

> **MADAGASCAR**

**MÉTHODOLOGIE D'INSTALLATION DE
SAGES-FEMMES EN ZONES RURALES**

> **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

| | |
|--------------------------------------|--|
| Thématique | Santé - Santé et droits sexuels et reproductifs, santé maternelle et infantile, médicalisation des zones rurales, entrepreneuriat social. |
| Population cible | 13 sages-femmes communautaires |
| Dates du projet | 2021-2024 |
| Milieu d'intervention | Zones rurales |
| Pays, région | Madagascar, région Analamanga, dans les districts d'Anjozorobe, d'Ankazobe et Manjakandriana |
| Structures de soin concernées | 13 Cabinets d'Accouchement Communautaires (CAC), 13 Centres de Santé de Base (CSB), 1 Centre Hospitalier de Référence de District (CHRD) d'Anjozorobe |
| Principaux partenaires | <ul style="list-style-type: none">- Ordre National des Sages-femmes de Madagascar (ONSFM),- Association Nationale des Sages-femmes de Madagascar (ANSFM),- Association des Médecins Communautaires de Madagascar (AMC-MAD),- Services de District de la Santé Publique (SDSP) des 3 districts,- Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) d'Analamanga,- Ministère de la Santé Publique. |
| Objectifs | <ul style="list-style-type: none">- Proposer une offre de soins primaires et en santé sexuelle et reproductive de proximité et de qualité en zones rurales- Recruter et accompagner à l'installation 13 sages-femmes en cabinets d'accouchement communautaires, intégrés dans la carte sanitaire malgache |
| Stratégies mobilisées | <ul style="list-style-type: none">- Santé communautaire- Sensibilisation sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR)- Formation en gestion de cabinet libéral- Formation en techniques de soins- Partenariats avec les communautés- Coopération avec les accoucheuses traditionnelles- Réflexion axée "parcours de soins centrés sur le patient" via des liens de référencement |
| Méthodologie | <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 (Médecins inspecteurs des EMAD d'Anjozorobe et Ankazobe, sage-femme de l'ONSFM) et des bénéficiaires du projet (SFC, élus locaux).</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 :

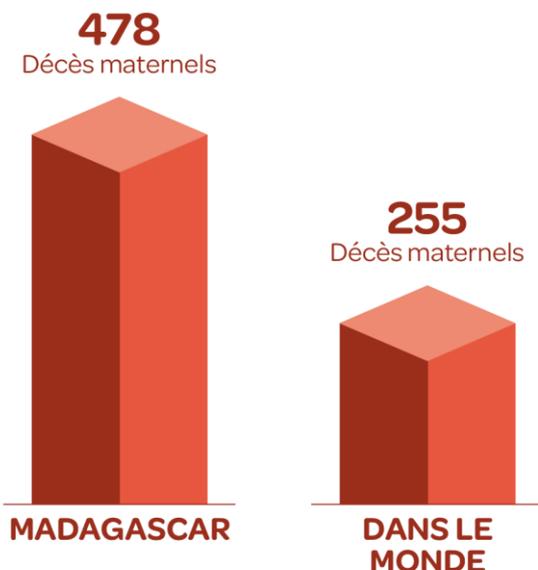
Lutte contre les maladies prioritaires ; Médicalisation des zones rurales ; Santé communautaire ; Santé, droits sexuels et reproductifs et égalité de genre ; Enfance : santé et développement.

> 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

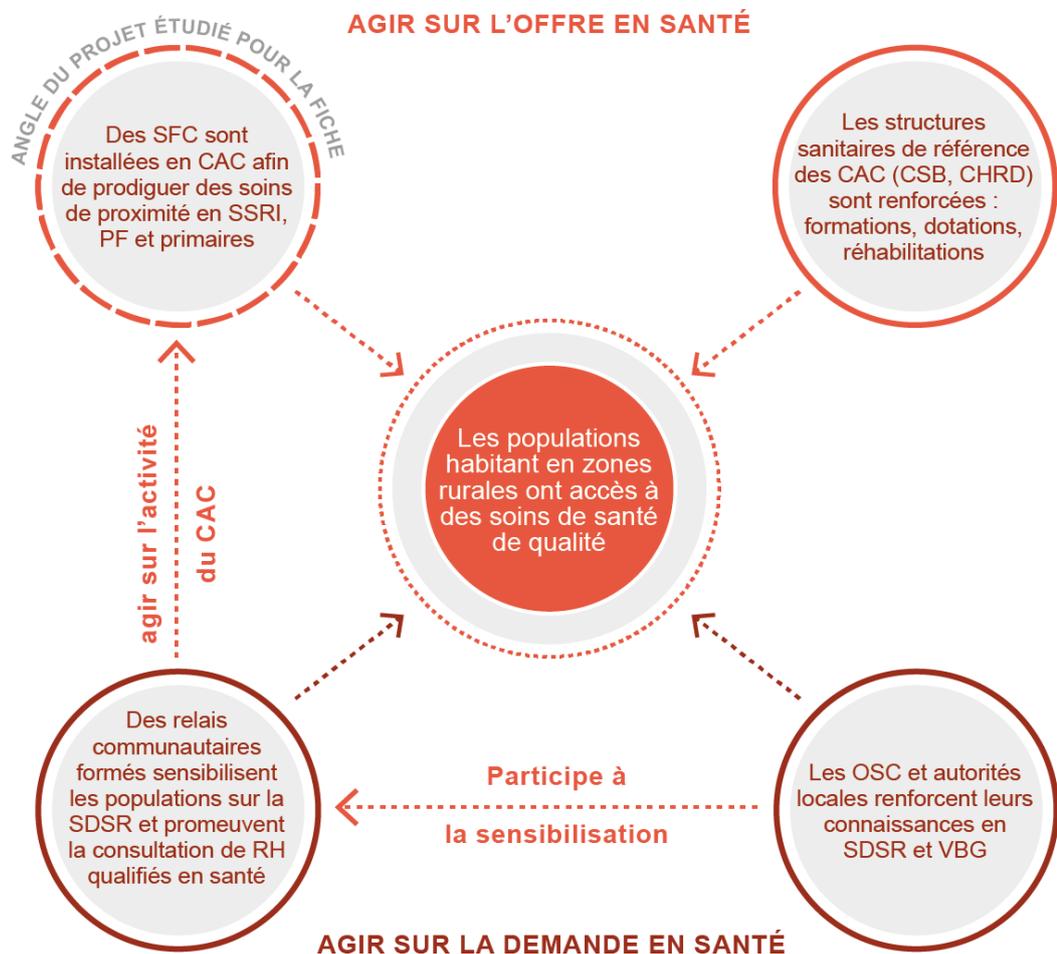
Dans ce contexte de faible accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, le présent projet vise à développer des mécanismes intégrés et coordonnés pour renforcer l'accès aux soins en zone rurale. Pour ce faire, il s'agit d'installer puis d'accompagner 13 sages-femmes communautaires (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, des activités complémentaires sont menées pour l'amélioration globale de l'offre et la demande en santé dans la région ciblée. En ce sens, Santé Sud renforce 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.D.

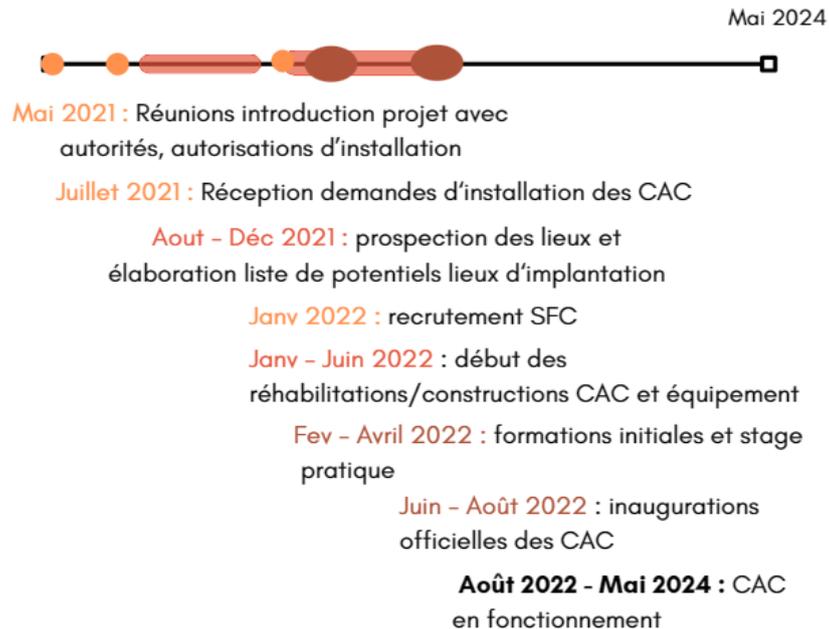
Il s'agit aussi de renforcer les connaissances des organisations de la société civile, des professeur·es et des autorités locales en santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) afin de planifier à terme des actions pérennes d'éducation auprès des jeunes et adolescent·es. Enfin, des actions de sensibilisation sur la SSR sont réalisées avec l'appui de relais communautaires auprès des communautés.

La présente fiche de capitalisation se focalisera sur la phase d'installation des sages-femmes communautaire afin de détailler la méthodologie déployée, inspirée par 30 années d'installation de médecins généralistes communautaires et adaptée récemment dans l'exercice des sages-femmes.



| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Autorités sanitaires | Ministère de la santé | Autorisations officielles CAC, formation technique, convention avec SFC |
| | Direction régionale de la santé (DRS) | Autorisations officielles CAC |
| | Services de district de la santé publique (SDSP) | Autorisations officielles CAC, sélection des sites, recrutement des SFC, inauguration officielle CAC |
| Autorités locales | Elus locaux (chefs fokontany, maires, chefs districts) | Demandes officielles CAC, sélection des sites, inauguration officielle CAC, ancrage des SFC dans la communauté |
| Organisations de professionnels | Ordre National des Sages-femmes Malgache (ONSMF) | Recrutement des SFC, formation initiale |
| | Association des médecins communautaires de Madagascar (AMC MAD) | Formation préalable, stage pratique |
| | PARTENAIRES | PHASE D'IMPLICATION DU PARTENAIRE |

Calendrier du processus d'implantation des SFC



L'installation des sages-femmes communautaires se déroule majoritairement à la fin de la première année du projet. Cela permet à l'équipe projet de mettre ensuite en œuvre l'accompagnement des SFC dans leurs premières années d'exercice en milieu rural isolé ainsi que les activités complémentaires de sensibilisation de la communauté aux enjeux de santé et à la SDSR. L'intégration des SFC dans la communauté est un processus continu et s'inscrit dans le temps.



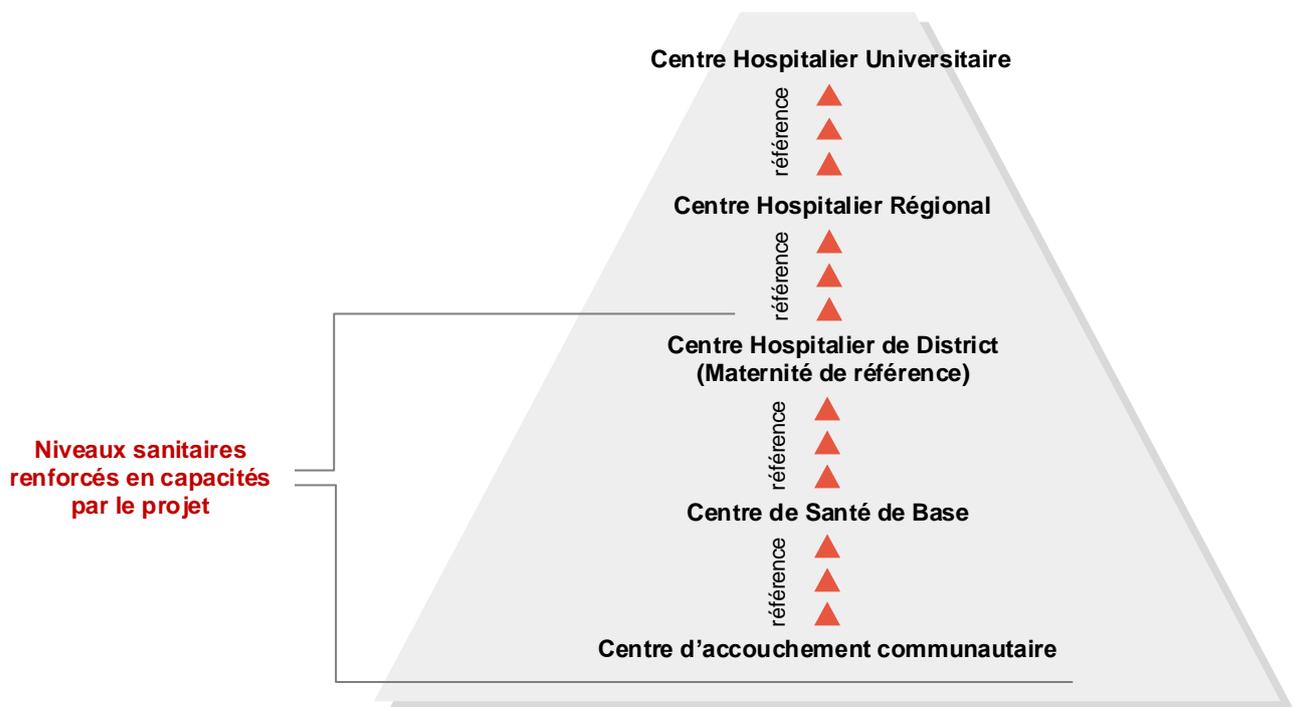
1. Phase préalable à toute installation : démarches auprès des autorités sanitaires locales, régionales et nationales

Afin de s'inscrire dans la politique de santé malgache, il est nécessaire de rencontrer les différents représentant-es des autorités sanitaires au préalable afin d'obtenir leur soutien sur l'ensemble du projet. En effet, ce soutien global est nécessaire pour installer des SFC, afin d'obtenir des autorisations officielles de leur part et qu'ils intègrent le CAC dans la pyramide sanitaire locale, régionale et nationale, en tant qu'offre de soins complémentaire aux offres déjà présentes. Il s'agit également d'obtenir l'implication de leurs représentant-es, que ce soit pour l'accompagnement régulier des SFC ou leur présence lors d'évènements d'inauguration. Ce lien de confiance avec les autorités est essentiel dans la pérennisation du projet et la mobilisation des communautés.

Il s'agit tout d'abord de rencontrer la Direction de la Santé Familiale et la Direction des Soins de Santé de Base du ministère de la Santé Publique, puis la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP) d'Analamanga, et enfin les Services de District de Santé Publique (SDSP) des 3 districts, chacun représentés par un médecin inspecteur, afin de présenter la démarche du projet, ses enjeux et ses apports.

Par la suite, il est nécessaire de rencontrer les autorités territoriales, telles que les divisions de districts et les divisions communales, représentées par le-la chef-fe de district et le-la maire. Ce dernier passage est obligatoire pour s'assurer d'agir en toute légalité et légitimité dans les zones sanitaires ciblées, mais aussi de susciter l'adhésion des populations à travers cette reconnaissance officielle de la future structure.

Continuum de soins



Santé Sud travaillant depuis 30 ans sur des thématiques relatives à la médicalisation des zones rurales (MZR) à Madagascar, ses relations avec les représentant-es des services sanitaires étaient déjà fluides et solides, facilitant donc cette étape préalable.



Les changements de poste assez réguliers peuvent altérer les communications avec les représentant-es institutionnel-les. Il s'agit de réexpliquer l'intérêt du projet, de la collaboration et de retisser une relation de confiance.

2. Pré-sélectionner les sites d'implantation : où installer les Cabinets d'Accouchement Communautaires (CAC) ?

Les autorités de district et les maires, en concertation avec les médecins inspecteurs concernés, après avoir rencontré les équipes de Santé Sud qui leur ont expliqué le processus d'installation et ses prérequis, contactent les chefs fokontany dans chacun de leurs districts pour leur présenter l'opportunité d'implanter un CAC dans un leur fokontany (qui est l'égal de plusieurs hameaux ou d'un petit village).

Les demandes d'installation de CAC sont formulées par les chefs de fokontany, car ils sont au plus proche des communautés et connaissent les problématiques communes à l'ensemble du village. Ces derniers prennent le temps au préalable de consulter les habitant·es, afin d'analyser leurs besoins en santé et leurs avis sur l'installation. Cela peut être effectué sous forme de porte à porte ou bien de réunions de village. Le chef fokontany fait remonter les résultats de ces consultations au niveau de la commune, qui va rédiger une proposition d'installation (d'après une trame fournie par Santé Sud, prévoyant des renseignements clés¹) qui doit ensuite être validée par le chef de district et le médecin inspecteur avant d'être déposé au Service de Santé Publique du District (SDSP), qui remettra finalement les dossiers à Santé Sud.

¹ Voir en Annexe



« J'ai vu un grand intérêt dans le CAC pour ma communauté, car pour se rendre au CSB de rattachement il y a plusieurs rivières à traverser, qui sont infranchissables en périodes de pluie, ce qui complique l'accès aux soins. »

- Jean Baptiste, Chef Fokontany d'Andranonahoatra

Une fois la liste de propositions de localités pour l'implantation des sites transmises par le SDSP à Santé Sud, une première sélection est effectuée selon les critères suivants, stratégiques pour le bon fonctionnement du CAC et sa pérennité :

- Distance de 10km entre le CAC et une formation sanitaire, principalement les CSB, afin de ne pas être trop près de cette infrastructure pour éviter de faire doublon et détourner la population de référence couverte par son aire de responsabilité, mais de ne pas être trop éloigné pour permettre un référencement en cas d'absence de la SFC;

- Couvrir une population de 5 000 habitants minimum, afin d'assurer une moyenne de consultations et d'activités pour le CAC qui permette à la SFC de vivre dignement de son activité privée;
- Vérifier que la communauté est capable de fournir une infrastructure de base qui servira de cabinet et de logement pour la SFC (voir rubrique 5).

Des pré-études de faisabilité sont effectuées par les équipes de Santé Sud, les équipes de management des districts (EMAD) et les communes.

La chargée de mission de Santé Sud mène des focus group avec les communautés (notamment avec les femmes et les jeunes) des sites présélectionnés pour s'assurer de leur motivation, capacités financières et élaborer le profil socio-économique de la communauté.



Par la suite ce sont les SFC, une fois recrutées et formées (cf. Rubrique 3), qui mènent elles-mêmes les études de faisabilité des sites qu'elles sélectionnent. Le but est notamment d'étudier la demande réelle en soins des communautés et de permettre aux SFC d'aller à la rencontre de leurs communautés bien avant l'installation. En effet, il est nécessaire de partir de cette "motivation" communautaire et non de proposer de manière unilatérale des sites, car celle-ci est garante de l'accueil de la SFC sur les lieux et de la quantité moyenne d'activités des CAC.



« Quand je me rends dans les communautés, j'en profite pour les sensibiliser sur le fait que la SFC n'est payée ni par Santé Sud ni par l'Etat mais par eux, à travers les consultations. Je leur explique que cette installation c'est pour eux, pour diminuer la mortalité maternelle et infantile et pour que chaque femme de la communauté bénéficie de soins. »

- Perle Randriambololona, Chargée de mission, Santé Sud



> Focus sur l'étude de faisabilité

Ses objectifs principaux sont les suivants :

- Etudier l'environnement géographique (accès, climat, routes), socio-économique (activités économiques principales, alimentation, salaire journalier) et sanitaire (maladies chroniques spécifiques, vulnérabilité due à l'éloignement sanitaire) du territoire considéré. Exemple : niveau d'engagement et d'appui du maire, du chef fokontany et des CSB ; conscientisation des populations de leurs propres besoins en soins ;
- Délimiter l'aire de responsabilité du CAC et estimer la population de référence couverte (habitant-es dont on estime qu'ils-elles sont naturellement (pour des raisons géographiques, historiques ou socio-économiques) dans la zone d'attraction du lieu d'installation) ;
- Faire une simulation des activités attendues et une estimation des résultats financiers atteignables sur les 3 ans, en fonction des capacités financières des communautés ;
- Analyser les risques, faiblesses, opportunités et forces du territoire.

Cette étude d'une dizaine de jours a pour but d'amener la SFC à une bonne connaissance de son futur territoire et de ses patient-es. Afin de mener à bien cette étude, la SFC mène des échanges avec les habitant-es, les autorités locales, les matrones. Cela se fait à la fois sous forme de "focus group", avec des thématiques comme : la volonté de payer pour des soins, les capacités financières pour régler une consultation, la possibilité de collaboration des matrones ou la volonté des femmes d'accoucher au CAC.

La SFC a accès aux archives et données officielles des fokontany, communes, districts, qui souvent ne sont pas exactes ou à jour. Elle doit surtout échanger avec les chefs de fokontany pour connaître le profil des populations et ses données de recensement, mais elle fait aussi du porte à porte pour compter les habitant-es et les rencontrer. Ces rencontres souvent informelles sont l'occasion pour la SFC de poser des questions spécifiques et récolter ses données.

À travers la récolte de ces données, elle peut se projeter dans l'avenir en termes d'organisation et projections (nombre moyen de consultation, revenus) et déterminer la viabilité de son installation.



« Comme la date de ma venue était déjà connue, le Maire a organisé un regroupement de la communauté pour me présenter. Ensuite, avec un chef fokontany j'ai fait le tour des fokontany couverts par le site et on a fait du porte à porte pour rencontrer les gens et aussi recueillir des informations tels que le nombre de personne dans chaque ménage, leurs activités lucratives etc. »
- Sage-femme communautaire, Tsinjo

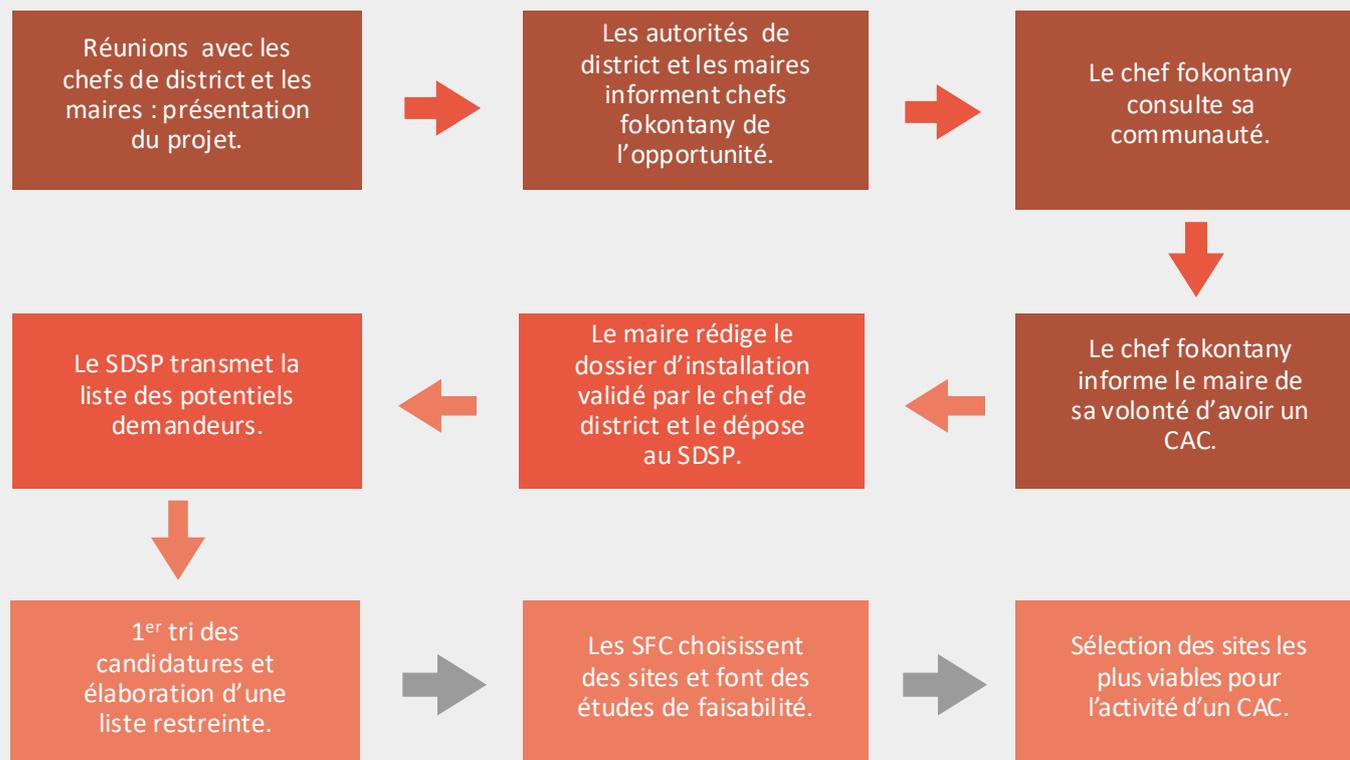


Il faut penser à budgétiser plus d'études de faisabilité que le nombre de sites finaux, car, à l'issue d'une étude, la SFC peut décider que le site proposé, au vu des résultats obtenus, ne lui convient pas personnellement, ou ne permet pas une installation pérenne et viable, et doit donc mener une nouvelle étude sur un autre site. Dans le cadre du projet, nous avons dû mener 7 études pour 5 sites.



Lors de leur étude de faisabilité, il est important que les SFC soient introduites obligatoirement par Santé Sud, sinon accompagnées par le maire ou un-e représentant-e, afin de les soutenir et de leur donner une légitimité auprès des habitant-es.

Schéma des étapes de sélection des sites d'installation de CAC :



3. Recrutement des sages-femmes communautaires

L'Ordre National des Sages-femmes de Madagascar (ONSFM) est l'organe de référence pour toutes les SF ou toutes autres entités ayant une activité en relation avec la pratique des SF. Il a pour mission de veiller au respect des normes déontologiques et éthiques et des réglementations qui régissent la pratique. Les SF sorties d'écoles et souhaitant s'intégrer au système de santé public s'inscrivent systématiquement auprès de l'Ordre et s'alignent à ses principes. C'est donc une entité incontournable dans le recrutement car toute SF à la recherche d'un poste se référera à ce réseau. L'offre est ainsi diffusée d'une part sur le canal interne de l'ONSFM, auprès de toutes ses adhérentes et est d'autre part relayée par les SDSP à l'échelle des districts dans le but de favoriser les candidatures locales, qui semblent plus adaptées aux conditions de vie en zones isolées.



« Je suis originaire d'Andilamena, une amie sage-femme qui faisait du bénévolat dans le district d'Ankazobe m'a appelé pour m'informer de l'offre. » - Ernestine, sage-femme communautaire

« Moi, quand je suis allée payer ma cotisation au bureau de l'ONSFM, la secrétaire m'a informée de l'existence de cette offre. » - Nosy, sage-femme communautaire

« J'ai pris connaissance de l'offre de recrutement de Santé sud par mon ancien conseiller pédagogique, là où j'ai fait mes études de sage-femme, il m'a envoyé un SMS. » - Lovasoa, sage-femme communautaire



Nous recrutons toujours plus de profils, que de postes disponibles, car, parfois, certaines candidates, à l'issue des quatre semaines de formation, se désistent. Ainsi nous avons d'autres candidates qui ont suivi les formations qui peuvent directement prétendre au poste. Dans notre cas, nous avons formé 7 SF pour 5 postes et avons eu un désistement remplacé tandis que la 7^{ème} a pu remplacer une ancienne SFC qui avait démissionné.



> Critères de recrutement préétablis :

- Être titulaire d'un diplôme d'état de sage-femme ;
- Être inscrite à l'ONFSM et s'aligner à ses principes ;
- Avoir fait du bénévolat dans les centres de santé publics du district, dans un souci d'intégration de la SF dans la communauté à l'avenir. Les SF bénévoles ont déjà une expérience de la pratique en zone rurale isolée et seront donc plus aptes à se projeter dans leur installation, car elles connaissent déjà les communautés et la dynamique locale.

Santé Sud a également ciblé les SF issues d'instituts privés de formation paramédicale habilités par la Direction des Instituts de Formation Paramédicales (DIFP). En effet, les sortantes d'instituts privés semblent avoir moins d'opportunité de recrutement dans la fonction publique et sont donc plus aptes à candidater pour le poste de SF indépendante que nous proposons.

Par ailleurs, lors des entretiens d'embauche, le côté humain, adaptable et sociable des SF a été évalué, car ce sont ces appétences qui faciliteront son établissement et donc le démarrage financier de son activité.

Prendre la décision d'aller s'installer dans un village isolé n'est pas évident pour une jeune diplômée. Face à cette réalité, il faut s'adapter et proposer un suivi-formatif et un accompagnement solide pour sécuriser la SFC dans sa pratique. Pour ce faire, de nombreuses formations de base sont proposées aux SFC (cf. rubrique 4). Elles sont par ailleurs suivies et accompagnées régulièrement dans leurs pratiques et sur plusieurs aspects de leur métier (cf. Fiche capitalisation 2).

Il s'agit néanmoins d'une aventure à la fois professionnelle et personnelle, car les SFC sont souvent mariées et avec des enfants, contexte qu'il faut prendre en compte pour la pérennisation de leur installation. C'est pourquoi des contreparties sont proposées afin de pallier certains inconvénients de la pratique en zone rurale isolée. Les SFC reçoivent par exemple des motos afin de leur permettre de se déplacer librement et de réduire les longues distances de trajet sur leurs sites.



« Les relations avec la communauté ont été plutôt facile à créer, car je la connaissais déjà en ayant travaillé au CSB2 de rattachement du fokontany. »

- Francia, sage-femme communautaire.



« La sage-femme communautaire ne doit pas se sentir supérieure, elle doit être quelqu'un de simple et abordable. Il faut surtout de l'audace pour aller au-devant des communautés et faire face aux rumeurs. Aussi, en zone rurale tout l'environnement n'est pas propice à la pratique des soins, il faut donc s'adapter et changer ses habitudes. Il faut avoir toute la compétence technique, pour que les patientes soient satisfaites en sortant et nous conseillent auprès de leurs paires. » - Francia, sage-femme communautaire



« Les sages-femmes communautaires sont très jeunes, donc n'ont pas encore beaucoup d'expériences, d'où l'intérêt d'avoir autant de suivi-formatif et de les consolider dans leur pratique. » - Nolwenn de Rigaud, référente santé sexuelle et reproductive Santé Sud



« Cela n'était pas prévu initialement dans le projet mais dans plusieurs cas, les maris des sages-femmes ont postulé aux postes de formateurs locaux (responsables du suivi des jeunes pair-es éducatrices), ce qui les implique dans le projet. Cela permet d'intégrer d'autant plus la SFC localement auprès de la communauté et pérennise aussi son installation » - Nolwenn de Rigaud, référente santé sexuelle et reproductive Santé Sud

4. Renforcement des SF : formation préalable et stage pratique



> Les formations préalables à l'installation et la pratique en CAC

La formation préalable des SFC se déroule en quatre semaines. La première est consacrée à la formation générale de la SFC afin qu'elle puisse mener à terme son activité d'entrepreneuriat social et les trois dernières à son renforcement en techniques de soins.

Modules de la première semaine :

- Ethique, déontologie et accueil patient-es, par une formatrice de l'ONSFM
- Introduction au système de santé malgache et au système de référencement
- Etapes d'installation en CAC et son fonctionnement (système de référence, aire de responsabilité, étude de faisabilité, conventionnement), par les équipes de Santé Sud et les Référents Maitres de Stage (RMS), qui sont eux-mêmes médecins généralistes communautaires (MGC).
- Communication rurale et participation communautaire : modules permettant à la SFC de comprendre comment promouvoir son activité en zone rurale en fonction des dynamiques locales et des réseaux de sociabilité déjà mis en place (regroupement quotidien dans un lieu fixe, bouche à oreille, repas informels, etc).
- Gestion administrative et financière
- Exercice en situation isolée et esprit d'autonomie et d'entrepreneuriat

Les trois autres semaines consistent à un renforcement technique en :

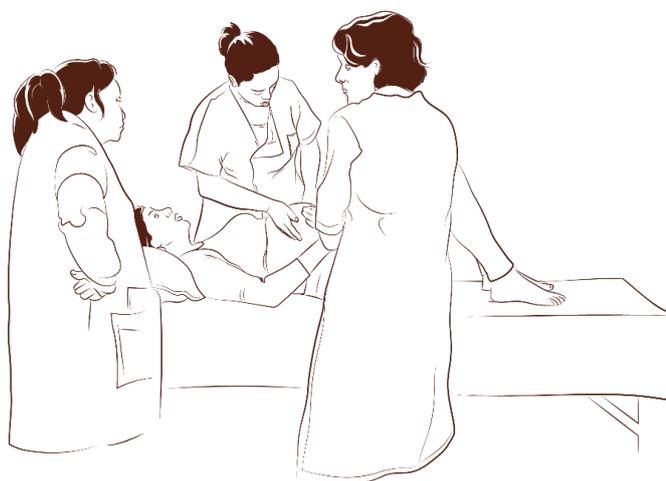
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgences de base (SONUB) ;
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
- Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ).

Ces formations sont d'abord théoriques puis pratiques, avec des mises en situation au sein de l'hôpital mère enfant d'Ambohimandra (Analamanga) pour la PCIME. Elles sont tenues par les formateur-ices du ministère de la Santé Publique notamment par les équipes de la "Direction Santé Famille (DSfa)". Elles sont formées selon un curriculum officiel déjà validé et opérationnalisé par le ministère, permettant donc aux SFC de s'intégrer par la suite au système de santé public même si un CAC est un établissement privé. Les formateur-ices supervisent les pré et post-tests des SFC, afin d'évaluer l'évolution de leurs connaissances et effectuent des validations de compétences à l'issue des modules pratiques, pour assurer à terme la qualité des soins dispensés.



« Cette formation est très importante car elle corrige beaucoup de mauvaises habitudes que j'ai prises pendant mes stages bénévoles au CSB 2 et elle donne aussi lieu à beaucoup d'échanges sur les pratiques, les soins, les traitements, relations avec la communauté. »

- SFC Francia



> Le stage pratique

Il s'agit d'envoyer chaque SFC 14 jours auprès de médecins généralistes communautaires (MGC), référents maîtres de stages (RMS), afin qu'elles puissent observer la gestion quotidienne d'un cabinet communautaire et renforcer leurs savoir-faire et savoir-être nécessaires à la pratique en communauté. Le RMS en tant qu'ainé expérimenté peut prodiguer des conseils plus personnels à la SFC pour l'accompagner dans son installation et la rassurer.

Quatre thématiques sont centrales et mises en avant au cours de ce stage :

- La démarche clinique (de l'accueil du patient-e jusqu'à sa prise en charge et son suivi). L'attention est particulièrement portée sur la communication avec le-la malade et sa famille, l'examen médical de base et le raisonnement thérapeutique (car la SFC doit être capable de prendre une décision dans l'intérêt du malade sans diagnostic complet).
- L'organisation et la gestion d'un cabinet, qui comprend les aspects organisationnels liés à l'entretien des matériels, à l'emploi du temps, à la bonne tenue des divers outils de gestion (rapports mensuels d'activité (RMA) à remettre aux autorités sanitaires, registres des patient-es, gestion des intrants, gestion des paiements à crédit).
- Les relations avec la communauté : la SFC doit pouvoir nouer des contacts avec les autorités locales, les familles et les divers groupes sociaux qui composent la population. Sa capacité à dialoguer pour identifier les problèmes de santé, à analyser le discours des villageois pour connaître leurs attentes, à suggérer des solutions, sera analysée par le RMS.
- L'interaction avec le système de santé : la SF va apprendre à faire des rapports mensuels d'activités (RMA), le référencement en cas d'évacuation du malade ainsi que la gestion des vaccins et médicaments (stock, commande, chaîne de froid).

> Aller plus loin dans la formation à l'avenir :

A l'issue du projet, l'équipe Santé Sud a constaté qu'afin de renforcer l'ancrage des SFC dans les communautés, mais aussi de les pousser à aller promouvoir leur cabinet auprès de la population, il faudrait d'avantage les former sur la communication et l'approche communautaire. Il s'agirait à l'avenir de rajouter des modules sur le côté entrepreneurial de la pratique en tant que SFC indépendante, car c'est en promouvant leurs services que les SFC parviendront à se faire connaître et à obtenir la confiance de la population, qui consultera davantage, ce qui leur permettra in fine de stabiliser leur modèle économique.



« Le stage pratique a surtout pour objectif de se familiariser avec la démarche diagnostique clinique et la gestion d'un cabinet médical »

- Dr Jocelyn, médecin généraliste communautaire et référent maître de stages.



« Nous ne sommes pas Santé Sud mais nous sommes des amis qui sont là pour aider, et c'est encore ce qu'on leur dit quand nous faisons nos compagnonnages pour qu'elles se sentent à l'aise de nous parler de toutes leurs difficultés » - Dr Haja, MGC et RMS



« Pendant leur passage chez moi, on fait ensemble la prise en charge du patient, depuis son accueil jusqu'à la prescription de son ordonnance. On met en pratique autant que possible des thématiques abordées lors de la formation préalable, je lui montre aussi comment gérer la pharmacie ou remplir des rapports mensuels d'activités. On fait aussi ensemble une sensibilisation de masse et je l'emmène voir les aînés du village, pour qu'elle voit comment les approcher et leur parler » - Dr Jocelyn, MGC et RMS



« A part les thématiques administratives et techniques de pratiques médicales, il serait aussi judicieux de faire des initiations en technique commerciale ou marketing car ces SF ne partent avec rien dans leur compte et doivent commencer à conquérir le marché... »

- Dr Lova, Médecin inspecteur dans le district d'Anjozorobe

5. Construction et/ou réhabilitation des CAC



La construction ou la réhabilitation du local est en partie à la charge des communautés comme prévu dans la convention tripartite (cf. Rubrique 8), car elles sont propriétaires du local. C'est un moyen de les impliquer dans l'intégration de la sage-femme, comme une forme de contrepartie pour son apport pour les prochaines années. Santé Sud contribue financièrement et matériellement pour la toiture, les ciments et les portes de la structure, tandis que la communauté s'occupe du reste (peinture, fenêtres, finitions) et de la mise en œuvre des travaux. C'est pourquoi, lors de la phase de prospection et de sélection des lieux, la capacité des communautés à fournir une base d'infrastructure est analysée. Pour ce faire, ce sont les chef-fes fokontany et les maires, au contact régulier des populations, qui après réunions avec la communauté, analysent leurs capacités en termes de ressources humaines (existence de main d'œuvre), de disponibilité de matériaux et financières des ménages (activités économiques, revenus moyens). Souvent les communautés s'organisent en demandant des cotisations de tous-tes afin de payer le matériel et également les coûts de repas des maçons (qui sont issus des communautés et qui travaillent gratuitement).

Le plan de construction d'un CAC s'inspire du plan du Guide du médecin généraliste communautaire de Santé Sud². Il comprend trois pièces prévues pour la consultation et la pratique (une salle de consultation, une salle d'accouchement et une salle des accouchées) et deux pièces dédiées au logement de la SFC (une salle sanitaire/cuisine et une salle d'hébergement). C'est donc à la fois un cabinet de consultation mais aussi le logement de la SFC et sa famille. Les travaux de construction durent en moyenne 6 à 7 mois, tandis qu'ils sont plus courts en cas de simple réhabilitation. Après cinq années, il a d'ailleurs été constaté que la récupération et la réhabilitation d'un ancien local est plus facile et plus rapide à gérer pour les communautés que la création entière d'un cabinet.

> En quoi consistent les travaux ?

- Toitures, tôles, murs, dallages ou carrelages, peintures, fenêtres, portes (pour la sécurité du CAC, mais aussi assurer la confidentialité des consultations).
- Raccordement au système d'eau si existant ou amélioration des puits alentours si besoin.



Les équipes de Santé Sud ont constaté des difficultés communes à toutes les communautés pour cotiser et réunir les montants nécessaires aux travaux, ce qui soit retarde les travaux, soit affecte la qualité finale des locaux. Pour pallier les capacités financières limitées des communautés, il a été nécessaire de rajouter en moyenne 2 000 euros de budget par CAC pour qu'ils atteignent les normes sanitaires et sécuritaires minimales (renforcement des toitures et murs, création de portes et fenêtres).

² Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar, Santé Sud, Annexe 2 p.297.

6. Équipement des CAC et des SFC

Des conditions matérielles minimales doivent être atteintes afin de permettre une installation médicale aux normes et, ainsi, des soins de qualité. Le coût moyen de cette installation est estimé entre 10 000 et 11 000 euros pour les équipements de base complets incluant un frigo (pour conserver les vaccins et intrants nutritionnels), un véhicule motorisé (afin de permettre les visites à domicile et les déplacements quotidiens pour l'approvisionnement de vaccins et médicaments) et des panneaux photovoltaïques (pour électrifier le CAC et installer par la suite frigo, ordinateurs, etc.).



« Le fait qu'il y ait cette offre de matériels adéquate a fait partie de mes motivations à accepter le travail malgré que ce soit dans une zone lointaine de chez moi car je ne suis pas originaire de la capitale, Antananarivo » - Lydwienne, sage-femme communautaire

> La dotation initiale comprend :

- Kit médical de base : similaire à celui fourni aux MGC, qui permet de prodiguer des soins de base (ex : boîte à pansement, boîte à suture et abcès, kit désinfection, boîte à accouchement et épisiotomie, stéthoscope, tensiomètre, pèse-personne, etc.) ;
- Kit médical SONUB (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base) et stérilisation en adéquation avec la liste du référentiel métier SF ;
- Mobiliers médicaux, ex : table d'accouchement, escabeau, potence, guéridon de soins
- Mobiliers de bureaux, nécessaires à l'activité administrative et gestionnaire de la SF libérale, ex : armoire métallique, bureau, chaises, bancs d'attente

Cette liste d'équipement de base s'aligne avec celle préconisée par l'ONFSM pour la pratique des SF, qui est également en phase avec la liste définie par le ministère de la Santé. Néanmoins, les SFC demandent la dotation d'un lit supplémentaire pour les parturient-es, qui n'est pas initialement prévu dans la dotation. Santé Sud a donc ajouté du budget pour fournir ces lits au cours du projet.



Le mobilier et l'équipement ne sont pas cédés aux SFC, elles n'en sont pas propriétaires, car même si une SFC venait à partir, sa successeuse doit avoir en sa possession ces mêmes fournitures.

7. Ancrage des SFC dans les communautés

L'ancrage communautaire de la SFC est gage de la fréquentation de son cabinet et donc de se son succès et surtout de sa pérennité. Cette approche communautaire, à laquelle la SFC est formée, transparait à travers plusieurs méthodes et événements clés. Il s'agit pour les SFC de s'intégrer dans un environnement déjà en place (il ne faut donc pas concurrencer les synergies déjà présentes mais s'y incorporer), d'informer de l'existence de ses services et d'inspirer la confiance. Le but étant in fine également de trouver des relais dans la promotion de ses services, à travers des figures de confiance pour l'ensemble de la communauté, comme les leaders traditionnels et religieux, les autorités locales mais également les matrones.



« Les dynamiques communautaires sont différentes dans chaque lieu et les relations avec les représentant-es dépendent souvent des personnalités. Ainsi malgré la formation préalable qu'elles ont reçue, les SFC doivent adapter leurs discours et leurs méthodes en fonction de leurs ressentis. L'étude de faisabilité leur permet notamment de penser cette approche et de cerner les profils des individus cibles. »
- Andy Rakotovao, cheffe de projet

« Pour annoncer l'arrivée du CAC nous faisons une réunion de masse. Pour ce faire, il y a aussi quelqu'un qui est désigné pour faire circuler l'annonce auprès de toute la communauté, de maison à maison, sur le sujet de la réunion et réunir les gens. »
- Chef fokontany d'Andranonahoatra

> Les événements d'inauguration officielle

L'approche communautaire se fait souvent de façon concomitante à l'inauguration officielle du CAC, afin que toute la population couverte par l'aire de responsabilité du CAC soit partie prenante de cet événement et informée de cette nouvelle offre de soins de proximité. L'ouverture officielle du CAC est une manifestation solennelle sur une journée, organisée en collaboration avec les services des districts, les autorités sanitaires, le maire et les chefs fokontany. Ces dernier-es marquent ainsi leur adhésion et leur soutien au cabinet auprès de l'ensemble de la communauté, ce qui le légitimise aux yeux de tous-tes. Cet événement permet une grande visibilité publique pour la SFC.

> La collaboration avec les accoucheuses traditionnelles

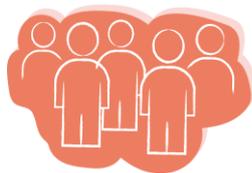
Une réelle association entre les SFC et les matrones est nécessaire pour la bonne fréquentation du CAC et la confiance des femmes en âge de procréer envers la SFC. Les femmes sont habituées à accoucher à domicile accompagnées de matrones, qui sont souvent des femmes d'un certain âge, respectées et de confiance au sein des villages car elles possèdent des savoirs et compétences traditionnels valorisés. Le but est donc de ne pas les contourner, pour éviter de leur faire concurrence et les braquer, mais de faire alliance avec elles pour qu'elles puissent référencer les femmes enceintes au CAC et promouvoir l'offre de soins des SFC.



« Il y a des matrones qui ne collaborent pas avec nous car elles ne sont pas officiellement intégrées par le projet, mais je pense qu'elles devraient quand même être sensibilisées pour collaborer avec nous. Après, ce ne serait pas très bien pris si c'est moi qui les approche mais plutôt l'EMAD ou Santé Sud, car de cette façon elles se sentiront plus officielles et régularisées »
- SFC Lovasoa, district d'Ankazobe

Dans le cadre du projet, il est prévu de cibler 3 matrones par sites (même si souvent un site couvre plus de 3 fokontany). Ces 3 matrones sont ciblées par les SFC lors de l'étude de faisabilité, en fonction de la fluidité de la relation et de leur volonté à collaborer ou non, appréciée par la SFC elle-même lors de discussions. Les SFC convient les matrones à une réunion pour expliquer leur rôle en tant que SFC et l'importance du CAC pour l'accès aux soins des communautés. C'est aussi le moment de leur expliquer qu'il ne s'agit pas d'une concurrence mais bien d'une collaboration, pour un même but, la bonne santé et le bien-être des femmes enceintes.

Ensuite, à travers le projet, les matrones sont formées au signalement des grossesses à risque ainsi qu'à la relance des cas perdus de vue et à la recherche des raisons de non-présentation d'une patiente (suivi de grossesse, accouchement ou suivi d'un enfant). Au fil du projet, certaines matrones ont même pris un rôle d'accompagnatrice de femmes enceintes jusqu'au CAC et des accords financiers ont été mis en place entre les deux. Ce modèle a vocation à être systématisé pour assurer l'ancrage communautaire de la SFC.

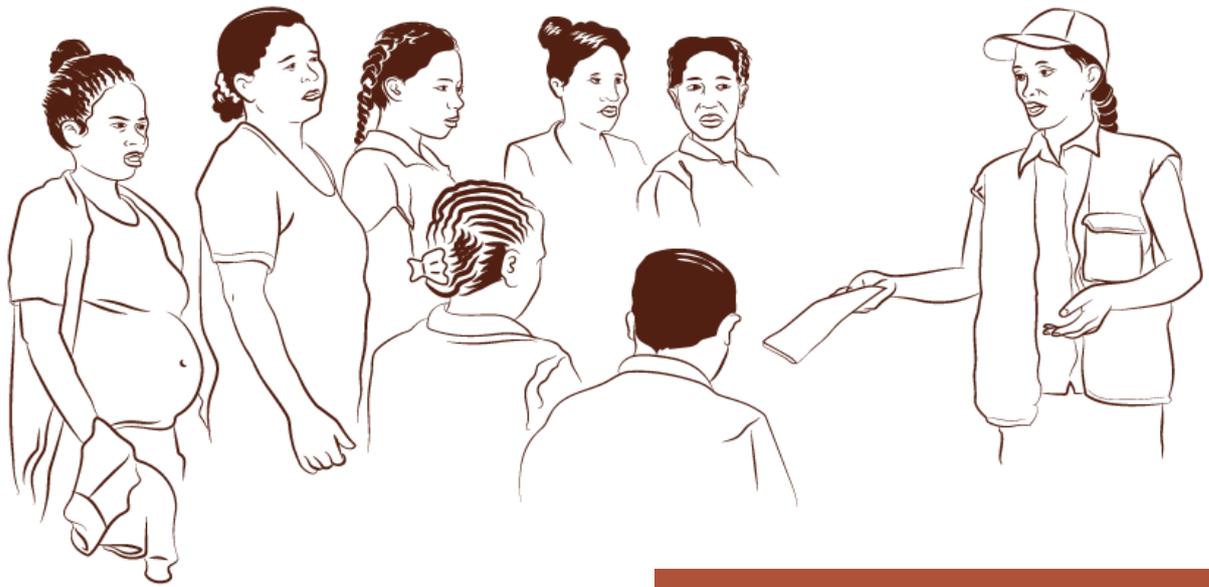


« Dans la pratique, chaque SFC a sa forme de collaboration avec les matrones au-delà de la prise en charge par Santé Sud » - Andy Rakotovao,
Cheffe de projet Santé Sud



Pour la prochaine phase du projet, Santé Sud a donc décidé de cibler désormais 7 accoucheuses traditionnelles par site, afin d'inclure le plus possible de matrones dans la zone couverte par le CAC et de les inclure. Néanmoins, il reste dans l'intérêt des SFC de tisser des relations avec toutes les matrones pratiquant sur l'aire de couverture du CAC et ne pas se limiter aux 7 prévues.





> Le rôle des mobilisateur-ices communautaires dans la promotion des activités de la SFC :

En parallèle de l'installation des SFC, le projet recrute et forme des mobilisateurs communautaires, dont la mission est à la fois de sensibiliser les populations sur des thématiques liées aux droits et à la santé sexuels et reproductifs, la nutrition mais aussi l'accès aux soins dans sa globalité. Elles promeuvent notamment le CAC auprès des habitants, en les informant sur les horaires d'ouverture, les types de soins prodigués et l'intérêt de consulter une RH professionnalisée en santé. Ce sont de réels relais auprès des populations, car étant issues des communautés, elles sont identifiées en tant que personnes de confiance et leur parole est entendue. Elles jouent également un rôle dans le ciblage des femmes enceintes, des enfants ou individus malnutris et dans leur réorientation au CAC.



« Nous cherchons à encourager les gens à venir au CAC ou aux centres de santé de base, pour leur permettre de se soigner convenablement. [...] Après les sensibilisations et les explications sur la santé sexuelle et reproductive, on constate une diminution des anciennes pratiques et une fréquentation accrue des CAC. » - Agent communautaire évoluant sur le fokontany de Sarodivotra, dans le district d'Ankazobe

« Je collabore bien avec la SFC, car j'assure l'introduction du CAC auprès de la communauté et de ses services, surtout pour les femmes enceintes afin qu'elles se fassent suivre. » - Agent communautaire évoluant sur le fokontany d'Andranahoatra, dans le district d'Anjozorobe

« C'est vrai que le projet a pour objectif d'emmenner les gens au niveau du CAC, mais moi, par exemple, pour démarrer, je conseille aux SFC d'aller faire des accouchements à domicile puis petit à petit de persuader leurs patientes de venir au CAC en s'excusant d'avoir encore des consultations à faire ou du travail en cours. » - Dr Lova, Médecin inspecteur dans le district d'Anjozorobe



Il faut systématiquement prévenir les habitant-es des absences des SFC (ponctuelles ou prolongées pour cause de congé maternité par exemple). En effet, si ce n'est pas le cas, cela brise la confiance qu'elles ont envers les services du CAC, car beaucoup font une longue route pour s'y rendre et ne tenteront plus à l'avenir de revenir par peur que leur effort soit vain à nouveau. En ce sens, certaines SFC préconisent que les formations ou regroupements ne soient pas trop réguliers et rapprochés.

8. Conventonnement avec les parties prenantes

Pour finaliser officiellement l'installation d'une SFC en zone rurale, il s'agit d'obtenir et signer des conventions. Il existe trois types de convention :

- Une convention entre la SFC et Santé Sud, de 3 ans (sur la durée du projet), qui détaille les obligations de l'ONG (appui matériel à l'installation, suivi formatif, organiser l'installation officielle, etc) et celles de la SFC,
- Une convention tripartite entre Santé Sud, la SFC et la communauté (représentée par les chefs fokontany concernés), qui précise que le local du CAC appartient à la communauté mais ne peut être utilisé à quelconque autre usage si la SFC démissionne et que les équipements fournis doivent rester sur site pour une prochaine SFC. Elle répartie aussi les responsabilités entre Santé Sud et la communauté, notamment pour l'entretien annuel du CAC qui revient à la communauté,
- Une convention d'association au secteur public entre le Ministère de la Santé, représenté au niveau régional par le Directeur Régional de la Santé Publique d'Analamanga et au niveau du district par le Médecin Inspecteur du district ciblé, et la SFC. Celle-ci engage le MinSan à intégrer le CAC dans la carte sanitaire du SDSP et à fournir les dotations, formations, suivi-formatifs et paquets d'activités légaux à la SFC. Les CAC, considérés en tant que structures sanitaires privées, sont ainsi régularisées au niveau du district sanitaire et obtiennent un numéro de matricule. Les SFC doivent en contrepartie envoyer mensuellement leur rapport d'activité au CSB de rattachement afin d'alimenter les bases de données sanitaires.

Cette dernière convention permet la pérennisation des activités de la SFC en dehors du projet, elle est intimement liée à la phase préalable de contact avec les autorités.

> CONCLUSION

| Points de vigilance | Points positifs |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Capacités financières limitées des populations• Capacités des SFC à promouvoir leurs activités auprès des communautés et à "aller-vers"• Compréhension des SFC de leur rôle d'entrepreneure sociale, afin d'éviter le risque de dépendance envers l'ONG• Modèle économique des CAC qui n'est pas stabilisé (manque d'activité ou tarification trop faible), fragilisant la pérennité d'installation des SFC | <ul style="list-style-type: none">• Relations fluides et solides avec les autorités sanitaires et les organisations de professionnel·les locales qui facilitent les démarches et assurent l'ancrage du CAC dans l'environnement national, régional, local• Mobilisation des autorités locales, des chef·fes traditionnel·les et des matrones• Demande en soins en hausse des populations• Formations initiales complètes et qualitatives, qui ont un réel impact sur la pratique des SFC et la qualité des soins prodigués |

> POUR ALLER PLUS LOIN

[Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar](#), Santé Sud, 2012.

[Enquête Démographique et de Santé à Madagascar \(EDSM\), INSTAT, 2021](#)

[L'état de la pratique de sage-femme dans le monde, UNFPA, OMS et ICM, 2021](#)

[Accès aux soins. Les déterminants socioculturels](#), Magali Bouchon, Editions Médecins du Monde, Collection DSC, 2012



> ANNEXES

Si vous souhaitez consulter les annexes mentionnées dans la présente fiche, merci de contacter Santé Sud à l'adresse : contact@santesud.org