avoir fait entre 1 et 3 visites, 47% ont déclaré avoir effectué 4 visites ou plus, et une personne a déclaré avoir effectué 8 visites sur site. Le taux moyen d'achèvement était de 78% pour la supervision sur site tandis qu'il était de 76% pour le mentorat à distance pour l'ensemble des superviseurs. Près de la moitié (47%) ont déclaré avoir assuré une SS pour le personnel des hôpitaux.

Maintien des compétences des prestataires : La plupart des superviseurs interrogés ont convenu que l'approche de SS les avait aidés à maintenir les compétences en SRMN de leurs supervisés, 58% étant « tout à fait d'accord », 37% étant « plutôt » d'accord et 5% ayant donné une réponse « neutre ». Un superviseur a fait remarquer que « la supervision renforce à la fois la capacité du prestataire et du superviseur ».

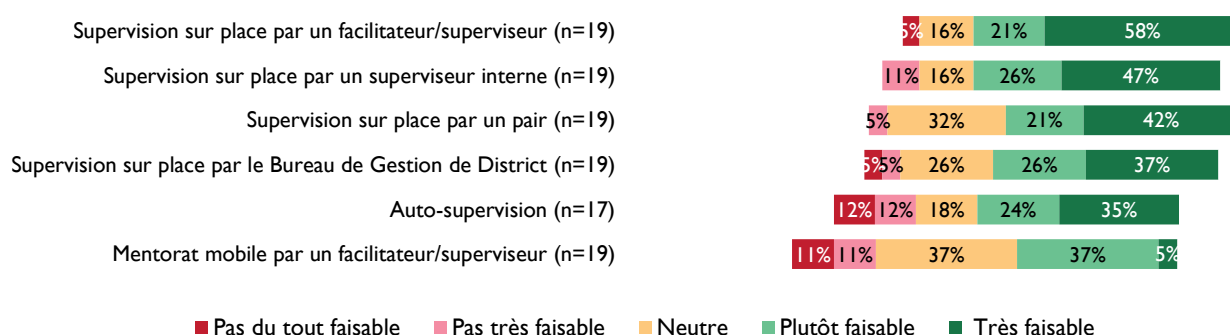
Temps nécessaire pour la SA : Les avis étaient partagés quant à savoir si le fait d'allouer du temps à la SS perturbait les activités normales des superviseurs. Environ un tiers des répondants ont déclaré que la SS avait effectivement perturbé leurs activités quotidiennes tandis que deux tiers ont affirmé le contraire (Tableau 2).

Tableau 2. Evaluation du superviseur établissant si la mise en œuvre de la SS a perturbé ses activités normales

Enoncé de la question	Réponses	n	% (N=19)
L'allocation de temps à la SS perturbe vos activités normales	Tout à fait d'accord	1	6 %
	Plutôt d'accord	5	28 %
	Neutre	0	0 %
	Plutôt en désaccord	8	44 %
	Tout à fait en désaccord	4	22 %

Faisabilité des types de supervision : Les réponses des superviseurs reflétaient les réponses des prestataires sur la faisabilité de l'approche. La Figure 3 montre que 58% des superviseurs ont estimé que la supervision sur place d'un facilitateur/superviseur était l'approche la plus pratique. Il a également été demandé aux superviseurs s'il était faisable que les prestataires se supervisent eux-mêmes et soient supervisés par des pairs. Les répondants ont déclaré qu'ils pensent que les deux options étaient relativement faisables.

Figure 3. Les répondants ont déclaré que la supervision sur place par un facilitateur/superviseur était faisable



Pratiques utiles, difficultés rencontrées et suggestions d'améliorations : Enfin, les superviseurs ont décrit les avantages tirés de la SS, les pratiques de supervision qu'ils ont trouvées utiles, les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des différents types de supervision et les suggestions d'améliorations futures (Tableau 3).

Tableau 3. Avantages tirés, pratiques utiles, difficultés et améliorations potentielles des pratiques selon les superviseurs

Pratiques utiles	Avantages tirés de la supervision
<ul style="list-style-type: none"> Les tableaux de bord sont revus/analysés et des contrôles de la qualité des données sont effectués. Les démonstrations et les pratiques des compétences sur mannequin. Les revues des documents de référence et des listes de vérification. 	<ul style="list-style-type: none"> Les relations entre collègues s'améliorent. La curiosité et le désir d'apprendre des prestataires sont stimulés. La satisfaction des prestataires augmente à l'égard de la supervision sur place. Les prestataires acquièrent de meilleures habitudes.

Pratiques utiles	Avantages tirés de la supervision
Difficultés rencontrées	Suggestions d'améliorations
<ul style="list-style-type: none"> Le temps ne suffit pas pour la supervision. Il y a des problèmes logistiques (mauvaise état des routes /équipements de mauvaise qualité, fonds insuffisants pour les communications téléphoniques et les déplacements). La prestation de soins au patient est perturbée (parfois les superviseurs doivent parfois intervenir et accomplir le travail du supervisé). La supervision est de mauvaise qualité si la relation prestataire/superviseur est mauvaise. 	<ul style="list-style-type: none"> Le calendrier journalier de prestation de services des CSB sont communiqués aux superviseurs pour améliorer la programmation des visites de SS. Deux superviseurs sont envoyés par visite afin que l'un puisse aider les clients tandis que l'autre se concentre sur la supervision. Utiliser les réunions de revue trimestrielle pour effectuer la supervision (en particulier pour les CSB difficiles d'accès). Il faut insister sur le fait que la supervision est à des fins d'amélioration et non pas de sanction. Former les chefs CSB en technique de supervision afin d'améliorer la supervision continue sur place qui sera renforcée par un mentorat à distance par les superviseurs de district. Assurer un financement continu pour couvrir les coûts liés à la supervision.

Implications pour les programmes et les politiques

Les prestataires et les superviseurs ont exprimé des points de vue positifs vis-à-vis de la SS et de l'approche améliorée, déclarant que chaque type d'appui est utile pour mettre à jour et/ou maintenir les compétences, la motivation et la confiance des prestataires après formation. Parmi les types de supervision mentionnés, les répondants ont attribué le meilleur classement à la supervision sur place assurée par les facilitateurs/superviseurs étant donné que ce type a été décrit comme « très faisable » par plus de superviseurs que toute autre méthode, en plus d'avoir été décrit comme « très faisable » et comme étant « la meilleure méthode » par plus de prestataires que toute autre méthode. Ces résultats sont encourageants étant donné que dans certains contextes, les prestataires considèrent la supervision sur place comme punitive ou démotivante, alors que certains superviseurs la considèrent comme fastidieuse ou peu pratique. En termes de faisabilité, les prestataires et les superviseurs ont estimé que les formes de supervision sur place étaient plus faisables que la supervision à distance - un constat important étant donné que l'un des objectifs des interventions à distance était de rendre la supervision plus accessible, plus fréquente et plus disponible aux prestataires des lieux distants ou difficiles d'accès.

A l'avenir, le MSP de Madagascar devrait continuer à expérimenter les modalités de supervision afin de renforcer les approches existantes en matière de formation continue et d'amélioration/assurance de la qualité. Le MSP devrait intégrer les enseignements tirés de cette activité (exemple : les superviseurs doivent toujours communiquer les plans d'action à la fin de chaque leurs visites/appels ; de discuter des données en temps réel et des tableaux de bord des données lors des visites/appels de supervision ; respecter les programmes des centres de santé et attendre la disponibilité des prestataires lors des visites sur site) et documenter les approches efficaces et inefficaces. Les autorités au niveau région et district devraient prioriser les activités de supervision régulières dans leurs plans de travail annuels et affecter un budget adéquat pour leur mise en œuvre. MCSP a appuyé le renforcement de capacité des équipes de gestion de la santé de district dans 10 districts afin qu'elles organisent, maintiennent et mènent diverses activités de supervision en mobilisant leurs propres ressources.

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.