

# CAPITALISATION DU PASST2

Renforcement  
des compétences  
des personnels de santé  
au Tchad en **SRMNI**

*Fiches Pratiques*



Juin 2021

# Fiches pratiques de capitalisation du dispositif de renforcement des compétences des personnels de santé dans le domaine de la SRMNI au Tchad dans le cadre du projet PASST2



**Auteur :**  
**Marina LAABI**  
(consultante LM Conseil,  
Etudes & Formation)

Date de production : juin 2020

**Coordination :**  
Morgane CARIOU,  
chargée de projet PASST2  
Expertise France

Louise Virault,  
coordinatrice communication,  
Expertise France

L'auteur remercie  
tous les acteurs,  
impliqués ou non  
dans le PASST2,  
qui ont contribué  
par leurs témoignages  
et leurs réflexions à  
cette capitalisation.



**CENTRE HOSPITALIER  
DE CORNOUAILLE**  
QUIMPER • CONCARNEAU

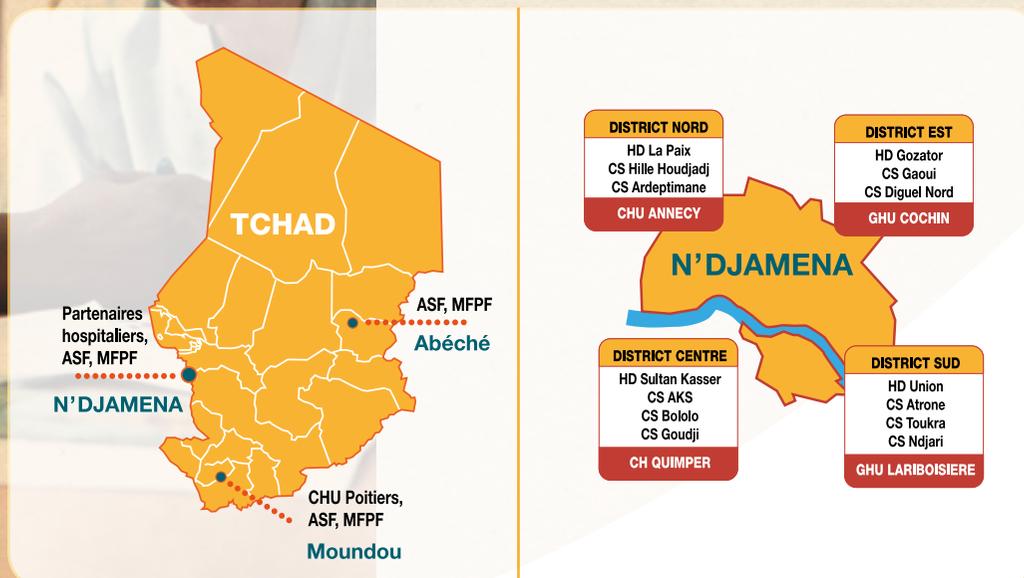
**ASSISTANCE  
PUBLIQUE**  **HÔPITAUX  
DE PARIS**  
GREATER PARIS UNIVERSITY HOSPITALS

## Quelques repères sur le projet PASST2

Le Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad, phase 2 (PASST2) s'inscrit dans le soutien de la France au Gouvernement Tchadien pour le renforcement de son système de santé, via une convention de financement (2016-2020) signée entre l'Agence Française de Développement (AFD) et le Ministère de la Santé Publique (MSP) d'un montant global de 10 millions d'euros.

Le projet a pour objectif d'améliorer la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (SRMNI).

Une partie conséquente de cette enveloppe budgétaire (3,4 M €) a été déléguée à Expertise France qui met en oeuvre ses actions dans les trois villes de N'Djamena, Moundou et Abéché.



L'intervention d'Expertise France dans le cadre de ce projet intervient à deux niveaux :

### ● Au niveau de l'offre de soins :

En améliorant – en qualité et quantité – les services de SMNI ; en renforçant les compétences des personnels de santé et en rehaussant le plateau technique des structures appuyées.

### ● Au niveau de la demande :

En améliorant les connaissances et les pratiques des femmes en âge de procréer et des hommes en matière de SRMNI afin d'augmenter l'utilisation et l'accessibilité des services par les populations et d'initier un changement de comportement de la communauté.

EF a placé le renforcement de la qualité de l'offre de soins au cœur de son intervention. Le mode opératoire choisi consiste à mobiliser un **vivier d'expertises françaises** issues du milieu hospitalier et associatif<sup>1</sup> – offrant des profils variés et complémentaires (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, enseignants, cadres de santé, conseillères conjugales et familiales, hygiénistes, etc.) – afin d'accompagner les homologues tchadiens dans la pratique de soins (compagnonnage *in situ*) et d'adapter les pratiques aux besoins spécifiques identifiés et ceci, dans la durée.



L'intervention des partenaires sur les trois sites du projet a été répartie de la façon suivante (cf carte ci-contre) :

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le «**Livret de capitalisation du PASST2**» sur le site internet d'Expertise France.

<sup>1</sup> Hôpitaux français (APHP – Cochin et Lariboisière, Quimper, Poitiers, Annecy) et associations françaises (Actions Santé Femmes et le Mouvement Français pour le Planning Familial)



## ✚ Pourquoi des fiches pratiques ?

Expertise France a souhaité capitaliser l'expérience du PASST2 et notamment le dispositif de renforcement des compétences des personnels de santé sous la forme de fiches pratiques, permettant de proposer des repères concrets et pédagogiques pour s'inspirer de l'expérience et contribuer à modéliser certaines pratiques en interne.

Les cinq premières fiches pratiques présentent de manière chronologique les différentes étapes du processus de mise en place du dispositif de renforcement des compétences (de l'identification des partenaires à l'évaluation du dispositif).

La dernière fiche est une illustration de l'expérience du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui avait un mandat spécifique dans le cadre du PASST2, à savoir l'accompagnement des acteurs (personnels de soins et relais communautaires) sur l'accueil et l'écoute en planification familiale.

## ✚ A qui s'adressent-elles ?

Les fiches pratiques se veulent utiles et éclairantes pour les équipes d'Expertise France en charge de gérer des projets de renforcement des compétences, en particulier au sein du Département Santé et dans des pays « fragiles » où le contexte est comparable à celui du Tchad.

Elles peuvent également inspirer les partenaires d'Expertise France dans la mise en œuvre de certaines activités au sein d'un dispositif de renforcement des compétences en santé.

## ✚ Que trouve-t-on dans ces fiches pratiques ?

Ces fiches sont construites en deux parties :

- l'une reprend l'expérience du PASST2 pour expliquer et analyser comment les acteurs ont procédé dans ce projet (retours d'expérience du PASST2) ;
- l'autre propose des repères pour s'inspirer de l'expérience et modéliser des pratiques (et demain comment faire ?).



# Sommaire



***Mobiliser***  
*des partenaires en France :  
critères et processus d'identification*

6



***Accompagner***  
*et former des partenaires  
aux missions internationales*

13



***Identifier***  
*les besoins de formation auprès  
des personnels de santé sur le terrain*

18



***Organiser***  
*une mission de compagnonnage  
hospitalier pour les personnels de soins*

22



***Assurer***  
*le suivi-évaluation du renforcement  
des compétences des personnels de soins*

34



***Bonne Pratique***  
*Accompagner les acteurs sur l'accueil  
et l'écoute en planification familiale*

42

### ✚ En quoi cela consiste ?

Dans le cadre du PASST2, plusieurs partenaires hospitaliers et associatifs ont été mobilisés pour participer à des missions de renforcement des compétences des personnels de soins dans les formations sanitaires et des acteurs de la santé communautaire au Tchad.

Comment identifie-t-on des structures partenaires et comment assure-t-on leur mobilisation tout au long du projet ? Au sein de ces structures, comment procède-t-on pour identifier et sélectionner des personnes ressources susceptibles d'assurer des missions de formation et compagnonnage au Tchad ?

#### ETAPE 1 :

#### UN PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES STRUCTURES PARTENAIRES

La démarche d'identification des partenaires a reposé sur **trois étapes essentielles** :

- **S'appuyer sur des partenariats hospitaliers existants dans le domaine du VIH**

Le premier repérage des CHU susceptibles de s'investir dans le PASST2 s'est fait sur la base des partenariats antérieurs entre le GIP ESTHER et les acteurs hospitaliers sur la question du VIH/Sida, notamment ceux déjà impliqués au Tchad. Le point de départ est donc celui d'une coopération préexistante, une cartographie des acteurs hospitaliers en France capables de participer à un projet de coopération au Tchad. Mais il a fallu élargir au secteur de la SRMNI.

- **Rencontrer les équipes des services de santé maternelle dans les hôpitaux pressentis**



« Au démarrage du PASST2, il n'y a aucune maternité partenaire dans un projet d'ESTHER au Tchad, il fallait construire cette relation, convaincre les personnes de s'engager... »  
(ancienne équipe Expertise France)

Deux personnes ressources ont été mobilisées pour identifier des partenaires hospitaliers prêts à s'engager dans le domaine de la SRMNI : l'expert technique international chargé d'accompagner la mise en œuvre du projet, par ailleurs gynécologue et ancien chef de service au CHU de Quimper, et un gynécologue du CHU de Lariboisière à Paris.

L'équipe d'Expertise France a donc organisé des rencontres au niveau des maternités des hôpitaux pour présenter le projet, puis au niveau de la direction, afin de valider l'engagement de la structure dans le projet.

- **Mobiliser des associations sur des expertises complémentaires**

C'est dans un second temps et au regard de besoins spécifiques que les deux associations partenaires du PASST2 ont été mobilisées : **le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)** a été approché notamment pour accompagner le volet « santé communautaire » du projet et la formation des agents de santé communautaire à la planification familiale et sur les droits sexuels et de santé.

## → Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

L'association **Actions Santé Femmes (ASF)** a intégré l'équipe des partenaires, en raison notamment de sa capacité à mettre à disposition des profils d'experts difficiles à mobiliser au sein des hôpitaux (car moins nombreux et déjà très mobilisés) comme les pédiatres, les ingénieurs biomédicaux, les anesthésiste/ réanimateur, etc. Ils nous ont notamment permis de mobiliser des sages-femmes enseignantes pour travailler sur les modalités pédagogiques des formations et faire le lien entre formation initiale et formation continue sur les sites.

Au CHU d'Annecy, le projet coïncide avec la fusion entre l'hôpital d'Annecy et celui de Saint-Julien en Genevois. Sur la base du volontariat, des binômes sont constitués pour partir en mission, avec une personne de chaque structure hospitalière : ce projet représente une opportunité de fédérer une équipe en construction. Ce partenaire a également mobilisé plusieurs profils : gynécologue-obstétricien, sage-femme, cadre supérieur, auxiliaire de puériculture, ASS (assistant de service social).

### ETAPE 2 :

#### UN PROCESSUS DE MOBILISATION DES PERSONNES RESSOURCES

Expertise France n'a pas vraiment fixé de critères de sélection des personnes ressources pour assurer les missions de formation, au-delà bien sûr des compétences techniques requises dans le domaine de la SRMNI. Ces critères varient donc d'une structure à l'autre :

- **Quelques pratiques de sélection repérées chez les partenaires hospitaliers**

Pour certains comme l'hôpital Cochin, c'est l'expérience d'un partenariat antérieur sur d'autres pays (Togo, Cameroun) qui a encouragé la mobilisation de personnes ressources. Le repérage des personnes se fait alors en fonction de leur intérêt et/ ou de leur expérience dans un pays émergent ou en voie de développement.

Des réunions de présentation du projet sont organisées au sein des hôpitaux et les personnes volontaires et jugées pédagogiques sont associées à l'équipe du projet.

### BONNES PRATIQUES

*Au CHU de Quimper, lors des réunions d'information sur le projet PASST2 pour recruter des sages-femmes, un critère d'engagement dans la durée a été posé dès le départ : il s'agit d'un engagement à prendre sur quatre ans, à raison de deux missions par an. Sur ce CHU, les équipes ont toujours été constituées de trois personnes avec une stabilité quasi-totale sur les quatre ans.*

*A Lariboisière, le processus de recrutement initial s'est fait à partir de l'intérêt manifesté par les sages-femmes, qui viennent poser des questions sur le projet, avec un engagement demandé sur plusieurs missions et sur au moins deux ou trois ans. Les principaux critères dans la constitution des équipes sont l'appétence pour le tutorat et les affinités entre les sages-femmes qui vont partir ensemble sur le terrain.*

Tous les partenaires relèvent la difficulté à recruter des personnes volontaires pour des missions au Tchad, au regard du contexte sécuritaire<sup>2</sup> instable au démarrage du PASST2. Le critère de l'engagement individuel, fondé sur la capacité à dépasser les craintes, devient alors prépondérant.

<sup>2</sup> Le démarrage du PASST2 coïncide avec une période d'attentats perpétrés par Boko Haram à N'Djamena (juin et juillet 2015).



## ➔ Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

### ● Le processus mis en place par ASF

Le recrutement des membres de l'association mobilisés sur les projets se fait selon un processus établi, à partir d'une communication en interne sur le projet et une manifestation d'intérêt par les volontaires. ASF met en place un dossier de recrutement (CV et lettre de motivation) avec une observation de certains critères : diplôme français, année d'obtention du diplôme, expérience en salle de naissance et expériences sur d'autres missions. Des entretiens téléphoniques sont organisés pour chaque volontaire. Le processus de recrutement se fait pour chaque mission en fonction des besoins. A titre d'exemple, pour les missions dédiées à la formation de formateurs en écoles (formation initiale à l'ENASS<sup>3</sup> de N'Djamena et les écoles de sages-femmes de Moundou et Bebalem), une expérience en France d'enseignement en école des sages-femmes était exigée.

### ● La démarche du MFPF pour les programmes internationaux

Un appel à candidature a été lancé au sein du mouvement, en 2015 puis en 2017. Il précisait les conditions requises pour participer à des missions à l'international, en termes d'expérience, de disponibilité d'engagement et de compétence psychosociale. La candidature s'est faite par envoi d'un CV et d'une lettre de motivation. Les candidatures ont été examinées par un collectif regroupant des personnes impliquées sur la coordination des programmes SRMNI et du bureau du MFPF.

**NB :** à la demande d'Expertise France, des points focaux (administratifs et opérationnels) ont été désignés au sein de chaque structure partenaire afin d'assurer le suivi des équipes et des missions.

### BONNE PRATIQUE

*Parmi les conditions pour candidater, il est demandé de se rendre disponible pour participer à une formation de formateurs à l'international, organisée sur deux ou trois jours et animée par le MFPF avec la mobilisation possible de personnes ressources externes pour présenter certains points (par exemple la politique de la France au Tchad, la mobilisation d'une personne d'Expertise France pour présenter le projet). Ces temps de formation sont également utilisés pour partager l'expérience des missions et construire des modules de formation pour les missions à venir.*

<sup>3</sup> Ecole Nationale de formation des Agents Sanitaires et Sociaux



## → Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

### ETAPE 3 : UN PROCESSUS DE MOBILISATION DES PERSONNES RESSOURCES

La mobilisation des partenaires ne consiste pas uniquement à l'identification/ adhésion initiale au projet, mais elle nécessite aussi un travail d'animation du partenariat tout au long du projet. Dans le cadre du PASST2, des temps d'échanges ont été systématisés :

- Rencontres de formation/ préparation au départ en mission : animées par l'équipe d'EF, ces rencontres ont été nombreuses en phase de démarrage (2015-2016) – voir [fiche n°2](#) ;
- Rencontres annuelles des partenaires pour échanger sur l'avancement du projet, le bilan des missions réalisées, les difficultés et les pistes de solution ;
- Des Réunions dédiées au suivi des missions pour chaque partenaire : briefing avant départ, briefing à l'arrivée au Tchad avec l'équipe EF locale, debriefing de fin de mission, réunions à distance à la réception des rapports de mission.

Des initiatives personnelles ont également été prises par les partenaires pour développer des outils communs dans le but d'harmoniser certaines pratiques.

### ✕ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées :

Le PASST2 mobilise une diversité de partenaires et des profils pluridisciplinaires, ce qui permet d'enrichir les approches de formation et de compagnonnage, de croiser les expériences.

Le projet compte également un grand nombre de partenaires (sept au total dont cinq hospitaliers et deux associatifs), ce qui permet de mobiliser plus d'une dizaine de profils différents.

Pour faire face au nombre important de personnes mobilisées dans chaque structure et au défi de coordination et de cohérence globale que cela représente, un critère d'engagement sur la durée est imposé par Expertise France : dans chaque équipe qui part en mission, au moins une personne reste d'une mission à l'autre.

Au-delà de la participation à des missions nécessairement ponctuelles, la présence d'un grand nombre de partenaires répartis sur tout le territoire français pose des défis de coordination et d'animation du partenariat pour Expertise France. Des rencontres annuelles regroupant tous les partenaires hospitaliers ont été organisées pour partager les retours d'expérience du Tchad, coordonner les contenus des missions et échanger les bonnes pratiques sur les pédagogies actives de formation.

Les **principales limites** sont :

- La faible implication d'EF dans l'évaluation initiale des profils des personnes mobilisées et de leurs capacités à identifier des besoins de formation et à formaliser un projet de formation, proposer des démarches et des contenus adaptés au contexte tchadien ;
- Le manque d'expérience et de compétences techniques en évaluation initiale/ diagnostic des besoins ;
- Le peu de temps de coordination entre l'équipe projet chez Expertise France et les points focaux de tous les partenaires ;
- La difficile mobilisation des partenaires en semaine sur leurs jours de travail.

## ➔ Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

### ✚ Principaux résultats

L'engagement et la mobilisation des partenaires français sur le PASST2 peuvent se mesurer sur deux aspects essentiels : (I) leur forte présence sur le terrain à travers le nombre de missions réalisées et (II) la continuité de leur engagement sur les quatre années.

#### • Une forte présence des partenaires sur le terrain :

La mobilisation de partenaires du Nord sur le PASST2 a permis d'organiser 89 missions entre 2016 et 2020, ce qui représente 252 départs en mission.

#### • Une continuité d'engagement des personnes ressources :

Sur les 94 personnes ressources mobilisées pour des missions au Tchad entre 2016 et 2020, ils sont environ 30 à n'avoir fait qu'une seule mission, majoritairement parmi les membres de l'association ASF. Pour le reste, les personnes ont toutes effectué au moins deux missions : 13 d'entre elles ont réalisé cinq missions au Tchad, et au sein de l'équipe du CHU de Quimper, elles sont deux sages-femmes à avoir réalisé huit missions, ce qui démontre la continuité de l'engagement des personnes au sein des structures partenaires. Une réelle complicité s'est installée entre les équipes médicales françaises et tchadiennes et est valorisée par les personnels de soins au Tchad comme un facteur de transmission essentiel. Des échanges se font d'ailleurs entre les personnes au-delà des missions.



### Ce que l'engagement continu des partenaires du Nord peut apporter...

#### AU TCHAD

« Pour moi c'est important que les personnes qui sont passées dans nos centres reviennent la fois d'après, c'est le seul moyen de voir si les gens mettent en pratique, s'il y a des changements par rapport à ce qui a été donné comme conseils. C'est bien de venir former et revenir pour s'assurer que c'est mis en application. » (MCD hôpital Gozator)

« Moi je me sens plus à l'aise avec les sages-femmes de là-bas qu'avec nos gynécos d'ici ! On est pareil, on fait le même métier et quand elles reviennent, en plus on apprend à se connaître et je leur fais beaucoup confiance... »

« Elles connaissent toutes les sages-femmes du centre de santé, elles savent très bien comment chacune de nous travaille et elles peuvent nous donner des conseils qui sont vraiment bien utiles » (focus group des sages-femmes de N'Djamena)

#### EN FRANCE

« Avec la relation de confiance, interpersonnelle qu'on a construite sur la durée, on a pu se permettre des choses, des remarques, d'aborder certains points qu'on ne pouvait pas envisager au départ... On peut leur proposer de s'autoévaluer... »

« Ça nous permet de remettre en question nos pratiques : moi j'utilise l'exemple du Tchad pour des mises en situation auprès

des internes français. Faire un diagnostic avec rien, sans échographie pour leur rappeler l'importance de faire un examen clinique complet avant de demander des examens supplémentaires. »

« Ça change mon regard sur certaines femmes que je reçois ici au planning : avant, je pouvais juger la femme qui a cinq enfants parce qu'elle n'a pas de moyen de contraception, ne pas comprendre pourquoi, ça m'aide à faire tomber des représentations, à parler plus facilement de certains sujets, à mieux comprendre les résistances... Le Tchad ça m'a aidé à grandir dans ma vision de la complexité des gens... » (atelier avec les partenaires France)



## ➔ Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

Fiche

1

### ✚ Les questions cruciales que les acteurs se sont posées

- **Comment construire une dynamique pluri-acteurs au-delà du partenariat bilatéral entre EF et chacun des partenaires ?**

Pour Expertise France, la question centrale relative à la mobilisation des partenaires est celle de la « masse critique » et la nécessaire diversité de partenaires : quel est le nombre suffisant de groupes hospitaliers à mobiliser pour disposer d'une variété de profils et d'une disponibilité adéquate ? Quels sont les risques de coordination si le nombre de partenaires est trop important et si des habitudes de travail communes ne sont pas possibles à mettre en place ?

L'expérience du PASST2 apporte des éléments d'analyse sur les conditions requises pour faire vivre une telle dynamique de partenariat.

- **Comment construire des partenariats qui ont vocation à durer au-delà du projet et de l'intervention d'Expertise France ?**

En lien avec la question de la pérennité, la mobilisation de partenaires français pour intervenir au Tchad ne devrait pas se faire dans une logique de « prestation ponctuelle » mais plutôt de soutien à la construction de partenariats dans la durée, à l'image du jumelage hospitalier entre Poitiers et Moundou, qui peuvent perdurer après le projet, fonctionner avec d'autres sources de financements que celles d'Expertise France, mais surtout qui peuvent permettre de co-construire des réponses en soutien durable aux formations sanitaires.

### ET DEMAIN ?

### COMMENT PROCÉDER POUR MOBILISER DES PARTENAIRES ?

### ✚ Une leçon tirée de l'expérience

La mobilisation des personnes ressources sur la durée au sein de chaque structure partenaire est une condition nécessaire pour construire une relation de confiance et une continuité formative. Cette mobilisation doit être organisée autour de personnes référentes avec lesquelles des échanges réguliers et collectifs doivent être instaurés pour construire un seul et unique projet de renforcement des compétences porté par une pluralité de partenaires.

## ➔ Mobiliser des partenaires en France : critères et processus d'identification

### ✕ Points de vigilance

- ➔ Ne pas sous-estimer le temps nécessaire à la mobilisation initiale des partenaires hospitaliers et de leurs équipes pour participer à des missions sur la durée.
- ➔ Mobiliser des partenaires pour un programme de renforcement des compétences, c'est s'assurer que les partenaires ont tout autant les compétences techniques que pédagogiques pour participer, mais également la connaissance et la compréhension du contexte et de l'environnement dans lequel le projet s'inscrit.

*La circulaire de 2018 sur la mobilisation de l'expertise internationale rappelle bien ces conditions : « Capacité à travailler dans un environnement culturel (et, le cas échéant, linguistique) différent. La coopération technique s'inscrit par ailleurs, notamment lorsqu'elle se déroule dans les pays en développement, dans le cadre international de l'aide au développement et doit respecter des principes de mise en œuvre (appropriation par le partenaire, alignement, redevabilité mutuelle, gestion axée sur les résultats, harmonisation) dits principes d'efficacité de l'aide de Accra/ Paris/ Busan. Par ailleurs, les connaissances techniques nécessaires doivent être complétées d'aptitudes avérées au travail en groupe, d'un sens de la pédagogie et de la capacité à pouvoir s'adapter à des situations diverses... »*

- ➔ Les partenaires qui sont mobilisés pour assurer des missions de formation/ compagnonnage n'ont pas forcément les compétences et l'expérience requises pour procéder à des missions exploratoires, des analyses situationnelles et des évaluations qualitatives des effets de leur intervention. Il est essentiel de bien repérer les compétences disponibles entre les partenaires et les experts associés au projet et de bien distinguer ce qui relève de la compétence de formation médicale, et ce qui relève d'une compétence en méthodologie de gestion de projet international.

### ✕ Recommandations

- ➔ **Une grille de critères et d'analyse** pourrait être établie et utilisée en phase d'identification/ mobilisation initiale de partenaires et de personnes ressources au sein de chaque structure.

Cette grille devrait prendre en compte trois dimensions :

- **les compétences** (techniques et pédagogiques) pour répondre à des besoins de formation
- **l'adaptabilité à des contextes complexes**
- **l'engagement possible des personnes dans la durée.**

- ➔ Il est important de garder à l'esprit que la mobilisation de personnes ressources dans le cadre d'un projet de formation est souvent très dépendante de facteurs humains, des affinités, des motivations profondes individuelles, des personnalités et de leur compatibilité au sein d'une équipe.

- ➔ Pour réussir à mobiliser les partenaires pertinents dans le cadre d'un projet, il est important d'analyser la complémentarité entre les partenaires et les conditions à réunir pour animer cette complémentarité au niveau de l'opérateur : Quelles modalités d'animation d'un consortium de partenaires ? Quelle fréquence de rencontres ? Quels objectifs ? Dans tous les cas, privilégier le plus possible le cadre collectif aux échanges bilatéraux.

➔ **Accompagner**

*et former des partenaires  
aux missions internationales*



Pour rappel, une circulaire du Premier ministre en date du 15 mai 2018 présente les conditions relatives à la mobilisation de l'expertise technique internationale et explique le rôle d'Expertise France dans ce sens. Elle précise notamment que « **l'expertise technique à l'international est un métier qui s'apprend et suppose donc de suivre des formations appropriées** ».

« La coopération technique s'inscrit par ailleurs, notamment lorsqu'elle se déroule dans les pays en développement, dans le cadre international de l'aide au développement... »

« Un apprentissage des méthodes propres à cette activité (intervention dans un environnement culturel différent, conduite d'équipe, gestion et évaluation de projet, respect de règles de sécurité (...)) principes d'efficacité de l'aide) devra être proposé. »

**En quoi cela consiste ?**

**QUI ?**

**L'accompagnement des partenaires dans la réalisation de missions à l'international est une fonction d'Expertise France.** Dans le cadre du PASST2, des rencontres avec les partenaires ont été organisées et animées par la chargée de projet et les deux experts associés, notamment au démarrage du projet pour la préparation aux missions au Tchad.

**TEMOIGNAGES**

« J'ai été associé aux rencontres de partenaires pour faire un topo sur la situation de la SMNI au Tchad, pour faire comprendre aux équipes que le contexte ne va pas ressembler à ce qu'on trouve dans nos maternités... »  
(Expert associé PASST2)

**COMMENT ?**

De nombreuses rencontres à Paris ont été organisées sur les deux premières années du projet : trois rencontres ont été animées sur le second semestre 2015, trois rencontres en 2016 puis une rencontre annuelle sur les années suivantes.

Elles avaient pour objectif de rassembler les partenaires hospitaliers pour les former à leurs missions de compagnonnage au Tchad, notamment en 2015 et 2016, puis pour assurer le suivi du projet (bilan et perspectives). Les formations ont porté principalement sur **deux axes** (souvent traités de façon simultanée lors des rencontres) :

● **Formation à la pédagogie : « former pour avoir des résultats »**

Il s'agit ici d'accompagner des praticiens hospitaliers dans la conduite de formations dans un contexte culturel différent. Cette formation permet de donner des repères sur l'apprentissage des adultes, les techniques participatives de formation, la communication efficace et l'évaluation des besoins de formation.

**NB :** dans le cadre du PASST2, c'est une expertise externe qui a été mobilisée sur la pédagogie de formation. L'expertise interne en ingénierie de formation n'a pas été mobilisée de façon directe sur le projet.

## → Accompagner et former des partenaires aux missions internationales

### ● Formation opérationnelle sur l'organisation d'une mission

Il s'agit ici de donner des repères sur la préparation d'un plan de mission, organisé en trois étapes : l'état des lieux, l'identification des thématiques prioritaires de formation et l'élaboration d'un plan de formation. Chaque journée de préparation au départ a été l'occasion de proposer un temps de briefing sécuritaire, sur la base d'un guide sécurité élaboré par l'équipe projet (mis à jour régulièrement) et remis à tous les participants. Des conseils pratiques sont également intégrés tout au long de la formation sur l'organisation concrète d'une mission sur le terrain.

Des briefings et un accompagnement sur le terrain par la coordination d'Expertise France au Tchad ont été réalisés systématiquement.

Pour chacun des axes de formation/ accompagnement des partenaires, des outils de collecte des données ont été mis à disposition des équipes avant le départ en mission : il s'agit notamment de trames pour établir un état des lieux des structures de santé (grille de situation) permettant d'élaborer un plan d'action et de produire des recommandations.

#### BONNE PRATIQUE

##### La formation aux missions internationales selon le MFPP

*Au planning familial, la constitution d'un pôle de formatrices médicales à l'international repose sur la sélection de personnes déjà expérimentées dans la formation aux pratiques d'éducation populaire (posture, outils et méthodes). Une formation « obligatoire » est organisée pour les membres du pôle, sur deux ou trois jours consécutifs :*

*Une journée est dédiée à la réflexion sur l'engagement à l'international et les appréhensions par rapport aux différences socioculturelles et aux implications sur la façon d'aborder certaines notions de droits en santé sexuelle et de planification familiale.*

*Pour le reste, la formation est centrée sur la construction d'une formation dans un contexte international, à la fois sur l'identification des contenus, les approches pédagogiques et l'organisation opérationnelle.*

## → Accompagner et former des partenaires aux missions internationales

### ✚ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées :

Ces formations ont permis aux partenaires de se rencontrer et d'adopter une vision commune du projet, de ses enjeux, du contexte, et de leur fournir des outils communs pour mener les missions exploratoires, élaborer les termes de référence et les rapports de missions de compagnonnage. Par ailleurs, la démarche proposée par Expertise France permet à tous les partenaires d'avoir un briefing sécurité, essentiel pour des missions en « zone à risque ». Ces rencontres de préparation au départ ont été organisées principalement sur les deux premières années du projet. Par la suite, les rencontres de suivi du projet ont toujours été l'occasion d'un rappel des messages clés de la préparation au départ pour tous les partenaires.

En revanche, cette préparation assurée par Expertise France reste configurée sur un temps court, faute de disponibilité des partenaires et de temps dédié pour l'équipe projet, ici trop réduite pour ne pas être absorbée massivement par l'organisation administrative et logistique des missions. Elle ne permet pas suffisamment d'aborder les enjeux de l'adaptation à des contextes complexes, différents d'une ville à l'autre, et ce, avec des outils pédagogiques adaptées (mises en situation, réflexion sur les perceptions, les postures, etc.).

### ✚ Principaux résultats

La préparation collective aux missions au Tchad, animée par Expertise France, a permis d'obtenir deux résultats majeurs :

- Les équipes mobilisées sur les missions se sentent globalement bien préparées, ils ont une perception positive de l'accompagnement d'Expertise France en France et au Tchad, un accompagnement considéré souvent comme un facteur de réussite de leurs missions.
- De nombreux outils de formation et d'évaluation des pratiques (checklist, audit/ évaluation des pratiques, des formations, etc.) ont été produits au fur et à mesure sur chaque thème abordé dans le cadre des missions de compagnonnage. Ces outils sont centralisés par Expertise France et mis en ligne sur une plateforme accessible à tous les partenaires.



*« L'équipe d'Expertise France nous a très bien aidé pour organiser nos missions... Ils sont toujours disponibles, ils ont bien coordonné pour nous faciliter les choses sur place, et l'équipe locale nous accompagne dans nos déplacements. »  
(partenaires hospitaliers)*

*« Les partenaires nous voient parfois comme les gérants administratifs et financiers, les organisateurs de missions sur le terrain. Ils perçoivent difficilement notre valeur ajoutée sur le plan de la formation, de la préparation au départ, sur la base de notre connaissance de l'international et de notre expertise en interne... »  
(équipe Expertise France)*

## → Accompagner et former des partenaires aux missions internationales

### ✘ Les questions cruciales que les acteurs se sont posées

#### ● Comment optimiser les temps de formations aux missions internationales au regard de la faible disponibilité des partenaires ?

Le temps de la formation se confronte aux contraintes de disponibilité des partenaires. En effet, les partenaires hospitaliers sont difficiles à mobiliser en semaine sur leurs jours de travail. Sur le PASST2, plusieurs groupes hospitaliers ont participé, en provenance de différentes régions de la France. Le regroupement de toutes les personnes sur des temps de formation est donc plus compliqué. L'équipe projet a souvent été confrontée à la question du format adapté pour des formations/ journées de rencontres de tous les partenaires. Pour autant, une journée de formation peut-elle permettre de préparer des équipes à plusieurs missions de compagnonnage au Tchad ?

#### ● Au-delà de la formation, comment prévenir les possibles pratiques inadaptées, du fait d'un manque de connaissance du travail à l'international pour des partenaires français ?

Dans le cadre du PASST2, l'équipe a reçu quelques retours sur des postures inadaptées au contexte tchadien lors des missions de compagnonnage des partenaires français. Ces situations restent cependant peu nombreuses au regard du grand nombre de missions organisées. Au-delà des aspects culturels, les partenaires français peuvent être mis en difficulté face aux faibles moyens du système de santé et du niveau de formation initiale des personnels de santé tchadiens.

Ils doivent s'adapter à un environnement de travail très différent de ce qu'ils connaissent et de ce sur quoi ils ont été formés, ce qui peut être déstabilisant. Ainsi, se pose la question de la façon d'accompagner les partenaires, d'observer et d'analyser avec eux les comportements adaptés et ceux à éviter.

Faut-il davantage mettre l'accent sur les conditions à respecter et les attitudes à privilégier lors des formations puis dans le suivi des missions ? Faut-il davantage mettre l'accent sur les conditions à respecter et les attitudes à privilégier lors des formations puis dans le suivi des missions ? Il semble difficile d'accompagner chaque équipe en partance (nombre de missions très élevé), d'où l'intérêt d'avoir un engagement sur la durée des personnes ressources.

## → Accompagner et former des partenaires aux missions internationales

### ET DEMAIN ?

### QUELLES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT AUX MISSIONS INTERNATIONALES PAR EXPERTISE FRANCE ?

#### ✚ Une leçon tirée de l'expérience

Si l'expertise technique à l'international est un métier qui s'apprend, cet apprentissage est un processus continu, qui prend du temps et qui doit être proposé régulièrement tout au long d'un projet, en accordant une importance toute particulière aux enjeux d'adaptation à un environnement culturel et de travail différent.

#### ✚ Points de vigilance

→ Les missions internationales, notamment dans un contexte tel que celui du Tchad, ne sont pas forcément accessibles à tous les partenaires hospitaliers et peuvent mettre des personnes en difficulté : un double encadrement des premières missions sur le terrain par l'équipe locale et par une expertise internationale (spécialiste du développement) au profil complémentaire pourrait faciliter la prise de contact avec les pairs tchadiens, l'adaptation au contexte et l'efficacité des missions.

→ La préparation aux missions internationales par Expertise France nécessite d'y consacrer du temps : le dispositif RH d'un projet doit prendre en compte cette nécessité, pour ne pas être

absorbé uniquement par la gestion du projet et notamment l'organisation de missions, mais pour mieux valoriser l'expertise sur la préparation au départ, la pédagogie de formation, etc.

#### ✚ Conseils précieux

→ Les formations/ préparations au départ devraient être organisées en plusieurs étapes et avec des relais : des séances de briefing avec les points focaux opérationnels de chaque partenaire pourraient être utilisées à des fins de préparation aux missions ; des formations au sein de chaque groupe hospitalier pourraient être animées par l'équipe d'Expertise France, surtout en phase de démarrage du projet, puis réitérées dans une logique de recyclage (étape très fréquente dans un processus de formation) ; des séances collectives regroupant l'ensemble des partenaires pourraient être dédiées à l'analyse des pratiques et des postures en mission.

→ Il est essentiel d'associer les partenaires tchadiens à l'évaluation des missions de compagnonnage, à travers des outils de type enquête de satisfaction, pour mieux prendre en considération les retours du terrain dans la façon de préparer les partenaires aux missions internationales.

→ Il peut s'avérer opportun de développer un référentiel de formation/ préparation au départ, appliqué de façon systématique sur les projets et valorisé auprès des partenaires. Il pourrait également être intéressant qu'un membre de l'équipe du siège d'Expertise France puisse accompagner les premières missions sur le terrain afin de valoriser davantage le rôle de l'opérateur.

### ✚ En quoi cela consiste ?

#### QUI ?

Dans le cadre du PASST2, plusieurs acteurs ont été mobilisés par Expertise France pour identifier les besoins de formation et d'accompagnement des personnels de santé : deux experts internationaux mobilisés en expertise perle tout au long du projet ainsi que des partenaires hospitaliers et associatifs ont été impliqués.

#### COMMENT ?

Pour identifier les besoins des personnels de santé et les thèmes de formation à privilégier lors des missions sur le terrain, deux modalités principales ont été utilisées :

- **Une évaluation initiale complétée par des missions exploratoires**

L'expert international en charge de l'identification des besoins prioritaires de formation a réalisé une évaluation initiale au démarrage du projet à N'Djamena, puis à Moundou et en fin d'année 1 à Abéché. Ces évaluations initiales permettent d'avoir un état des lieux des structures de santé et des besoins matériels et techniques, en plus des besoins de formation des prestataires de soins dans le domaine de la SRMNI.

La démarche d'évaluation initiale a été complétée par des missions exploratoires des partenaires hospitaliers et associatifs : dans le cycle des missions d'accompagnement réalisées, la première mission sur site a été consacrée à une analyse

situationnelle des besoins de formation, des axes prioritaires sur lesquels renforcer les savoirs et les savoir-faire, mais aussi les savoir-être. Ce diagnostic initial a été réalisé à travers des observations de pratiques des personnels de soins, des entretiens pour comprendre l'organisation et la gestion des structures, un recensement des méthodes et des outils disponibles.

Tous les centres de santé et les hôpitaux inclus dans le projet ont été visités par les partenaires français lors des premières missions pour mettre à jour les données sur les besoins. Les partenaires, dont le métier n'est pas de réaliser des évaluations initiales, ont été accompagnés dans ce sens par EF (voir fiche n°2) notamment à travers des séances de préparation au départ et la mise à disposition d'outils de collecte et d'analyse.

- **Une démarche d'évaluation continue des besoins à chaque mission**

En complément des missions exploratoires en début de projet, chaque mission réalisée par les partenaires français a permis de réactualiser l'identification des besoins. Aussi bien les équipes des partenaires hospitaliers que des associations (ASF et MFPP) font un repérage des besoins de renforcement sur certains thèmes ou certaines pratiques déjà abordés lors des précédentes missions ainsi que des demandes nouvelles de formation sur le terrain. C'est le principe même du compagnonnage (voir fiche n°4) qui permet d'assurer une continuité formative entre les missions, où chaque mission permet d'observer les acquis de la précédente et de produire des recommandations pour la suivante.

## → Identifier les besoins de formation auprès des personnels de santé sur le terrain

### ✚ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées

Les thèmes de formation sont ainsi co-identifiés avec les prestataires de soins bénéficiaires des formations et réadaptés à chaque nouvelle mission des partenaires français.

La souplesse dans la démarche d'identification des thèmes de formation permet de coller au plus près des réalités des besoins sur chaque site du projet, voire dans chaque formation sanitaire. Ainsi, les missions exploratoires réalisées au démarrage du projet sur tous les sites ont permis de construire le premier paquet de formations, planifiées sur le long terme, sur lequel sont venus se greffer d'autres thèmes de formations au fur et à mesure, en particulier un approfondissement de certains thèmes (la consultation prénatale, le suivi des patientes, la réanimation du nouveau-né, etc.).

La nécessaire réévaluation des besoins est liée à la discontinuité des participants aux formations, en raison d'un fort turn-over dans les structures sanitaires. Cette réévaluation s'accompagne donc d'un sentiment de « redémarrage à zéro » du cycle de renforcement des compétences des personnels soignants.

### ✚ Principaux résultats

L'utilisation des premières missions : cette modalité d'identification des besoins de formation a permis aux partenaires hospitaliers et associatifs de réajuster leurs contenus de formation d'une mission à l'autre, et par conséquent, de proposer des thèmes de formation/ accompagnement particulièrement appréciés par les agents de santé et adaptés à leurs besoins sur chaque site.



#### Former à l'allaitement maternel

##### Vue des partenaires hospitaliers

« On est venue avec une idée reçue sur l'allaitement : on est en Afrique, toutes les femmes allaitent. Mais sur le terrain, on a compris qu'il ne s'agissait pas d'une pratique courante et les sages-femmes nous ont demandé d'intégrer l'allaitement dans notre accompagnement... »

##### Vue des personnels de soins au Tchad

« Moi la formation qui m'a le plus marquée c'est sur l'allaitement du nouveau-né et l'importance de la mise au sein dès la naissance, encourager la mère tout de suite, dans les premières heures, c'est très important pour tout ce que ça apporte de bon pour le bébé et pour la maman... »

### ✚ Les questions cruciales que les acteurs se sont posées

#### ● Comment faire face à des besoins qui évoluent tout le temps ?

Dans un contexte comme celui de la santé au Tchad, les acteurs du projet s'interrogent sur la façon de prendre en compte des besoins d'accompagnement nombreux et évolutifs. Comment les prioriser pour y répondre de façon pertinente ? La discontinuité des participants augmente d'autant l'émergence de nouveaux besoins ou un sentiment de besoins récurrents, ce qui pose ensuite la question de savoir comment observer/ apprécier des changements de pratique dans la durée.

## ➔ Identifier les besoins de formation auprès des personnels de santé sur le terrain

### ● Comment maintenir une cohérence globale du processus de formation ?

L'enjeu d'une identification en continu des besoins de formation et d'accompagnement aux bons gestes est de pouvoir maintenir une cohérence dans le dispositif de renforcement des compétences, avec une logique de progression et une planification des missions en conséquence.

Les partenaires du PASST2 se sont régulièrement rencontrés à Paris dans le cadre des rencontres animées par Expertise France, pour échanger sur les pratiques observées au Tchad, les besoins de renforcement constatés et les priorités à prendre en compte.

A l'initiative de Lariboisière et Annecy en 2017, un groupe de travail avait été lancé sur le partogramme pour tenter d'uniformiser les pratiques entre les partenaires : des outils ont été créés (audit du partogramme) pour évaluer le taux de remplissage des partogrammes par les sages-femmes dans les structures de santé. Mais la démarche n'a pas été suivie par tous les partenaires de manière continue en raison du temps nécessaire pour procéder à la réouverture de tous les dossiers d'accouchement.

Enfin, en mai 2019, lors d'un atelier de suivi du PASST2 animé par Expertise France, les partenaires se sont entendus sur les évaluations des acquis des formations à effectuer en priorité pour les missions restantes.

### ✚ Et la prise en compte des pratiques existantes ?



#### Une conseillère du MFPP

« Partir de l'existant, c'est un postulat de départ dans notre démarche d'accompagnement. On part des compétences et des connaissances existantes sur place, on n'est pas là pour voir ce qui fait défaut mais pour étayer des pratiques établies ».

#### Une pédiatre (partenaire hospitalier)

« A chaque mission on est de plus en plus partis de leurs demandes. Par exemple, sur la prise en charge immédiate du bébé, ce n'était pas prévu au départ mais c'était une urgence, on a repéré cela avec eux et on a formé en grand groupe des personnels de soins sur tous les sites de N'Djamena... »

## ➔ Identifier les besoins de formation auprès des personnels de santé sur le terrain

### ET DEMAIN ? COMMENT IDENTIFIER LES BESOINS EN FORMATION ?

#### ✚ Une leçon tirée de l'expérience

Dans un contexte comme celui du Tchad, la réévaluation régulière des besoins de formation est nécessaire pour rester dans une offre pertinente d'accompagnement. C'est la souplesse du projet qui permet de réajuster l'offre de formations, tout autant que la capacité d'écoute et d'adaptation des partenaires mobilisés pour les missions de compagnonnage.

#### ✚ Points de vigilance

➔ Il est essentiel de construire un premier paquet de formation au démarrage du projet en associant l'ensemble des partenaires du projet sur un temps de concertation. Cette concertation doit se faire avec tous les partenaires, hospitaliers et associatifs, pour construire un « plan de formation » et une répartition entre les équipes en fonction de leurs expertises respectives et de leur complémentarité.

➔ Le plan de formation ne doit pas être statique et figé, mais évolutif en fonction des besoins constatés sur le terrain (ajouts/ adaptation du premier paquet de formation sans pour autant élargir à de nouveaux thèmes).

Il convient de garder une cohérence d'ensemble du programme de formation autour des priorités, en relation avec les capacités de formation susceptibles d'être déployées sur le terrain.

#### ➔ Et la coordination avec le ministère de la Santé ?

Expertise France s'est basée sur le cadre stratégique national de santé du Tchad pour définir ses priorités d'action (Plans d'action des districts sanitaires concernés, Plan stratégique de santé communautaire 2015-2018, PND, PNDS, etc.). Elle a également associé les cadres de l'administration sanitaire dans la définition des besoins prioritaires, par ailleurs validés par la Cellule Nationale de Gestion du Projet (CNGP) PASST2 du Ministère de la Santé Publique (MSP) tchadien. Il est essentiel de veiller à l'articulation du programme de formation avec la stratégie de formation continue élaborée au niveau de la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MSP. Certes, cela suppose qu'un plan de formation continue des agents de santé soit élaboré et partagé par le partenaire institutionnel et que les interlocuteurs au niveau de l'administration soient relativement stables, ce qui n'a pas été le cas dans la période de mise en œuvre du PASST2. Des temps d'échanges avec la DRH du ministère doivent néanmoins être envisagés de façon régulière dans ce sens.

#### ✚ Conseils précieux

➔ Les agents de santé bénéficiaires des programmes de formation doivent être associés à l'élaboration du plan de formation à l'issue des missions exploratoires des partenaires français. Ceci passe par une rencontre entre les agents de santé des différents sites interviewés dans le cadre des missions exploratoires, rencontre animée par l'équipe d'EF au Tchad pour permettre une remontée des propositions concertées auprès des partenaires du projet en France, via l'équipe d'EF au siège.

➔ Des modèles d'outils/ méthodologies standardisés pour la réalisation de missions d'identification des besoins en formation peuvent être construits au niveau du Département Santé d'EF afin de faciliter l'élaboration de plans de formation.

## → Organiser

# une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

Fiche

4

Dans le cadre du PASST2, le compagnonnage hospitalier est la modalité centrale du dispositif de renforcement des compétences des personnels de soins : il s'agit principalement de sages-femmes d'hôpitaux français mobilisées pour accompagner des sages-femmes dans les structures de santé au Tchad sur quatre niveaux : centres de santé, hôpital de district, hôpital provincial, hôpital central (Hôpital de la mère et de l'enfant/ HME à N'Djamena).



« On n'avait pas une définition initiale de ce qu'était le compagnonnage dans ce projet et un mode d'emploi quand on a commencé le PASST2... » (expert associé PASST2)

### En quoi cela consiste ?

- **Le compagnonnage : une forme de coaching, de « formation par apprentissage »**

Plus qu'une modalité de formation, le compagnonnage répond à un enjeu de mobilisation des connaissances acquises en formation initiale et/ ou continue dans la pratique au quotidien. A la manière du coaching sportif au sens de « l'entraînement d'une équipe », le **compagnonnage est une présence active de professionnels auprès de ceux qui ont besoin d'améliorer leur pratique, leur geste**. L'objectif de ce compagnonnage est d'amener les personnels de soins à travailler leur savoir-faire et leur savoir-être, de leur permettre de s'exercer au contact de praticiens qui ont déjà une pratique et un comportement adaptés, acquis par l'expérience. C'est une modalité qui peut se rapprocher de l'apprentissage chez les artisans.



« Au Tchad, les personnels de soins peuvent avoir des connaissances, mais elles sont livresques et n'ont pas assez de lien avec la pratique au quotidien.

C'est un métier où l'on travaille avec ses mains, il faut surtout du savoir-faire, la pratique est plus importante même si on a besoin de théorie, on le voit bien avec la pratique des matrones... Mais la théorie ne peut être consolidée que par une pratique manuelle, un œil clinique. Pour cela, il faut avoir ses sens affûtés en permanence et cela ne s'acquiert qu'à travers l'expérience. » (expert associé du PASST2)

« Sur le terrain, on voit bien que certains personnels de santé ont appris des gestes lors de formations assez pratiques en salle, mais ils ont peur de les mettre en œuvre dans leurs structures car ils ne sont pas assez accompagnés dans la mise en application in situ... Le compagnonnage, c'est cette pratique d'accompagnement en situation de travail, au lit du patient... » (équipe Expertise France)

## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ● Un schéma global commun mais des modalités variables sur le terrain

Le schéma utilisé pour toute mission de compagnonnage dans le cadre du PASST2 repose sur **trois principes** :

#### 1/ UNE LOGIQUE D'IMMERSION ET DE MISE EN RÉSEAU D'ACTEURS SANITAIRES

Il était nécessaire d'identifier le ou les niveaux pertinents d'intervention dans le système de santé pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Au Tchad, les hôpitaux (de district, provinciaux) et les centres de santé ont été identifiés comme prioritaires pour bénéficier d'un appui coordonné afin d'améliorer les parcours de soins des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Les équipes hospitalières et associatives avaient chacune leur périmètre géographique d'intervention dédié qui comprenait des structures de santé à tous les échelons de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire, périphérique), majoritairement en zone urbaine. À chaque mission, les équipes se rendaient dans les structures sanitaires dans une logique d'immersion. Elles y passent plusieurs heures/ jours et participent au quotidien de ces structures en étant à la fois observatrices et actrices de la pratique des soins. Dans un contexte où le déficit de communication et de liens fonctionnels entre les centres de santé et les hôpitaux de district rend difficile le système de référence et contre-référence des patients, le compagnonnage ciblé et régulier permet de renforcer les liens et la connaissance mutuelle entre les structures.

#### 2/ UNE DÉMARCHE INVERSÉE ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE

Dans une mission de compagnonnage, les partenaires travaillent d'abord la pratique, ils observent surtout, puis les équipes testent ensemble des petites améliorations, des gestes, des organisations, des postures, elles les analysent ensemble et les partenaires apportent ensuite des contenus explicatifs en fin de journée ou de séance, en fonction du temps passé au sein d'une structure de santé. Ainsi, même si le programme de la mission est préparé au préalable, cette démarche permet d'adapter l'apport de contenus explicatifs aux besoins qui émergent dans la pratique et qui sont constatés conjointement par les personnels de soins du Tchad et les partenaires hospitaliers français.

#### 3/ UNE CONTINUITÉ ENTRE LES MISSIONS PONCTUELLES DE COMPAGNONNAGE

Chaque mission de compagnonnage se termine sur la préparation de la mission suivante. C'est ce principe qui permet au compagnonnage d'être un processus continu de renforcement des compétences, inscrit dans la durée.

Le compagnonnage se pratique ainsi dans le cadre d'une série de missions ponctuelles de courte durée, mais fréquentes (à intervalles de trois mois environ dans le cadre du PASST2) et articulées entre elles. Cette continuité est facilitée par un facteur essentiel : le maintien d'une personne référente d'une mission à l'autre (**voir fiche n°1**).

## → Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

Ensuite, les **modalités d'organisation du compagnonnage ont été variables** dans le cadre du projet en fonction des sites d'intervention et de la disponibilité des partenaires hospitaliers. La durée de la mission de compagnonnage varie entre 7 et 12 jours, le nombre de personnes par équipe d'hospitaliers va de deux à six personnes, le nombre de structures sanitaires appuyées par la mission est généralement de deux ou trois centres de santé et un hôpital de district ou provincial, avec quelques exceptions :

- Le MFPF couvre toutes les structures sur les trois sites du projet ;
  - ASF couvre tous les sites à Moundou et Abéché ;
  - Le CHU Cochin, étant donné la spécificité de son profil (pédiatrie), intervient sur plusieurs hôpitaux de district et sur l'HME mais de manière ponctuelle, en réponse à des besoins spécifiques.
- **Le compagnonnage, une modalité de « formation par les pairs » en SMNI**

Dans le cadre du PASST2, le compagnonnage a été utilisé pour former sur la pratique de gestes médicaux, mais aussi sur l'organisation des locaux, la mise en place de mesures d'hygiène, l'accueil des patientes (**voir fiche pratique n°6 - formation au «savoir-être»**). D'un point de vue pédagogique, le compagnonnage repose sur la transmission de conseils pratiques par des pairs, c'est-à-dire des personnes qui ont le même métier, travaillent dans des structures de santé au quotidien et nourrissent donc leur compagnonnage de leur propre expérience passée et en cours. **C'est bien cette expérience qui permet d'adopter une posture d'observation, d'écoute et de conseils, non seulement sur les gestes et l'attitude, mais aussi sur l'organisation d'un travail collectif.**

### L'expérience du GHU Lariboisière

Pour le district Sud de N'Djamena, l'équipe du GHU de Lariboisière, généralement composée de deux personnes, a organisé des missions de compagnonnage d'une durée de sept jours auprès de quatre structures de santé, ce qui équivaut à environ 1,5 jours dans chaque structure. Les missions ont été découpées en demi-journées, pour permettre d'alterner entre les centres et de passer au moins deux fois dans les structures sur la durée du séjour.

### Quelques avantages et inconvénients repérés dans cette modalité :

« 7 jours pour couvrir 4 centres c'est peu, on avait des contraintes de disponibilité. D'autres font des missions plus longues et l'équipe se répartit les centres et chaque personne reste dans un centre

pendant toute la mission.

C'est sûrement bénéfique d'avoir une figure bien identifiée par les sages-femmes sur place et qui revient d'une mission à l'autre. Mais ça pose la question de se retrouver seule dans un centre... Ça fait du bien d'avoir une autre personne pour questionner nos choix, notre posture. Mais pour les sages-femmes là-bas, il y a sans doute une relation de confiance qui s'installe avec la personne référente et ça va plus vite ensuite. Je pense que pour nous, pour qu'on se sente plus à l'aise et plus investi, il nous aurait fallu intervenir sur moins de centres, mais quand-même en équipe parce qu'on a des contraintes, on aurait souhaité partir plus souvent... Je pense qu'on a établi une bonne relation mais rapidement après la mission, elles nous oublient un peu... »  
(sage-femme du GHU Lariboisière)



## → Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ● Comment adopter la bonne posture dans le compagnonnage ?

Un des principes pédagogiques du compagnonnage est celui de la non-substitution : les partenaires hospitaliers agissent au quotidien aux côtés des personnels de soins mais ils doivent trouver la bonne posture pour être dans l'accompagnement, la démarche participative et ne pas se substituer, intervenir à la place des personnels de soins.

Cette posture reste difficile à définir avec précision, il s'agit surtout de trouver le bon dosage dans chaque situation particulière et d'être dans une attitude réflexive en permanence.



*« Au départ, les sages-femmes sur place nous testent, elles veulent voir si on est vraiment sage-femme et ensuite, on acquiert notre légitimité parce qu'on leur donne des conseils utiles. Moi je passe d'abord beaucoup de temps à observer, j'adopte une position basse, un peu effacée. C'est tellement différent de ce qu'on connaît qu'on est obligée de se mettre d'abord en position d'observation. Ensuite, on donne des petits conseils. J'utilise le ton un peu humoristique pour faire passer des messages sur quelque chose qui me semble vraiment dérangent. J'essaie de dédramatiser et de ne pas être jugeante. En fait, je prodigue des conseils avec parcimonie et en les amenant sous forme de propositions... »*



*« La non-substitution c'est un principe fondamental. Je me dis qu'on est là pour une semaine mais demain, on ne sera pas là et ça ne sert absolument à rien que je vois les patientes à la place des sages-femmes. Maintenant dans une situation d'urgence, quand la vie de la mère et celle du bébé sont en danger, on ne peut pas rester passive non plus, on reprendra un peu les rênes pour essayer de participer au sauvetage. Une patiente est arrivée au centre à 5 mois de grossesse, elle avait très mal. Je trouvais que la sage-femme qui devait l'examiner prenait son temps avant d'aller la voir, j'essayais de lui faire sentir que c'était peut-être urgent, j'attendais en consultant le carnet de la patiente, en prenant des informations, pour moi c'était difficile de ne pas intervenir. Pourtant ça n'aurait rien changé pour la suite. La patiente a fini par accoucher en urgence. Je me suis dit que la sage-femme s'était rendu compte qu'il y avait une urgence, elle a eu un peu peur. Si j'étais intervenue plus tôt elle n'aurait peut-être pas perçu l'urgence de la même manière, ça m'a permis d'en parler ensuite avec elle pour comprendre ce qui s'était passé, ce qui était bien fait et ce qui manquait. »*

### ✚ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées

Le compagnonnage est une modalité de formation perçue très positivement par l'ensemble des acteurs du PASST2, aussi bien en France qu'au Tchad, considéré comme une innovation au Tchad dans le domaine de la SRMNI. Plusieurs éléments de valeur ajoutée peuvent être identifiés, même si la mise en œuvre de ce compagnonnage en révèle également quelques contraintes à surmonter.

## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ● La formation par les pairs *in situ*

De plus en plus, les formations organisées sous forme de regroupements en salle et animées par des consultants mobilisent des techniques de pédagogie active et s'appuient sur des cas pratiques. Pour autant, dans le domaine médical en particulier, la formation sous forme de compagnonnage par les pairs, en situation de travail, est considérée par les personnels de soins et les partenaires hospitaliers interrogés comme la plus efficace pour accompagner le renforcement des savoir, savoir-faire et savoir-être simultanément.

### ● L'identification initiale des besoins de formation

Dans le cadre du PASST2, les premières missions de compagnonnage effectuées par une équipe Lariboisière suivie d'une équipe de Quimper et encadrées par l'expert associé, ont servi à identifier les besoins réels sur le terrain, dans chacune des structures de santé de N'Djamena bénéficiaires du projet.

C'est bien la démarche de compagnonnage, où l'observation des pratiques existantes est le préalable à toute transmission, qui permet d'évaluer la situation et de préciser avec qui il faut travailler, quelles personnes faut-il former, à quel niveau de la pyramide sanitaire et sur quels axes prioritaires. C'est ce qui permet ensuite de proposer un programme de formation qui réponde à des besoins identifiés directement sur le terrain, plutôt qu'un programme pour des formations en salle souvent figé et sans contact direct avec les futurs bénéficiaires.

### ● La relation de confiance pour « acquérir le bon geste »

Le compagnonnage ne sert pas forcément à l'acquisition de nouveaux savoirs mais il peut permettre de consolider la pratique. Il repose sur une relation de confiance et permet d'accompagner les personnes dans le geste qu'ils ont appris mais qu'ils ne maîtrisent pas suffisamment. La démarche permet d'aider à surmonter la crainte du geste maîtrisé de façon théorique mais peu expérimenté.

### ● La valorisation des personnels de santé

La formation par compagnonnage, particulièrement en temps de crise et de baisse des salaires des agents de santé, est une source de motivation individuelle très importante, allégeant parfois les difficultés du quotidien. Le fait de côtoyer des praticiens venus d'un système de santé dont la qualité est reconnue au niveau international, et de pouvoir échanger et apprendre est une source de valorisation individuelle et professionnelle pour les agents de santé. Ce sentiment est partagé par les partenaires français, dont l'engagement au Tchad leur procure un sentiment de fierté, les valorise dans leur fonction pédagogique et leur permet de modifier leurs perceptions et leurs pratiques dans leur quotidien.

### ● Les limites de la démarche de compagnonnage du PASST2

Le compagnonnage a été conçu comme un système d'appui ponctuel mais fréquent auprès des personnels de soins, avec une véritable logique progressive dans le temps.

## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

Mais cette logique s'est confrontée à la réalité d'un très fort **turn-over dans les équipes de soignants** au sein des centres de santé et à la difficulté de trouver des personnes référentes stables. En effet, il apparaît essentiel d'identifier, au sein de chaque structure, une personne relais qui pourrait bénéficier de formation de formateurs, s'approprier les outils de formation et s'assurer de la mise en application des acquis.

Au niveau du format des missions de compagnonnage organisées dans le cadre du PASST2, on constate qu'elles ont quasiment toutes été dimensionnées sur la même fréquence et la même durée, en fonction de la disponibilité des partenaires hospitaliers français. Pourtant, ce format n'était pas adapté à tous les sites du projet :



« Dans le district centre (N'Djamena), on me dit qu'une semaine c'est suffisant pour apprendre. À Moundou, ils me disent que c'est très court, si la personne peut rester un mois, on peut avoir des cas variés qui sont plus représentatifs des besoins. »  
(Coordinateur PASST2 – MSP)

Une approche moins systématique aurait sans doute permis d'**ajuster le format de chaque mission de compagnonnage aux besoins du terrain**.

Par ailleurs, le compagnonnage Nord/ Sud n'est pas adapté partout :



« On ne peut pas déployer notre modèle de compagnonnage dans des zones qui ne sont pas sécurisées. »  
(Expertise France, Département Santé).

La limite du dispositif de compagnonnage dans le PASST2 est le **trop faible investissement sur la formation initiale**. En dehors de quelques missions ponctuelles réalisées par les équipes d'ASF, le lien entre formation initiale et formation continue n'a pas été suffisamment pris en compte, alors même que le compagnonnage (longue durée) pourrait permettre de renforcer les compétences d'encadrement dans les écoles de formation des sages-femmes.

Dans le même sens, on relève une **absence de compagnonnage sur la pédagogie de formation/ méthode de supervision formative pour les personnels encadrants tchadiens**. Le lien avec les hôpitaux de référence n'a pas été pris en compte dès le démarrage du projet et la prise en compte de l'encadrement terrain pour assurer la continuité des effets de formation pour les personnels de soins dans les centres de santé est rendue difficile.

**L'essaimage au sein des centres de santé** a été également un enjeu difficile à prendre en compte dans le compagnonnage : la formation par les pairs entre sages-femmes au sein des centres est compliquée à mettre en place, on ne leur donne pas toujours la légitimité pour le faire.



« On a mis du temps à comprendre que ce n'était pas évident d'initier la formation par les pairs alors que nous, on fonctionne beaucoup en équipes dans nos services, on se renforce mutuellement... » (sage-femme GHU Lariboisière)

Le compagnonnage est souvent critiqué pour son coût jugé élevé et pour la forte dépendance aux personnalités mobilisées au sein des partenaires hospitaliers. Malgré tout, cette dépendance à la personnalité du formateur est une contrainte propre à tout projet de renforcement des compétences. **L'enjeu est donc de disposer d'un processus efficace d'identification des personnes ressources, engagées sur la durée (voir fiche n°1).**

## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ✚ Principaux résultats

L'évaluation du PASST2 a révélé une difficulté à mesurer les résultats atteints dans le cadre du renforcement des compétences des personnels de soins et une faiblesse du dispositif de suivi à ce niveau-là (voir fiche n°5).

D'après le rapport d'évaluation, « des éléments d'appréciation sont bien présents dans certains rapports (rapports de compagnonnage) mais ils relèvent essentiellement d'une logique d'appréciation ponctuelle, plus que d'une logique d'observation continue et organisée dans le temps ».

Néanmoins, elle a permis de recueillir des témoignages sur des histoires de changement significatif<sup>4</sup> perçu par les bénéficiaires des actions de formation et du compagnonnage hospitalier :

#### ● La prise en charge des accouchements dystociques

##### AVANT LA FORMATION

« L'utilisation du partogramme est aléatoire, les sages-femmes ont du mal à tenir le partogramme, du mal à identifier les problèmes. À cela s'ajoute un manque d'observance lors des césariennes et un faible taux de césarienne, un faible référencement avec une augmentation du taux de mortalité ».

##### APRÈS LA FORMATION ET LA RÉHABILITATION DU BLOC OPÉRATOIRE

« On constate l'utilisation correcte du partogramme. On peut poser le diagnostic à temps et le bon. La pratique de la césarienne est en hausse. On sait comment faire pour réanimer un nouveau-né et mieux surveiller la personne opérée. Nous restituons cela lors des réunions de staff. Nous sentons une meilleure confiance entre les collaborateurs et les médecins, les infirmiers échangent avec nous lorsqu'il y a un problème et ils ne réfèrent plus seuls, on en parle avant ».

#### ● La consultation prénatale (CPN)

##### AVANT LA FORMATION

« On faisait la CPN classique. »

##### APRÈS LA FORMATION

« Nous faisons une CPN/4 recentrée avec une prise en charge individuelle de la femme sur la base d'une fiche de consultation où tout est détaillé (prise en charge psychosociale aussi) et prévention des infections. On explique les signes de danger si elle est à la maison et on demande un bilan prénatal et on conseille la vaccination. On échange sur le plan de l'accouchement et le mode d'allaitement exclusif (6 mois). Nous conseillons également la femme sur le planning familial. Par contre, nous n'avons pas toujours les gants et les kits d'accouchement. »

Par ailleurs, l'ancienne coordinatrice nationale du bureau d'Expertise France au Tchad témoigne de la notoriété du projet PASST2 et de sa démarche de formation/compagnonnage inspirante pour le projet SWEDD<sup>5</sup> mis en œuvre par le FNUAP :



« Au lancement de ce projet, l'équipe du FNUAP est venue nous voir pour nous demander comment on procédait, ils voulaient que les sites de notre projet soient des lieux de stage pour les sages-femmes qui allaient être formées sur ce projet. En termes de pratiques de formation, notre modèle était reconnu. En termes de compétences, nos sages-femmes ont été recrutées pour aller faire des formations un peu partout dans le pays. Certaines ont été envoyées à Abidjan ou à Ouagadougou pour un stage de formation de formateur, elles sont devenues formatrices à l'école des sages-femmes<sup>6</sup> ici. »

4 Ces cas illustratifs ont été retenus par les participants à un focus-group d'évaluation rassemblant des personnels de santé à N'Djamena le 20/02/19.

5 Le projet d'Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel - Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD), initié en novembre 2015, est mis en œuvre dans sept pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Tchad et Bénin). Il vise à accroître l'accès des femmes et des adolescentes à la santé sexuelle et reproductive, notamment la planification familiale volontaire et la santé maternelle.

6 Il s'agit de l'ENASS – Ecole Nationale de formation des Agents Sanitaires et Sociaux à N'Djamena.

## → Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ✚ Les questions cruciales que les acteurs se sont posées

#### ● Quels sont les avantages et inconvénients du compagnonnage Nord/ Sud ?

Dans le PASST2, les partenaires hospitaliers mobilisés sont tous français. Ce modèle d'intervention n'est pas exclusif dans la pratique d'Expertise France. Il pose la question des avantages et inconvénients d'un partenariat Nord/ Sud pour le compagnonnage hospitalier, en comparaison avec des partenariats Sud/ Sud, mais aussi des partenariats multilatéraux pouvant faire intervenir des hôpitaux de plusieurs pays d'Europe, du Maghreb, d'Afrique de l'Ouest notamment. Les avis sont assez partagés sur le sujet.

Dans l'ensemble, **les acteurs évoquent le coût du compagnonnage et les possibles difficultés d'adaptation à un contexte culturel très différent** comme inconvénients majeurs du compagnonnage Nord/ Sud. Sur ce point, le rapport d'évaluation du PASST2 précise que dans les échanges Nord/ Sud, une expertise du Nord mal ou peu préparée en amont peut générer des frustrations et des déceptions en ce sens où le praticien du Nord peut inconsciemment renvoyer une image très négative de l'environnement de travail et des pratiques développées par son homologue au Sud (manque de professionnalisme, manque de rigueur...) <sup>7</sup>. Mais le compagnonnage Nord/ Sud repose néanmoins sur une notion d'engagement des hospitaliers français, une réelle volonté de découverte et d'ouverture, une disponibilité rendue possible à travers une loi (plus précisément une circulaire dite « Kouchner ») qui facilite le bénévolat et la participation des hospitaliers à des missions internationales.

A contrario, **la mobilisation d'une expertise issue de pays n'ayant pas le même cadre facilitateur peut poser des problèmes de disponibilité et de coût**, avec des risques de difficultés relationnelles également présentes. En effet, le compagnonnage Sud/ Sud est parfois plus difficile à mettre en place par manque de disponibilité des partenaires hospitaliers dont les personnes ressources sont très fortement sollicitées. Il se heurte également à une perception des rapports hiérarchiques entre pays voisins difficiles à dépasser. Il est donc essentiel d'identifier les critères précis qui permettent de justifier des choix de partenaires dans le cadre du compagnonnage.

#### ● Comment le compagnonnage peut-il améliorer les pratiques des agents de santé dans un contexte difficile comme celui du Tchad ?

Dans le cadre du compagnonnage, les partenaires hospitaliers se sont souvent sentis dépassés par le contexte. La mise en pratique des apports des formations se heurte au manque de moyens que les partenaires du Nord observent d'une mission à l'autre. Ils se sont souvent interrogés sur l'impact possible de leurs interventions et sur la façon de hiérarchiser les besoins quand ils sont nombreux. **Les rencontres entre partenaires hospitaliers animées par l'équipe d'EF ont d'ailleurs permis de recentrer régulièrement les objectifs des missions sur des axes prioritaires** (l'hygiène, la CPN, la prise en charge de l'accouchement, etc.).

<sup>7</sup> Extrait du rapport d'évaluation du PASST2 – AFD, COTA : Propos recueilli dans le cadre d'un focus group d'évaluation avec des personnels de santé à N'Djamena le 20/02/19 (Médecins, sages-femmes, infirmiers, anesthésistes, gynécologues).

## → Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ✦ Et la prise en compte des pratiques existantes ?



#### Paroles de sages-femmes

« Je pense que notre rôle n'est pas d'imposer notre modèle mais de valoriser le leur, d'une manière générale ça demande d'oublier ce qu'on sait et de mettre de côté notre modèle, partir d'une position neutre : on peut se retrouver à faire une consultation alors que plusieurs patientes sont dans la pièce, on ne va pas parler de secret médical à respecter alors que c'est leur mode de fonctionnement... »

« Notre rôle c'est de renforcer les petites choses positives, valoriser la sage-femme dans ses choix, ses arguments, même si la situation ne se passe pas comme on l'aurait voulu, parce qu'il y a plein de contraintes, qu'une césarienne ne se fait pas comme prévu parce qu'on ne peut pas mettre le traitement adapté ou parce qu'il y a une coupure de courant, pouvoir dire à la sage-femme : «tu as bien fait» ou «j'aurais fait comme toi», et essayer de voir ce qui est positif, qu'il y a tout de même un bloc opératoire, qu'on a sans doute réussi à sauver la mère alors qu'avant tout cela n'aurait pas été possible... »

« La priorité pour moi était d'établir la confiance avec la sage-femme, pour faire passer des messages, lui transmettre des conseils. Je préférerais ne rien dire plutôt que de briser la relation de confiance. Je pense qu'il faut travailler ensemble plutôt que l'une contre l'autre et cela se fait

parfois au détriment de certaines bonnes pratiques : par exemple en consultation, on peut insister sur l'hygiène et le lavage des mains en même temps que plusieurs autres points comme le calcul de l'âge gestationnel, mais si on sent que la sage-femme lâche ou perd un peu patience, on va se recentrer sur l'essentiel, l'hygiène des mains, on est obligé de faire des compromis, il n'y a pas tellement de mode d'emploi, c'est en fonction de comment on le sent sur l'instant... »



## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ET DEMAIN ?

### COMMENT RECOURIR AU COMPAGNONNAGE HOSPITALIER POUR LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES PERSONNELS DE SOINS ?

#### ✚ Une leçon tirée de l'expérience

Le compagnonnage hospitalier, tel qu'il a été expérimenté dans le cadre du PASST2, est une méthode jugée efficace pour répondre à des besoins de renforcement des acteurs sur le terrain mais ne peut constituer un modèle unique de renforcement des compétences. Elle doit s'inscrire en complémentarité d'autres modalités qui répondraient à plusieurs enjeux essentiels : renforcer la formation initiale, assurer la pérennité des changements de pratique, favoriser l'essaimage et le transfert de compétences en pédagogie active auprès des personnels de direction, d'inspection et d'encadrement, etc. Finalement, **c'est l'approche du compagnonnage elle-même qui devrait être essaimée au sein des structures de santé et auprès des personnels de supervision.**

#### ✚ Points de vigilance

➔ Il est important de s'assurer que les partenaires Nord mobilisés sur des missions de compagnonnage aient une **connaissance suffisante du contexte tchadien**, son système de santé, les indicateurs de santé maternelle et infantile, etc. avant leur départ sur le terrain.

➔ La **coordination entre les missions de compagnonnage** est essentielle, surtout lorsqu'elles sont réalisées par plusieurs partenaires auprès des mêmes structures de santé. Globalement, les missions des partenaires ont été bien réparties sur toute la durée du projet de manière à garantir la disponibilité des participants aux formations et éviter la confusion.

➔ La **participation des points focaux, relais sur le terrain et garant de la continuité entre les missions de compagnonnage, est un principe particulièrement difficile à rendre effectif dans la réalité** : si ces relais sont effectivement très pertinents, il est peut-être peu réaliste de les positionner en garants du suivi de l'application du contenu des formations dans le quotidien des agents. En effet, ce type d'activité exige des approches, des méthodes et outils spécifiques qui sont du ressort des personnels encadrants, à condition qu'une formation solide et spécifique leur soit dispensée (et que des moyens leur soient alloués), ce qui n'a pas été le cas.

➔ Le dimensionnement du compagnonnage en fonction du contexte et des réalités du terrain suppose de **ne pas trop systématiser la démarche**, la durée des missions et la fréquence.

➔ Le **cadre réglementaire dans lequel le compagnonnage est mis en œuvre** : au Tchad, un travail sur les normes et protocoles, absents dans le domaine de la SRMNI, devait être conduit par le MSP. Il a été initié (en partie à travers l'appui d'Expertise France) avec beaucoup de retards et de contraintes institutionnelles, ce qui a pu mettre les partenaires hospitaliers en difficulté. Dans ce contexte, le risque est de voir chaque partenaire produire des protocoles ou les importer de France, proposer des affichages et des normes sans les faire valider par les autorités sanitaires.

## ➔ Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### 🏠 Conseils précieux

Les acteurs du PASST2 attirent notre attention sur les conditions à réunir pour réussir une mission de compagnonnage :

#### ● Conditions liées à la préparation préalable

Les équipes doivent être bien briefées sur le système de santé du pays, notamment l'organisation administrative de la santé, et la conception de la SRMNI dans les pays en développement, notamment au Tchad. Les acteurs soulignent l'importance de se renseigner sur le contexte tchadien, notamment sur les conditions de vie, les maladies, etc., de prendre l'initiative de lire les recommandations du Ministère de la Santé Publique (MSP) dans le domaine de la SRMNI. Ce bagage a parfois manqué aux équipes d'hospitaliers, malgré les nombreux briefings contexte réalisés en début de projet et mis à jour lors des réunions des partenaires. **Expertise France peut jouer un rôle déterminant dans la préparation au départ des équipes d'hospitaliers (voir fiche n°2)** en améliorant les modalités de transmission des informations essentielles. Concernant les connaissances indispensables sur le contexte sanitaire, il pourrait être utile de concevoir une vidéo pédagogique ou même une formation en ligne de type MOOC sur les notions indispensables, qui viendrait compléter des formations/ préparation à la pédagogie active, la communication efficace dans le cadre du compagnonnage Nord/ Sud.

La préparation du compagnonnage concerne également le **ciblage des thématiques** qui s'y prêtent mieux et les conditions à réunir sur place pour que la mission soit efficace. Ainsi, dans le cadre du PASST2, l'évaluation initiale sur le niveau de chirurgie existant et à renforcer à travers le compagnonnage était peu pertinente ; les premières missions ont révélé qu'il faut un minimum de connaissances et de pratiques

sur place pour que le compagnonnage puisse produire des effets sur le renforcement et l'amélioration de ces pratiques. À titre d'exemple, les formations sur la ventouse obstétricale, qui ne peut être maîtrisée sans connaître la mécanique obstétricale, au risque d'être encore plus dangereuse pour les patientes, ont été réajustées par les partenaires : ces formations ont été précédées d'exercices pratiques sur la mécanique obstétricale dont la parfaite maîtrise est un prérequis essentiel qui manquait aux sages-femmes stagiaires.

#### ● Conditions liées à l'organisation de la mission

Comme soulevé plus haut dans les points de vigilance, les partenaires hospitaliers et associatifs du PASST2 relèvent **trois conseils précieux** relatifs à l'organisation des missions de compagnonnage pouvant faciliter son bon déroulement. Tout d'abord, **il est important de n'avoir aucun problème logistique**, dont la responsabilité était confiée à l'équipe projet Expertise France, permettant de se concentrer uniquement sur le contenu de la mission, ce qui fut le cas dans le cadre du PASST2 et particulièrement apprécié.

Par ailleurs, l'organisation logistique d'une mission doit **tenir compte du site**. Dans le cas d'Abéché, les conditions d'accueil ne sont pas les mêmes qu'à N'Djamena et supposent une bonne autonomie des équipes en mission. Les conditions d'accès sont plus difficiles et il semble important de prévoir des missions plus longues (10 à 15 jours minimum sur place).

Enfin, le compagnonnage est perçu comme une **expérience nécessairement collective** où l'équipe en mission doit être composée de plusieurs personnes, pour permettre d'échanger tout au long de la mission, revenir sur le déroulement de la journée et pouvoir confronter des avis sur la posture à adopter, les difficultés à surmonter et les pistes de solution.

## → Organiser une mission de compagnonnage hospitalier pour les personnels de soins

### ● Conditions liées à la pédagogie d'accompagnement/ compagnonnage

Dans le compagnonnage où la démarche pédagogique est inversée entre théorie et pratique, il est néanmoins nécessaire de disposer d'une **mallette pédagogique** avec des supports synthétiques de formation théorique déjà tout prêts, mobilisables à tout moment en fonction des besoins et qui sont souvent réutilisés. En fin de journée ou en regroupements ponctuels, des petits topos sont utilisés sur place pour présenter/ rappeler quelques notions. Cela permet de réaliser des petites interventions rapides, d'environ 15 à 20 mn maximum sous forme de cours à partir de cas cliniques identifiés dans la pratique. La démarche pédagogique renvoie également à la posture du « formateur » dans le compagnonnage, lui permettant de « **trouver sa place** » dans la structure de santé lors de la mission : « **bien s'effacer au départ et s'affirmer progressivement...** ». Pour cela, il est essentiel dans un premier temps d'être dans une **posture d'observation**, de se mettre en retrait et de prendre le temps de faire connaissance, de poser des questions pour mieux identifier les problématiques et surtout faire émerger le questionnement chez les personnels de soins pour que le changement vienne de ces derniers. Il est important de se rappeler que la présence des partenaires vient nécessairement perturber leur rythme de travail et que l'accompagnement doit être discret pour être efficace et ouvert à un fonctionnement tout à fait différent de celui que connaissent les équipes hospitalières en France.

### ● Conditions liées à la place du compagnonnage dans un dispositif de renforcement des compétences

Enfin, pour que le compagnonnage puisse fonctionner et produire des changements de pratique durables, il est important de le **positionner au cœur d'un processus plus**

**large de renforcement des compétences.** Le lien avec les hôpitaux de référence, les écoles nationales de santé, les personnels d'encadrement, de supervision, de formation, etc. doit être inscrit dès le départ au sein du dispositif. Il s'agit également d'**intégrer dans le compagnonnage la notion de mise en réseau des professionnels de santé**, en privilégiant par exemple des regroupements de sages-femmes des différents centres de santé au sein de l'hôpital de district à l'occasion de missions de compagnonnages, ou des rotations entre centres de santé et hôpital pour les sages-femmes pendant quelques jours, de façon à développer leurs aptitudes à travailler ensemble.

Enfin, le compagnonnage dans les structures sanitaires pose la question du **lien entre formation initiale et formation continue** :

L'appui à la formation initiale pourrait se faire à travers la mise en place de mécanismes d'accréditation des écoles de sages-femmes, le développement de l'offre de formations qualifiante, la recherche de terrains de stages au niveau régional, une assistance technique auprès des cadres de l'école des sages-femmes pour appuyer les équipes sur l'organisation du cursus de formation et les pédagogies actives, etc. Le projet SWEDD (voir supra) prévoit notamment d'appuyer les institutions de formation des sages-femmes et la création de centres régionaux de formation.

« Si l'on n'arrive pas à faire en sorte que des écoles de sages-femmes sortent des cadres aguerries, alors on ne peut pas faire du compagnonnage qui a vocation à compléter une formation de base, faciliter sa mise en pratique en situation de travail, recycler quand c'est nécessaire sur certaines notions... » (expert associé PASST2)



*Ici, la fiche ne traite pas du suivi technique et financier du projet, centré sur les activités (à partir d'indicateurs de réalisation) et pour lequel plusieurs outils ont été conçus et utilisés, mais plutôt du suivi-évaluation qui doit permettre d'observer les résultats, les effets des formations sur la pratique des personnels de soins, les changements dans les centres de santé et hôpitaux. Il s'agit notamment du suivi des indicateurs de résultats établis dans le cadre logique du projet.*

## Retour sur l'expérience du PASST2

### COMMENT ?

### En quoi cela consiste ?

#### QUI ?

Le suivi-évaluation du PASST2 est réalisé à trois niveaux : par l'équipe projet d'EF, au Tchad et en France, par les points focaux mandatés dans chaque structure de santé pour assurer le suivi du projet, et par les partenaires hospitaliers et associatifs qui réalisent des missions de terrain.

L'équipe projet EF a été dimensionnée de la manière suivante :

- En France, une équipe de deux personnes (une chargée de projet à temps plein et une assistante de projet à temps partiel) sous la supervision d'un responsable de pôle ;
- Au Tchad, une équipe de six personnes à N'Djamena (chef de projet, chargé de suivi-évaluation et capitalisation, responsable administratif et financier avec une assistante et deux chauffeurs) sous la supervision d'un chef de bureau des projets santé au Tchad et un assistant du projet à Moundou.

Le dispositif de suivi-évaluation du PASST2 repose sur **deux principales modalités complémentaires**, mais souvent traitées de façon distincte :

#### ● Remontée des données du terrain sur l'évolution des indicateurs de résultats

En premier lieu, le suivi des résultats repose sur de nombreux indicateurs correspondant à des indicateurs de santé publique en lien avec la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Tchad. Pour renseigner les résultats du projet, des données doivent être régulièrement collectées auprès de toutes les structures de santé soutenues par le projet. Dans chaque structure, un point focal a été désigné sur la base d'un cahier des charges. Il perçoit une indemnité en contrepartie. Le point focal transmet un rapport mensuel<sup>8</sup> au chargé du suivi-évaluation de l'équipe terrain qui compile les informations dans une base de données SRMNI. Cette dernière est complétée par deux bases de données pour le suivi des activités, l'une recensant les personnes formées et l'autre les personnes sensibilisées lors des activités communautaires menées par les relais communautaires dans les centres de santé et dans les quartiers.

Sur la base de ces informations, l'équipe projet siège élabore les rapports périodiques du projet PASST2.

<sup>8</sup> Un modèle de fiche de transmission des données a été établi par EF. Les informations quantitatives, renseignées sur une page, reprennent les éléments fournis dans les RMA (Rapports Mensuels d'Activités) des structures de santé.



## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

### La fonction de « POINT FOCAL » :

Les points focaux sont des personnels encadrants dans les structures de santé (RCS, responsable de maternité, etc.) qui ont généralement des fonctions de suivi d'équipe et qui sont donc responsabilisés dans le suivi des activités de renforcement des compétences de leurs équipes à travers le projet. Initialement ils avaient un rôle crucial dans le dispositif S&E (fournir des rapports trimestriels/ semestriels sur le déroulement des activités pour étayer l'interprétation des données, évaluer l'atteinte des objectifs du projet par rapport aux indicateurs de résultat), mais dans la mise en œuvre du projet, cela n'a pas été toujours le cas. En effet, les points focaux n'ont sans doute pas été suffisamment outillés par le projet (grilles de supervision, formations spécifiques...) et il était difficile, pour une équipe sous-dimensionnée comme celle du PASST2

d'assurer des missions de suivi/ contrôle de cette fonction dans les 30 structures de santé appuyées.

### Le processus prévu :

A Moundou et à Abéché, les données de tous les sites sont collectées mensuellement par les points focaux du projet. A N'Djamena, les données sont collectées mensuellement auprès des sites directement par l'équipe projet d'EF.

Etaient prévus (non réalisé) :

- La mise en place d'un dispositif de décentralisation de la validation des données via des réunions mensuelles de vérification et de validation des données sur site (avant transmission aux Districts Sanitaires) et des réunions semestrielles de validation des données dans chaque province à laquelle doivent prendre part

les responsables de la DSIS (Direction du Système d'Information Sanitaire).

- Une validation annuelle des données organisée avec les points focaux des sites et l'équipe d'Expertise France à N'Djamena. Néanmoins, des réunions de coordination des points focaux à N'Djamena ont été organisées. Ces réunions permettaient de faire un point d'étape, un bilan des activités réalisées, etc. Par ailleurs, le chef de projet et le chargé de S&E et capitalisation ont réalisés des visites de supervision sur le terrain et une vérification aléatoire de la conformité des données reçues avec les registres. Mais dans l'ensemble les rapports sont souvent maigres, en appui sur du déclaratif, et donc peu exploitables. Il n'a pas été possible de renforcer les capacités des points focaux dans leur fonction et d'améliorer ainsi la qualité des données collectées et analysées.



## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

Fiche  
5

### ● Analyse des données issues des missions de compagnonnage des partenaires français

À l'issue de chaque mission sur le terrain, les partenaires font une restitution à chaud (débriefing) auprès de l'équipe Expertise France sur le terrain, parfois en présence de représentants du MSP et/ou de l'AFD. Les données présentées sont ensuite restituées dans un rapport de mission, transmis à la fois à l'équipe terrain et à l'équipe siège du projet. La remise du rapport de mission peut faire l'objet d'un débriefing entre l'équipe siège et le partenaire, selon la disponibilité.

En complément des rapports de missions présentés par chaque équipe, une à deux rencontres annuelles regroupant les partenaires hospitaliers et associatifs ont été organisées à partir de 2017 et axées sur le bilan/suivi des missions réalisées au cours de l'année, la présentation des objectifs de l'année suivante. Elles ont également permis aux partenaires de partager leurs expériences.

À l'initiative des CHU de Lariboisière et Annecy (2017), un groupe de travail avait été lancé sur le partogramme pour tenter d'uniformiser les pratiques entre les partenaires. Des outils ont été créés, notamment l'audit du partogramme, pour évaluer le taux de remplissage des partogrammes par les sages-femmes formées et être en mesure d'apprécier les effets des formations dans le temps.

Il faut noter par ailleurs que les missions de compagnonnage sont conçues dans une logique de continuité et de suivi d'une mission à l'autre, permettant d'observer la mise en application des recommandations (supervision formative) et ainsi d'évaluer les acquis et les manques sur lesquels il convient d'insister.

### ➔ BONNES PRATIQUES

Assurer une évaluation collective du niveau d'acquisition des compétences clés

En mai 2019, l'équipe d'Expertise France au siège a animé un atelier de suivi-évaluation du PASST2 avec tous les partenaires (hospitaliers et associatifs).

Cet atelier d'une journée devait permettre de mener un travail :

- d'évaluation du niveau d'acquisition des compétences clés, sur la base d'une grille d'évaluation dont le format a été conçu et proposé par Expertise France et le contenu élaboré par les partenaires Nord en séance plénière ;

- de définition des priorités pour les dernières missions du projet. Cet atelier a permis de recentrer le plan d'action des dernières missions sur cinq compétences prioritaires : prise en charge du nouveau-né, hygiène de base, surveillance des saignements dans les 2 h

post-natal, allaitement exclusif, protocole d'interrogatoire (antécédents).

Ces compétences prioritaires sont celles sur lesquelles une amélioration significative a déjà pu être constatée (objectif de renforcement des acquis clés) et celles qui ne sont pas trop dépendantes des facteurs externes sur lesquels il n'est pas possible d'agir. Il a été convenu également d'utiliser les dernières missions pour accompagner les personnels de soins formés dans un exercice d'auto-évaluation de leur niveau d'acquisition des compétences visées.

A noter également en termes de bonne pratique que le MFPP a réalisé des évaluations systématiques des formations sous la forme d'une grille d'évaluation de fin de formation par les stagiaires (enquête de satisfaction).



## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

### Une évaluation du PASST phase 1 et 2

Conduite au premier semestre 2019 par l'AFD et le bureau d'études COTA, l'évaluation du PASST2, riche d'enseignements, a permis de mettre en évidence les lacunes du dispositif de suivi-évaluation du projet et la nécessité d'une évaluation qualitative des effets des missions de compagnonnage sur les pratiques au quotidien des personnels de santé formés. L'évaluation, dont les conclusions ont été rendues en mai 2019, a sans doute été programmée trop tardivement pour permettre aux équipes de mettre en pratique les préconisations sur la dernière année du projet. Mais elle a permis de mettre en évidence des points d'alerte à observer pour la planification des dernières missions et le recentrage des priorités.

A propos du dispositif de suivi-évaluation, le rapport présente *trois constats relatifs à un déficit d'analyse qualitative centrée sur les effets des formations* :

1/ L'absence d'indicateurs cibles, de résultats à atteindre, de données de références fiables permettant d'apprécier le chemin parcouru.

2/ La faiblesse générale du dispositif de suivi-évaluation du projet :

- très orienté sur les indicateurs de santé publique, donc sur une évaluation d'impact à long terme
- constitué d'indicateurs essentiellement quantitatifs : il manque des indicateurs de suivi des effets induits par le PASST2, à court et moyen terme, notamment sur les actions de formation et de renforcement des capacités.

3/ Les activités de renforcement des capacités ne font pas l'objet d'un suivi spécifique alors que nous avons pu observer de nombreux *changements de pratiques et comportements « avant-après »* : les déficits de valorisation de ces changements obtenus grâce au financement du PASST2 n'ont donc pas assez été valorisés.

(extrait de la présentation du rapport d'évaluation, mai 2019)





## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

### ✚ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées

Le dispositif de suivi-évaluation a été conçu initialement dans une logique intégrée au plan national du MSP, en reprenant des indicateurs de santé publique, de manière à ne pas multiplier les indicateurs et à démontrer la contribution du projet à l'amélioration de SRMNI au Tchad. En effet, toutes les données collectées sur la fiche Expertise France font partie intégrante des données du Système d'Information Sanitaire (SIS), l'objectif et le positionnement d'Expertise France ici étant de renforcer un système existant malgré ses défaillances (via des formations sur la collecte/ l'analyse, la reproduction d'outils de collecte pour assurer la disponibilité des registres dans les structures de santé). **L'implication des cadres du MSP** dans le suivi du projet, notamment les points focaux au niveau de la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) et du District Sanitaire (DS), a été conçue dans un souci de responsabilisation du MSP dans le projet et de pérennisation à travers l'ancrage institutionnel de la démarche.

Mais le suivi-évaluation s'est confronté à plusieurs contraintes : tout d'abord l'équipe a été sous-dimensionnée pour être en mesure de réaliser un suivi-évaluation de qualité : à titre d'exemple, le coordinateur du projet au Tchad avait également la tâche de coordonner les activités mises en œuvres sur N'Djamena, la plus importante du projet (10 centres de santé et 5 hôpitaux). Le temps consacré à la gestion quotidienne et à l'organisation des missions ne permettait pas de réaliser des visites de sites qui soient centrées sur des analyses qualitatives des données, de façon à prendre le recul nécessaire pour avoir une analyse globale. Par ailleurs, le poste de suivi-évaluation a connu un turn-over important, le coordinateur du projet ayant lui-même assuré l'intérim sur ce poste pendant six mois, en plus de ses fonctions.

Un système de suivi-évaluation s'appuie sur une collecte de données susceptibles d'être « exploitées » pour réorienter l'action (outil d'aide à la décision). Dans le cadre du PASST2, **de nombreux rapports ont été produits, des données ont été collectées mais pas toujours exploitées, faute de temps suffisant pour utiliser toutes les informations disponibles** dans le cadre du pilotage du projet.

La troisième limite est celle du **choix des indicateurs de suivi** du projet : en appui sur des indicateurs de santé publique, ils dépendent de la fiabilité des données enregistrées au niveau des structures sanitaires. Par ailleurs, ils ne renseignent pas suffisamment sur les effets induits par le PASST2 à moyen terme.

### ✚ Principaux résultats

➔ Des **outils harmonisés, des trames communes** pour les rapports de mission, pour le suivi de certains acquis des formations ont été élaborés (par exemple l'audit du partogramme pour le suivi par les partenaires hospitaliers mais aussi les grilles d'auto-évaluation par les personnels de soins formés dans le cadre du projet).

➔ Les rencontres régulières d'échanges et de suivi du projet, également avec les partenaires de mise en œuvre sur le terrain, ont permis de **créer un « collectif » d'acteurs hospitaliers au service du PASST2, de développer des liens entre les équipes de différents hôpitaux, et un engagement individuel** des personnes mobilisées dans le cadre des missions, particulièrement salué par Expertise France.

## → Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins



### Le dispositif de suivi-évaluation vu par l'équipe du PASST2

« Les indicateurs retenus ne sont pas liés aux formations, en dehors du nombre de personnes formées. On ne peut pas dire que la formation va réduire la mortalité maternelle et infantile et du coup, nos indicateurs ne reflètent pas la réalité de notre travail... »

« On aurait pu faire un meilleur suivi si quelqu'un avait été chargé de faire le suivi terrain des recommandations, pour avoir un regard extérieur régulier. »  
(équipe Tchad)

« Dans le cadre du PASST2, il n'y a pas eu de système de revue périodique des indicateurs, la production de synthèses...ce qui rend difficile la production des rapports narratifs à destination des bailleurs... »

« Pour mesurer des résultats avec des indicateurs quantitatifs de santé publique, il est difficile de se fier aux statistiques disponibles. On n'a pas toujours de registres dans les centres de santé, on ne prend pas toujours de notes et en plus on ne consigne pas les décès dans les centres... Donc si on veut suivre à partir d'une baseline, on sait déjà que les données quantitatives ne sont pas parlantes et pas disponibles... »  
(équipe France)

### Les questions à se poser

#### ● Sur quoi doit porter le suivi-évaluation d'un projet de renforcement des compétences dans le domaine de la SRMNI ?

Quels indicateurs permettent de suivre des changements de pratiques/ de comportement au service d'un objectif global de réduction de la mortalité maternelle et infantile ?

Dans la dernière année du projet, un **travail d'auto-évaluation du niveau d'acquisition des compétences clés par les personnes formées** permet de répondre partiellement à cet enjeu et d'obtenir des remontées du terrain.

À titre d'exemple, lors de sa dernière mission au Tchad, l'équipe de Cochin a administré un questionnaire de satisfaction à 63 agents de santé (profils variés) travaillant dans les cinq structures de santé qu'elle a accompagnées (principalement sur la prise en charge de l'enfant) et ayant reçu au moins une formation dans le cadre du projet. **60% des personnes interrogées se disent « tout à fait satisfaites » des formations reçues** ; les thématiques de formation évaluées comme étant « les plus utiles » concernent l'HBB (Helping Baby Breathe), l'allaitement maternel et la prévention des hémorragies. Parmi les formations jugées les « moins utiles », il y a notamment celle sur le remplissage et l'utilisation du partogramme, thème pourtant central dans le dispositif de formation du PASST2. Les personnes interrogées déclarent également qu'elles souhaiteraient des formations plus longues (moins denses) et plus régulières.



## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

### ● Comment composer avec un système d'information sanitaire dont les données ne sont pas parfaitement fiables ?

Le suivi-évaluation du PASST2 a mis en évidence des difficultés dans la collecte de certaines données de santé, liées à un manque de formation et à une faible disponibilité des outils de collecte. Il a donc été proposé de prendre en charge des **formations au remplissage des registres de santé à destination des prestataires de soins**, ainsi qu'une formation des membres des Équipes Cadre de Districts (ECD) et des Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) en matière de **traitement et d'analyse des indicateurs de santé**, et de mettre à disposition des registres dans toutes les structures de santé ciblées par le PASST2.

### ET DEMAIN ?

### COMMENT EVALUER LES EFFETS DU DISPOSITIF DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES ?

### ✦ Une leçon tirée de l'expérience

Un suivi-évaluation quantitatif et adossé aux indicateurs de santé publique ne permet pas de rendre compte des effets d'un processus de renforcement des compétences des personnels de soins.

### ✦ Points de vigilance

- ➔ Attention à la quantité d'informations produites : elle doit être en relation avec la possibilité d'en faire un outil d'aide à la décision.
- ➔ Accepter que le premier impact d'un projet de renforcement des compétences va concerner des changements de pratique individuels.
- ➔ Penser à configurer le dispositif RH du projet en tenant compte des besoins d'une présence forte sur le terrain, pour assurer la continuité et le suivi entre des missions de compagnonnage, qui restent des interventions ponctuelles extérieures.

### ✦ Conseils précieux

- ➔ Un dispositif de suivi-évaluation devrait permettre d'évaluer le compagnonnage et les missions de renforcement des compétences, en donnant davantage la parole aux personnes qui bénéficient de ces formations. Des enquêtes CAP, telles que prévues initialement dans le cadre du PASST2 mais non réalisées, sont des outils adaptés pour collecter ces données, même si elles sont souvent « lourdes » à mettre en place et nécessitent de mobiliser une expertise externe au démarrage et en cours de projet.
- ➔ **Évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires, tout autant que des partenaires hospitaliers et associatifs**, sur la base d'une grille d'analyse commune aux partenaires français et tchadiens, avec des critères d'évaluation relatifs au contenu des formations, au profil des personnes, à la durée des missions, etc.



## ➔ Assurer le suivi-évaluation du renforcement des compétences des personnels de soins

Des rencontres entre les bénéficiaires du dispositif devraient également être proposées, à l'image des rencontres entre les partenaires du Nord, dans une logique de retour d'expérience et d'analyse croisée.

➔ Définir des indicateurs spécifiques au dispositif de renforcement des compétences nécessite de s'appuyer sur les thématiques de formations prioritaires identifiées au démarrage du projet. Voici quelques exemples proposés :

### ➔ PARTOGRAMME

Mise en place de l'utilisation systématique du partogramme pour la surveillance du travail pour toutes les parturientes

- 100% des patientes ont un partogramme pendant l'accouchement
- 100% des sages-femmes comprennent l'utilisation de cet outil

### ➔ HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS

Amélioration des pratiques d'hygiène lors des actes SONU<sup>9</sup> (absence de gestes invasifs)

- 0 révision utérine sans vérification préalable du placenta
- Règles d'asepsie connues et mises en place par l'ensemble de l'équipe.

Une personne externe peut alors accompagner les missions de façon périodique (toutes les trois missions sur un même site par exemple) afin de collecter ces informations, mener des « audits » (hygiène, remplissage du partogramme, etc.) sur la base d'outils préalablement développés. Pour cela, il est nécessaire et important d'établir au démarrage du projet un plan de formation avec des indicateurs clés et des outils de collecte.

➔ Le dispositif de suivi-évaluation d'un projet de renforcement des compétences dans le domaine de la SRMNI pourrait être conçu sur deux niveaux d'analyse, les résultats et les objectifs finaux. Ainsi il devrait comporter en premier lieu des **indicateurs relatifs à des changements de pratique observables auprès des personnes formées**. Si l'analyse doit porter sur des indicateurs quantitatifs observables dans des structures de santé, au regard du turn-over des personnels de soins, il est essentiel de concevoir un projet de renforcement des compétences prenant en compte **l'essaimage des formations au sein des structures de santé**. Ainsi, la démarche d'essaimage devient aussi importante que la démarche de formation et sur cette base, il est possible d'observer des changements dans la qualité des soins.

➔ Une **évaluation externe à mi-parcours**, centrée sur une approche orientée changement et utilisant des outils d'analyse qualitative pourrait permettre de compléter le dispositif de suivi des activités et des résultats quantitatifs visés par un projet de renforcement des compétences des personnels de santé. Cette évaluation devrait être planifiée suffisamment tôt pour permettre à l'équipe projet de se saisir des résultats de l'analyse évaluative et des préconisations sur trois niveaux (stratégiques, opérationnelles et leur traduction en suggestions d'actions à mettre en place).

## → Bonne Pratique

# Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute en planification familiale

Fiche  
6



Cette fiche s'appuie principalement sur l'expérience du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), dont le mandat dans le PASST2 était de former, entre autres, à l'écoute et l'accueil bienveillant des personnels de soins dans les centres de santé mais aussi des acteurs de la santé communautaire (assistants sociaux, AS et agents de santé communautaires, ASC) dans le cadre de l'amélioration des compétences en planification familiale.

### ✕ En quoi cela consiste ?

Tout d'abord, il s'agit d'une approche qui n'est pas spécifique au Tchad ou même au projet PASST2 mais **au cœur de la démarche du MFPF dans ses formations** en France ou à l'international.



« Notre postulat est de dire que plus on améliore la posture d'écoute non jugeante, plus les langues se délient, les femmes parlent de leur contexte, de leurs droits sexuels et peuvent plus facilement choisir par elles-mêmes. »

« Ça fait partie de l'ADN du planning, interroger le pouvoir autour du savoir médical. Il faut que les gens puissent dire ce qu'ils savent, qu'on leur donne la parole pour ne pas être dans un système où l'on déverse un savoir médical. Pour ça, il faut être à l'écoute de ce que la patiente ressent et de ce qu'elle a à dire par rapport à son vécu... »

« On se questionne nous-même sur notre façon de transmettre quand on fait de la formation, notre posture dans la façon de former et qui peut servir de miroir pour ceux qui sont en formation... »



- **Former et accompagner sur le savoir-être<sup>11</sup> : de quoi s'agit-il ?**

Au Tchad, les postures des personnels de soins parfois très jugeantes par rapport à la contraception sont repérées comme un frein au libre accès à la contraception adaptée à chaque femme, donc il s'agit en premier lieu de déconstruire la vision négative autour de la planification familiale. Cela commence par un **travail sur les représentations et les normes**, une réflexion sur la façon dont elles sont construites et une prise de conscience sur les attendus que l'on peut avoir par rapport à ces représentations.



*« Il faut d'abord passer par cette étape pour travailler l'écoute, l'empathie et le non-jugement. Il faut déjà mettre à distance les représentations pour avoir des oreilles plus grandes et des yeux qui s'ouvrent, qui permettent de capter ce qui est du visuel et de la parole... leur apprendre à être dans l'écoute, c'est construire avec eux des espaces où ils vont prendre de la distance avec leurs perceptions, leurs savoirs, s'en émanciper pour mieux écouter... »*

<sup>11</sup> Pour rappel, avec la connaissance et la pratique, le savoir-être (l'attitude) constitue le triptyque d'une compétence, comme une combinaison de ressources à mobiliser dans la pratique des personnels de soins.

- **Faire émerger un questionnement sur les représentations : les outils du MFPP**



*« Le savoir-être ne peut pas être théorique, il faut amener des personnes à vivre des situations où elles se sentent elles-mêmes écoutées, bien accueillies par rapport à d'autres situations plus violentes, et analyser ensuite avec ces personnes ce qu'elles en perçoivent. »*

La méthode consiste donc à faire vivre une situation, l'analyser et ensuite apporter des approches sur la bienveillance sur la base de ce que les personnes ont éprouvé elles-mêmes et de ce qui émerge de l'expérience.

Les équipes du MFPP s'appuient sur des techniques interactives, à savoir : travaux de groupes, mises en situation, jeux de rôles, situations d'argumentaires et d'écoute, utilisation des techniques du Théâtre de l'Opprimé (TO). Elles mobilisent des outils d'animation dans une logique de progression pour installer la confiance, pour que les personnes ne se sentent ni jugées, ni mises en difficulté.



*« Dans nos formations, on commence par un état des lieux sur la planification familiale au Tchad avec des jeux, des mises en situation, ensuite on les questionne sur ce qu'ils en pensent et sur l'intérêt à travailler sur la planification familiale au Tchad, quels sont les freins, et là ils vont lister certaines causes. A partir de tous ces constats, on leur demande comment eux, les soignants, peuvent faire pour améliorer la planification familiale dans leurs centres. En général, il en ressort un besoin de se former pour mieux accueillir les personnes, donc la demande de travailler sur l'accueil vient des stagiaires... Et là on peut travailler sur leurs représentations... »*

# Bonne Pratique

## → Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute en planification familiale

Il y a donc un schéma commun à toutes les formations auprès des personnels de soins sur la planification familiale, et ensuite chaque formatrice adapte les outils utilisés en fonction du contexte et des participants : **le débat théâtral** permet de travailler des mises en situation autour de problématiques complexes que les personnels de soins rencontrent dans leur centre de santé et pour lesquelles ils ne savent pas comment réagir. Dans la scène qui est jouée, les stagiaires viennent prendre la place du soignant pour tenter d'expérimenter d'autres façons de réagir. Ces différentes réactions donnent lieu à un débat qui permet de **questionner les freins à la planification familiale et les solutions possibles en termes de posture bienveillante**. Le **débat mouvant** contribue également à faire évoluer les représentations à travers la confrontation des arguments et l'écoute des autres selon une méthode en **trois temps** :

- l'animatrice pose une affirmation, par exemple « la contraception c'est une histoire de femmes » ;
- les stagiaires se positionnent d'un côté ou l'autre d'une ligne en fonction de leur avis de départ, s'ils sont d'accord ou non avec cette affirmation puis ils expliquent pourquoi ;
- à l'écoute des autres arguments, chacun peut se repositionner d'un côté ou l'autre de la ligne.

« Cet outil est très intéressant parce qu'il révèle des prises de position différentes et avec des arguments qui sont ceux de la société... »

**Les soignants ne sont pas en dehors de la société, ils sont eux-mêmes avec des représentations qu'on essaie de déconstruire pour les aider à s'en affranchir dans leur pratique professionnelle... »**



### ✚ Valeur ajoutée de la démarche et limites rencontrées

La démarche utilisée par le MFPP, particulièrement appréciée par les stagiaires bénéficiaires de leurs interventions au Tchad, repose sur des principes d'éducation populaire, qui valorisent le savoir et la parole de chacun et qui tentent de modifier la relation de pouvoir au savoir, en partant du principe que « chaque personne peut être experte de sa propre connaissance de vie ».



« J'ai animé un groupe de formation avec des médecins, infirmiers, des accoucheuses traditionnelles, des sages-femmes : il s'agit de leur faire vivre que chaque parole a la même valeur et est respectable, pour qu'ils aient un autre regard sur les personnes qu'ils accueillent même s'ils n'ont pas les mêmes connaissances. »

# Bonne Pratique

## → Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute en planification familiale

Certes, l'approche du MFPP est éloignée du système de transmission et d'éducation au Tchad, très structuré autour de la hiérarchie et des fonctions de pouvoir, mais elle permet justement d'ouvrir des opportunités de réflexion, de questionnement dans une posture elle-même bienveillante et sans jugement par rapport au propos et aux représentations de chaque stagiaire.



« Là où on va, on dégage des espaces de possible pour ceux qui veulent s'en saisir, mais les gens choisissent ou non de le faire. L'important c'est de pouvoir ouvrir le champ de la réflexion. »

Toutefois, le travail autour de l'accueil bienveillant s'est heurté à plusieurs difficultés : la **barrière de la langue** est particulièrement problématique lorsqu'il s'agit de travailler sur les postures et les représentations, notamment dans le cadre des visites sur site pour accompagner la mise en pratique par les personnels de soins dans leurs consultations ou les ASC dans l'animation de leurs causeries. Ensuite, le **turn-over** des stagiaires a été vécu comme un frein important dans ce type d'accompagnement qui nécessite tout de même un temps long et plusieurs étapes. Une formatrice du MFPP se souvient :



« A N'Djamena, lors de la 2e session de formation, la moitié des sages-femmes stagiaires sont nouvelles. Il faut revenir encore sur les fondamentaux de la planification familiale avant de pouvoir travailler véritablement la posture d'accueil bienveillant ».

Enfin, l'équipe du MFPP relève la faible collaboration avec les partenaires institutionnels ou associatifs tchadiens pour réaliser de la formation conjointe et suivre les stagiaires.

### ✦ Principaux résultats

Les formatrices du MFPP témoignent de retours positifs du terrain, où les agents de santé et les acteurs de la santé communautaire bénéficiaires des formations font état d'une **plus grande facilité à réaliser des consultations en planification familiale ou des causeries de groupe** sur l'espacement des naissances et la contraception.

Ces retours rejoignent certains témoignages collectés dans le cadre de la capitalisation :



« Maintenant je parle de tous les moyens de contraception, ce n'est pas à moi de choisir pour la femme, je ne porte pas de jugement sur ce qu'elle me raconte, je m'autorise à parler et surtout à donner la contraception aux femmes même si le mari n'est pas d'accord ou n'est pas au courant... » (sage-femme CS N'Djamena)

# Bonne Pratique

## → Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute en planification familiale

Même si les résistances restent importantes (planification familiale perçue comme incompatible avec la religion, comme politique de limitation des naissances, comme porteur de risques pour la procréation etc.), la stimulation de la demande de planification familiale sur la base d'une approche communautaire soutenue (formation au travail de sensibilisation des matrones, des agents de santé communautaires et des sages-femmes) semble commencer à fonctionner et constituer un levier de changement important du point de vue de la pratique des agents de santé.

### ● Planification familiale

#### AVANT LA FORMATION

« Je faisais la planification familiale mais pas approfondie. On imposait aux femmes une méthode et on ne réfléchissait pas quand on passait commande des produits, du coup ils périmaient ».

#### APRÈS LA FORMATION

« Je prends mon temps, je pose des questions aux femmes, je laisse les femmes décider de la méthode. On a un temps d'écoute de la femme. On fait des échanges. EF nous apprend la gestion des produits avec une marge de sécurité pour passer nos commandes et ne pas être en rupture de stock. On laisse le temps aux femmes de poser des questions ».

Enfin, les évaluations des compétences visées par les formations et le compagnonnage, réalisées par les partenaires lors des dernières missions, permettent de relever quelques améliorations dans la qualité de l'accueil et l'écoute mais également des difficultés persistantes dans l'accueil de la patiente pour une CPN :

#### LES +

Prise de conscience du **bien-être de la patiente** et de l'intérêt des CPN pour prévenir les complications, meilleur prise en compte du bien-être de la patiente, meilleur accueil, plus bienveillant, dans certaines FOSA

#### LES -

Principes d'empathie, d'acceptation, de non-jugement, de confidentialité encore très aléatoires d'une FOSA à une autre. Mêmes constats dans la planification familiale, notamment le counseling.

→ Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute  
en planification familiale✦ Les questions cruciales  
que les acteurs se sont posées

- Comment observer *in situ* les effets de l'accompagnement à l'accueil et l'écoute ?

Dans la démarche d'accompagnement, les formations sont complétées par des temps d'observation des participantes à des causeries de groupes ou à des consultations en planification familiale dans les centres de santé. Mais la barrière de la langue ainsi que la présence d'une tierce personne venue de France peut biaiser l'analyse des postures et des discours des personnes formées face à certaines questions. **Comment faire de l'observation des changements de pratiques lorsqu'il ne s'agit pas uniquement d'observer des gestes techniques ?**

- Comment trouver soi-même la bonne posture pour accompagner sur le « savoir-être » ?

Si les partenaires du PASST2 témoignent tous de l'importance de bien se préparer à un environnement très différent au Tchad, il est parfois difficile de trouver la bonne façon d'aborder des questions de comportement, de posture, très liées aux codes culturels, aux traditions, à la société. **Comment identifier les sujets qui ne peuvent pas être questionnés ?** Où se trouve la limite dans le cadre de ces missions d'accompagnement, notamment dans le domaine des droits sexuels, aux évolutions possibles et aux débats à initier ?



« Sur certains sujets un peu tabou, on participe mais il ne faut pas avoir de jugement, c'est ça qui est difficile. On peut se laisser emporter... »

« A N'Djamena, j'ai animé un groupe avec des sages-femmes qui sont sorties en plein milieu pour prier. J'ai demandé comment elles faisaient pendant les accouchements et elles me disaient que la priorité c'était leur prière. Dans ce cas-là, je peux dire que ce que j'entends me fait violence, mais je m'en remets au groupe pour questionner... Ce n'est pas facile, les questions de religion peuvent prendre beaucoup de place et être souvent bloquantes.»

→ Accompagner les acteurs sur l'accueil et l'écoute  
en planification familiale✦ Comment prendre en compte  
les pratiques existantes et  
s'adapter au contexte ?

## S'adapter au niveau des connaissances existantes

« A ma connaissance, au départ ce qui était prévu c'était d'avoir un cycle de trois missions : une première mission dédiée à la formation théorique sur la planification familiale, une deuxième mission pour travailler sur l'écoute, la posture, l'accueil et puis une troisième mission pour le suivi des acquis et la consolidation. Mais dès la première mission, on a vu que le niveau était plus faible que ce qu'on pensait, les connaissances de base en contraception étaient insuffisantes. Dès lors, c'est difficile d'avoir la bonne posture pour parler de quelque chose qu'on ne maîtrise pas bien du tout... »

« Il devait y avoir un recyclage par l'école des sages-femmes mais il n'a pas eu lieu, donc on a dévié de notre objectif initial pour faire plus de transmission de connaissances à partir des manques observés chez les professionnels de santé, déjà très en demande de comprendre comment fonctionne une pilule ou un DIU (dispositif intra-utérin)... On a dû penser notre formation à l'accueil bienveillant de façon différente... »

## S'adapter à des contextes différents

Au Tchad, le PASST2 a été mis en œuvre sur trois villes, N'Djamena, Moundou et Abéché. Seuls les partenaires associatifs, dont le MFPPF, sont intervenus sur les trois sites du projet et ont dû développer des approches parfois différenciées entre les sites.

« A Abéché, c'est la barrière de la langue qui nous oblige à revoir un peu notre façon de faire, pour inclure tout le monde dans le groupe, prendre plus de temps pour que les unes et les autres se fassent traduire, observer les attitudes même pour celles qui ne s'expriment qu'en arabe. »

« C'était difficile parfois, il y a des femmes qui ont de la pudeur à parler français, une langue pratiquée par des intellectuels, donc elles n'osent pas. On essayait de faire reformuler, de traduire, on leur disait « ce n'est pas grave, dis-le dans ta langue on va traduire, mais parles » et on essayait de s'adapter pour faire parler les femmes, surtout dans les groupes avec les ASC (agents de santé communautaire) où les femmes sont toujours en position basse car elles ne parlent pas bien français et des jeunes garçons qui ont un meilleur bagage, qui parlent plus facilement et qui traduisent parfois en fonction de leur propre point de vue... »



### ET DEMAIN ?

### COMMENT FORMER A L'ACCUEIL ET L'ECOUTE EN PLANIFICATION FAMILIALE ?

#### ✚ Une leçon tirée de l'expérience

Dans le domaine de la SRMNI et en particulier de la planification familiale, c'est avant tout le manque crucial de formation initiale et de connaissances théoriques et pratiques des acteurs de la santé, notamment sur la contraception, qui les met en difficultés pour adopter une posture ouverte d'écoute et d'accueil bienveillant. Les freins socio-culturels peuvent être levés dans certaines situations, à condition de pouvoir s'appuyer sur des connaissances solides en planification familiale ainsi qu'en gynécologie.

#### ● Et si c'était à refaire ?

Pour travailler sur les représentations et sur la posture non jugeante des personnels de soins comme des acteurs de la santé communautaire, il aurait fallu des missions plus régulières et organiser des groupes d'analyse des pratiques. L'observation participante pour la mise en pratique des acquis de la formation lors des consultations ne semble pas adaptée pour des formatrices françaises, en raison de la difficulté à saisir ce qu'il se dit. **Les groupes d'analyse des pratiques permettent davantage de revenir sur des situations dans lesquelles les personnels de soins se sont sentis à l'aise ou en difficultés, de les questionner et de permettre à tout le groupe d'en tirer des leçons pour faire évoluer leur pratique professionnelle.**

#### ✚ Points de vigilance

##### → Le ciblage des personnes à former sur l'accueil bienveillant

Il s'agit d'un constat transversal au dispositif de renforcement des compétences du PASST2 : il est important de mélanger les équipes entre les centres mais également de travailler sur le centre comme unité de soin et former un nombre assez important de personnes au sein de chaque centre pour palier au turn-over important des personnels de soins.

##### → Assurer le suivi et la continuité de l'amélioration de l'accueil et l'écoute

Plusieurs témoignages portent sur les personnes relais du ministère de la Santé Publique, qui ne partagent pas la vision et le discours relayés par MFPF pendant les formations et délivrent parfois des propos contradictoires. Comment dépasser cette situation ? Comment mieux se préparer ensemble ?

### ✚ Conseils précieux

#### → « Ne pas partir en terrain conquis »

Pour des formateurs et formatrices sur l'accueil bienveillant et l'écoute non jugeante, notamment dans le domaine de la planification familiale, il est important de bien se renseigner sur la représentation des femmes dans la société tchadienne et la représentation d'une planification qui est uniquement familiale au Tchad et ne peut pas être individuelle.

Cela peut nécessiter un travail préalable, en démarrage de projet, à travers une **étude socio-anthropologique autour de la planification familiale**, pour bien en comprendre les contours et les possibles au sein de la société tchadienne.

#### → Réfléchir à sa propre posture dans l'accompagnement au « savoir-être »

L'accompagnement dans un partenariat Nord/ Sud questionne plus particulièrement la posture des formateurs parfois de façon « parasitée par la relation » Nord/ Sud.



*« Ne regardez pas les personnes que vous avez en face de vous comme des victimes d'un système, ce sont des professionnels de santé avec des compétences... »*

Finalement, la posture ouverte, libérée de toute comparaison et emprunte de lâcher prise permet de mobiliser et mettre en œuvre toutes ses ressources de formatrice.

#### → Accepter qu'il faut du temps et rester « modestes »

Du temps pour travailler sur les représentations et pour améliorer la posture d'écoute et d'accueil bienveillant : les séances de formation sont à planifier sur plusieurs jours (au moins trois jours) car la confiance et la dynamique de groupes s'installent dans le temps et constituent des clés indispensables pour aller sur des prises de paroles libérées, sur des confidences liées à des domaines particulièrement intimes et sur des changements de représentation dont la légitimité se construit très progressivement.

Du temps pour observer les effets sur les changements de comportement : l'impact de cet accompagnement est particulièrement difficile à observer et à mesurer. Les résultats immédiats sont souvent déclaratifs de la part des personnels de soins et des agents de santé communautaire, mais l'impact plus large sur les représentations des droits sexuels et la posture bienveillante et ouverte demande un temps long. C'est un changement de société auquel un projet peut contribuer modestement :



*« Ce n'est pas nous qui changerons leur vie mais c'est eux qui décideront de changer leur vie parce qu'ils ont rencontré des personnes qui font bouger leur regard, qui parlent autrement de certains sujets, et ça aide à s'ouvrir... »*



Agence publique, Expertise France est un acteur clé de la coopération technique internationale. Elle conçoit et met en œuvre des projets qui renforcent durablement les politiques publiques dans les pays en développement et émergents. Gouvernance, sécurité, climat, santé, éducation... Elle intervient sur des domaines clés du développement durable et contribue aux côtés de ses partenaires à la concrétisation de l'Agenda 2030.



**Contacts :**

EXPERTISE FRANCE  
40, boulevard de Port-Royal, 75005 Paris  
01 70 82 70 82

[accueil@expertisefrance.fr](mailto:accueil@expertisefrance.fr)  
[www.expertisefrance.fr](http://www.expertisefrance.fr)

**Retrouvez-nous sur :**



Publication - Juin 2021 - Crédits photos @solidrusk