

EVALUATION A MI-PARCOURS DU PROJET SANTÉ SUD MADAGASCAR



INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE

RANJALAHY-RASOLOFOMANANA Justin, Professeur Titulaire, Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC).

Serge GOTTOT, Professeur, Coordonnateur du Réseau de recherche en santé des populations et du centre de promotion de la santé (INSPC).

RANDRIANARIVO-SOLOFONIAINA Armand Eugène, Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur (INSPC).

RAKOTOARISON Norohasina, Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur (INSPC).

ANDRIANIRINARISON Jean Claude, Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur (INSPC).

SOMMAIRE

I-	RESUME	1
II-	SYNTHESE	2
III-	RECOMMANDATIONS	16

RAPPORT D'EVALUATION

IV-	INTRODUCTION	25
V-	DESCRIPTION DU PROJET	28
	II.1. Historique	28
	II.2. Les MGC.....	31
	II.2.1 Recrutement des médecins (MGC)	31
	II.2.2. Appui structurel	32
VI-	METHODOLOGIE	35
	III.1. Organisation de l'évaluation.	35
	III.2. Echantillonnage	38
VII-	SITUATION ACTUELLE	41
	IV.1. Installation des MGC	42
	IV.2. Problèmes lors de l'installation	43
	VI.3. Les infrastructures	44
	IV.4. Encadrement (formation, supervision, ...)	46
VIII-	FONCTIONNEMENT DES SITES MGC	48
	V.1. Fréquentation et offres de services	48
	V.2. Gestion et viabilité des sites MGC	50
	V.3. Intégration du MGC	52.
	V.4. Les MGC et le Projet Santé Sud	57
	V.5. Le Projet Santé SUD / Madagascar : appréciation des décideurs et des leaders.	58
IX-	COMMENTAIRES	66
	VI.1. Pertinence du projet	42
	VI.2.1 Autonomie des médecins et pérennisation du projet	69
	VI.2.2. Autonomie des médecins	69
	VI.3. Pérennisation du projet.	73
X-	BIBLIOGRAPHIES	75
XI-	EVALUATEURS DU PROJET	75

XII- RESUME

Le projet SANTEsud est un projet ambitieux qui a atteint son but : implanter, en trois ans, 42 médecins généralistes communautaires dans 38 zones enclavées. L'enquête réalisée auprès d'un peu moins d'un tiers des médecins objective qu'ils assurent, au dire des communautés, une médecine de qualité. Ils assurent un service comparable à celui d'un médecin de CSB 2. Les médecins installés sont autonomes grâce à leurs revenus, revenus qui est en moyenne supérieur à celui des médecins de service publique. Cependant, la solvabilité des villageois n'est pas assurée toute l'année. Le coût d'installation d'un médecin se monte à 12000 Euros. Le coût des infrastructures, des matériels et des équipements requis pour l'exercice médical des médecins de SANTEsud est nettement inférieur au coût de ceux d'un CSB2.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- Optimiser les dépenses d'installation en recherchant des solutions plus économiques pour l'installation des médecins en particulier pour assurer la disponibilité en électricité.
- Evaluer l'efficacité de la mise à disposition de vaccins dans les sites.
- Etudier des modalités de prêt bancaire permettant aux médecins d'emprunter pour financer les matériels et équipements dont ils seront propriétaires en fin de contrat.
- Etudier les modalités de la formation permanente via en particulier les technologies d'information et de communication.
- Renforcer les compétences des médecins en médecine préventive et en santé communautaire.
- Etudier les possibilités de fournir des équipements diagnostics, en particulier pour les examens de laboratoire, afin de renforcer les capacités diagnostiques et aussi les capacités de dépistage des maladies chroniques.
- Renforcer l'intégration des médecins au sein du district sanitaire en précisant les rôles respectifs et les responsabilités partagées des médecins et de ceux du district sanitaire.
- Intégrer dans le rapport d'activité quelques indicateurs de santé, traceurs de la qualité des soins.
- Accentuer les échanges de pratiques et d'expérience entre les médecins ruraux communautaires malgaches et entre les médecins ruraux communautaires malgaches et ceux d'autres pays dont le Mali.

XIII- SYNTHÈSE

Le projet SANTESUD a pour but de :

- Aider à l'implantation de médecins généralistes ruraux communautaires dans des zones où n'existe aucune infrastructure sanitaire.
- Accompagner ces médecins afin qu'ils offrent une médecine communautaire de qualité.

Pour SANTESUD, offrir une médecine communautaire de qualité, c'est :

- **Dispenser des services cliniques à des personnes**, en particulier le paquet minimum d'activités (PMA) :
 - Activités curatives : consultations, soins, accouchements,
 - Activités préventives : consultations prénatales, consultations postnatales, vaccination, planification familiale,
- **Dispenser des services communautaires aux groupes de population à risque**
 - Activités promotionnelles : IEC/CCC, surveillance nutritionnelle des enfants 0 – 3 ans.
- **Offrir aux médecins une formation continue** leur permettant d'ajuster leurs pratiques (supervisions par la cellule technique d'appui CTA et le siège de Marseille, missions de compagnonnage par des pairs étrangers) et de les améliorer (formation permanente) afin d'offrir de nouveaux services à la population.
- **Favoriser le développement d'une vie associative¹ pour les médecins généralistes privés**, gage de la pérennité de cette approche, comme cela se passe dans de nombreux pays du sud comme du nord.

L'objectif de cette évaluation se limite à l'appréciation de la situation existante afin de donner à l'association SANTESUD des pistes de réflexion pour améliorer éventuellement sa performance. En revanche, cette évaluation n'a pas pour objectif d'évaluer l'efficacité de ce modèle. En effet, évaluer son efficacité nécessiterait de le comparer à d'autres modèles de médecine rurale à Madagascar ou à ceux d'autres pays à développement similaire.

^{1 1} l'AMC-MAD¹ association des médecins de la région d'Antananarivo

¹ Tealongo association des médecins de la région de Tolagnaro

Le projet SANTESUD à Madagascar a officiellement débuté en janvier 2002 (date d'acceptation du projet par l'Union Européenne) mais ses activités n'ont réellement commencé qu'en novembre 2003 (fin de la crise politique).

Pour atteindre ses objectifs, le projet SANTESUD:

1. Met à la disposition de chaque médecin une **aide financière** pour le choix de son installation, pour les infrastructures (cabinet médical et logement) et pour le plateau technique (matériels médicaux).
2. Leur offre une **formation initiale** et une **formation continue** spécifique à la pratique médicale en milieu rural enclavé
3. Leur assure un **soutien technique et opérationnel** lors de l'installation et lors des supervisions

Le développement des cabinets médicaux s'appuie sur la participation des communautés et par SANTESUD via les financements propres à l'association (15%) et ceux collectés par elle en provenance de l'union européenne (75%) et de la coopération française (10%). Le financement Union Européenne a pris fin le 30 novembre 2006. La relève financière est assurée actuellement par SANTESUD et la coopération française

Le budget alloué par l'association et les bailleurs de fond est de 640 000 € sur 3 ans soit 15 238 € par médecin (640 000 € : 42) répartis en coûts liés à l'installation (12 000 €) et en coût lié aux activités de soutien telles que soutien associatif, la formation continue, les missions de compagnonnage, les Assises (un peu plus de 3000€). La coopération canadienne a financé en plus l'achat de panneaux solaires pour la somme de 22690€

Les conditions d'exercice des médecins (en milieu rural enclavé) et les besoins financiers requis, en particulier pour leur installation, amènent à se poser la question de **la pérennité et de la reproductibilité de ce modèle**, question soulevée en particulier par l'Union Européenne.

Quel bilan peut-on tirer de ces trois années d'activités ?

- **Un contrat tenu**

Selon l'historique du projet, SANTESUD s'est intéressé à l'implantation de médecins généralistes communautaires 7 ans avant son démarrage effectif (1995). Ces années ont été consacrées à expérimenter différentes modalités d'installations médicales avec diverses ONG locales qui n'ont pas donné de résultats durables, en particulier avec la crise de 2002. C'est la raison pour laquelle SANTESUD a décidé de créer une cellule technique à Antananarivo.

A l'origine du projet, il était prévu d'installer 18 nouveaux médecins et de renforcer les capacités de 10 médecins, dont 9 de l'association TEALONGO déjà installés dans la région de Tuléar. Dans l'avenant au contrat, accepté en août 2005, SANTESUD s'engageait à installer 12 nouveaux médecins en plus des 18 prévus initialement, soit 30 nouvelles installations.

Trois années après le début effectif du projet **42 médecins ont soit ouvert un cabinet** (32 nouvelles installations soit deux de plus que prévu) **ou été confortés dans leur installation** (10) et ceci dans 38 sites (couples installés dans 4 sites). Les trois quarts des médecins (31) se sont installés dans la région d'Antananarivo et le quart restant (11) dans celle de Tuléar.

Parmi les 46 nouveaux candidats sélectionnés, quatorze ont renoncé avant leur installation définitive. Cinq ont démissionné de leur poste après quelques mois. (ils ont tous été remplacés). Quatre ont changé de site car il ne correspondait pas à leur attente ou n'était pas viable.

- **Un projet apprécié**

Le projet SANTESUD est globalement bien apprécié par l'ensemble des interlocuteurs institutionnels (ministère de la santé, ordre des médecins, faculté de médecine et bailleurs), par leurs collègues (médecins de CSB et médecin inspecteur) et surtout par les communautés (fokontany et commune). Les interactions et l'intégration sont effectives au sein des communautés. Mais elles ne le sont pas autant avec les institutions et les collègues.

Les décisions d'implantation ont été prises en concertation avec le Ministère de la santé et du Planning Familial (MINSAN-PF) et intégrés à la carte sanitaire par une convention de service public.

- **Une activité médicale comparable à celle d'un CSB2, mais insuffisamment communautaire et encore peu intégrée dans le district sanitaire.**

Les médecins généralistes communautaires dispensent des services curatifs équivalents voire même de meilleure qualité (permanence des soins) que ceux d'un CSB2, excepté les services dentaires², et mènent des actions préventives et de promotion de la santé pour un coût d'installation et de fonctionnement moindre que ceux d'un CSB2

Ils effectuent la totalité des activités curatives du PMA. Ils assurent en plus une permanence de soins de proximité, répondent aux urgences, se déplacent à domicile grâce à leur moto et compensent parfois leurs collègues de CSB2 lors de leur absence pour des raisons administratives

Cependant ils n'assurent pas tous les activités préventives (près d'un quart ne pratiquent pas de vaccination) et les activités promotionnelles (seulement deux tiers pratiquent une surveillance nutritionnelle). Enfin ils ne semblent pas avoir de réelle activité de santé communautaire collective.

Les services offerts par les médecins de Santé sud sont très appréciés par les populations qu'ils desservent et par les maires des communes. Ils améliorent, par leur présence, la couverture sanitaire. Ils reconnaissent leurs confrères des CSB2 comme un collègue ou un collaborateur et peu comme un concurrent. En revanche, leur intégration dans le système de sanitaire est insuffisante. En effet, même si les médecins inspecteurs considèrent qu'ils sont intégrés dans la carte sanitaire du district, il y a encore peu de liens fonctionnels entre les médecins inspecteurs et les médecins. Un quart n'enverrait pas de rapport d'activité et la supervision par le médecin inspecteur n'est pas vraiment souhaitée par les médecins.

- **Des installations viables**

La **pérennité** des cabinets existants repose sur l'autonomie financière des médecins et le soutien technique et opérationnel de SANTESUD

Le nombre moyen de consultations journalières est de 9 avec une variation de 4 à 15 selon les cabinets. Pour plus de la moitié des médecins, le nombre minimal de consultations

² (hormis l'urgence dentaire qu'ils assurent)

journalières requis est d'au moins 10 par jour pour assurer la viabilité des cabinets. Un peu plus de la moitié d'entre eux ne sont pas totalement satisfait de la fréquentation de leurs cabinets, mais leur installation est encore récente pour la plupart.

Le revenu des médecins comprend les revenus financiers obtenus lors des consultations et des revenus en nature obtenus lors des consultations et par des activités agricoles. Le revenu financier d'un médecin peut atteindre 600 000 ariary par mois voire plus, soit en moyenne un revenu supérieur à celui d'un médecin de CSB (200 000 à 300 000 ariary).

Cependant, le revenu financier mensuel n'est pas assuré car il dépend des liquidités disponibles, celles-ci variant avec les saisons (période de récolte versus période de soudure). Selon ces périodes, le taux de recouvrement des crédits varie de 5 à 20%.

Cependant, plus des trois quarts des médecins peuvent épargner (épargne de 22% en moyenne avec une variation 5% à 40% selon les médecins). Plus de la moitié des médecins ont pu faire des achats de matériel médical et plus des deux tiers des achats d'équipements pour la désinfection et pour l'hygiène et/ou, aménager leurs locaux (extensions ou réfections). Quelques-uns ont acheté un téléphone et/ou une bicyclette. Le montant alloué par les médecins aux investissements varie de 90.000 à 2 millions d'Ariary. Les communautés disent qu'elles sont capables aussi d'autofinancer la maintenance des bâtiments et/ou leur extension.

Cependant, compte tenu des problèmes de liquidité, des mécanismes de crédit collectif devraient être étudiés, tel qu'un dépôt financier pendant la période de récolte ou une mutuelle, pour assurer le revenu régulier du médecin.

- **Une installation et des services moins coûteux que ceux d'un CSB2 mais nécessitant encore un appui technique et opérationnel de SANTESUD**

Un médecin de SANTESUD offre les services médicaux à une population de 4000 à 12 000 habitants, soit en moyenne de 8 000 habitants et un médecin de CSB 2 offre les mêmes services à une population de 8000 et 15000 habitants en moyenne supérieure à celle d'un médecin généraliste communautaire.

Le coût d'installation d'un médecin (hormis l'apport de la communauté pour le bâtiment) est d'un peu moins de 12 000 € dont près de 10 000 pour les équipements et 2000 pour l'accompagnement du processus d'installation. Près des deux tiers des dépenses

(7500€10000€) d'installation est liée à l'achat du kit solaire (4400€) et à celui de la moto (3100€).

Le coût minimal pour l'ouverture d'un cabinet (hormis l'installation solaire et la moto) est d'un peu plus de **4000 €** par médecin soit un peu près un tiers du budget actuel d'installation. Parmi ces dépenses, une moitié est liée à l'achat de l'équipement technique de base (mobilier et matériels médicaux, aménagement des locaux et dotation en médicaments) et l'autre moitié est liée aux frais d'accompagnement de l'installation (étude de faisabilité, déplacement, formation).

Selon les données du ministère de la santé,

- Le coût des infrastructures et des équipements pour l'installation d'un CSB 2 qui serait comparable à un cabinet médical de médecins de SANTE SUD³ est de **60 000 Euros**⁴.
- Comparativement le coût des infrastructures et des équipements pour l'installation d'un cabinet médical de médecins de SANTE SUD est de **10 000 Euros** soit 6 fois moins que celui d'un CSB2.
- Le coût annuel en personnel d'un CSB2 à la charge du ministère de la santé est 2900 euros alors qu'il est nul pour le ministère puisque à la charge du médecin de SANTE SUD.

L'association SANTE SUD apporte un appui technique et financier au moment de l'installation (formation à la médecine rurale communautaire et appui opérationnel pour identifier le site d'installation), effectue un suivi des médecins installés, assure un **compagnonnage** par des pairs, réalise des **formations continues** et fournit un **appui au fonctionnement des associations** des médecins. Le coût de l'appui est estimé à 1000 euros par médecin et par an.

Cet appui est assuré d'une part par la Cellule Technique d'Appui (CTA), basée à Antananarivo et co-pilotée par un médecin généraliste communautaire et un médecin adjoint administratif et d'autre part par des médecins généralistes français du siège marseillais.

La pertinence de cet **appui technique** est plébiscitée par la plupart des médecins enquêtés (90%), près de la moitié considère cet appui comme un encouragement. La formation initiale

³ sans local de pharmacie, sans laboratoire, sans cabinet dentaire, deux lits d'hospitalisation au lieu de 4 et une superficie plus petite

⁴ 84 000 euros pour un CSB2 comprenant un dispensaire, un laboratoire, 4 lits d'hospitalisation, un local de pharmacie, un cabinet dentaire des bureaux pour 4 agents de santé et un logement pour le médecin

et la supervision biannuelle sont appréciées par presque la totalité des médecins qui y voient une véritable aide. Ils souhaitent des rencontres plus fréquentes, favorisant modes d'échange peu directifs.

La plus part des médecins (92%) acceptent de contribuer à la mise en place d'un fonds de solidarité collective sous réserve d'une gestion sérieuse et transparente. Certains préfèrent affecter un pourcentage (1% à 10% des recettes totales avec un mode à 5%) de leurs recettes totales de l'année, d'autres penchent plutôt pour un montant forfaitaire fixé à l'avance (10.000 à 100.000 Ariary par an avec une moyenne à 29.000 (500 €).

Le siège de Marseille assure le suivi évaluation lors de missions régulières comprenant un appui à la comptabilité et à la gestion (mise aux normes européennes), des visites sur les sites, l'analyse des situations, et au besoin, le réajustement du projet et la fourniture de conseils D'autre part le siège apporte un appui à la **formation continue (missions de compagnonnage et d'experts)**. Au total, le coût attribuable à la venue de médecins du siège représente **89 093 € soit 14% du budget total ou 700 euros par médecin et par an**. Ces dépenses correspondent à 93% des fonds propres apportés par SANTEsud.

La pertinence de l'appui technique du siège et d'intervenants étrangers est souvent questionnée. Ne pourrait-on assurer le compagnonnage et la formation continue uniquement par des médecins malgaches ? Certainement, sous réserve que les médecins compagnons aient eux-mêmes une réflexion sur leurs pratiques et une formation appropriée. Ce sera possible par les médecins de l'association dès qu'ils seront parvenus à créer une "culture entre pairs", à la fois solidaire et soucieuse de réactiver en permanence une démarche qualité sur leurs pratiques. Les Médecins Généralistes Communautaires sont adhérents de l'Association des Médecins de Campagne de Madagascar (AMC-MAD) dans la région d'Antananarivo ou de celle de l'Association TEALONGO dans la région de Tuléar. Ces deux associations médicales seront prochainement en mesure d'accompagner les médecins installés, d'organiser et d'animer des sessions de formation continue et des actions-recherche en réseau, d'exercer leur rôle d'association médicale de référence pour la santé communautaire et de diffuser leur expérience dans le pays.

Cependant, l'apport d'expériences étrangères en médecine générale, les échanges entre pairs (en particulier au Mali et en France) et aussi la connaissance d'autres expériences étrangères transmises par les publications ou lors de colloques est certainement une source majeure d'innovations et de motivation. La venue de médecins généralistes ne devrait pas se limiter à

des médecins français mais SANTESUD devrait favoriser aussi des échanges avec des médecins généralistes communautaires de pays du sud en particulier les Maliens.

En conclusion

Ce projet répond à un besoin des collectivités et **aux attentes** des communautés **enclavées**.

Conformément au cahier des charges, **42 médecins ont été installés en trois ans**. Pourquoi privilégier les communautés rurales au détriment des communautés urbaines ?

L'un des arguments les plus pertinents pour privilégier les communautés rurales est que beaucoup d'entre elles sont enclavées et n'ont pas d'accès aux services de santé surtout au moment des périodes de pluies. L'impact du médecin généraliste communautaire sur la mortalité materno infantile et sur la prise en charge des urgences médicales est plébiscité par les villageois. Les communautés ont clairement dit qu'elles avaient observé une amélioration de la situation sanitaire depuis l'arrivée des médecins, certaines disant même que le nombre de décès maternels et celui des enfants avait diminué drastiquement (de 10 décès maternels par an à deux).

Privilégier les communautés urbaines au détriment des communautés villageoises posent une véritable question éthique. Les communautés urbaines indigentes pourraient bénéficier de cette approche. Cependant, il existe de nombreuses structures sanitaires en particulier hospitalières tant publiques que privées qui peuvent assurer ces services, sous réserve bien sûr de leur qualité. Il a été observé dans de nombreux pays la réticence des populations à se rendre dans les structures publiques pour des raisons multiples en particulier un mauvais accueil, l'absence de permanence des soins et les demandes de paiement complémentaires bien supérieures à ce qui est réglementairement accepté et éthiquement acceptable.

Le projet sous sa forme actuelle est-il pérenne ?

Les médecins installés ont une autonomie financière, ils peuvent assurer la maintenance de leur matériel médical et la maintenance voire l'extension des infrastructures avec la communauté. Cependant, des modalités doivent être trouvées pour assurer la pérennité mensuelle du revenu du médecin. Cependant, leur durée de « vie » locale est variable. Il est probable que peu resteront plus de cinq ans. SANTESUD doit assurer la relève promise aux communautés lors de la première installation.

Si la pertinence du projet ne semble pas mise en doute, son coût d(15 000 euros par médecin soit 5000 euros par médecin et par an) peut paraître excessif. La coopération française n'a pas émis d'objection et a même renouvelé sa confiance en finançant une nouvelle tranche.

Sur les 640 000 Euros alloués, 60% (384 000) le sont pour l'installation des 32 médecins et le reste (256 000) pour les activités de soutien de SANTESUD (26% du total (167 000) pour les équipements et les activités de la CTA et 14% (89000) pour les activités du siège marseillais).

Oui et non pour l'équipement de base :

L'équipement de base coûte environ 4000 euros soit 10 millions d'ariary. Plus des deux tiers 70% des MGC enquêtés pensent qu'ils pourraient s'installer sans l'aide financière de SANTESUD pour les équipements et les matériels de base. Mais, a contrario, près de la moitié (46 %) des MGC pensent ne pas pouvoir exercer de façon acceptable si les équipements et matériels de base sont entièrement à leurs charges.

Selon 70% des MGC enquêtés, un médecin ne devrait pas s'aventurer à faire un prêt bancaire pour acquérir ces matériels. L'incertitude sur la faculté de remboursement dans les délais est grande, les recettes n'étant ni assurées ni régulières. Cependant un tiers d'entre eux pense que le prêt bancaire est envisageable si le secteur où le médecin compte s'installer a une forte potentialité économique, s'il n'y a pas de concurrence ou si le nombre des habitants est assez élevé.

Oui pour une partie des infrastructures.

Les communautés ont apporté leur aide pour installer le cabinet médical et loger le médecin ou plus rarement pour construire les bâtiments (4 médecins). Elles disent qu'elles peuvent financer la maintenance des infrastructures voire leur extension. SANTESUD a apporté en moyenne 400 euros (1 million d'ariary) pour l'aménagement des locaux (réfection, eau courante, sanitaire).

Non pour les équipements coûteux tels que l'éclairage et la moto.

Peut-on se passer de ces équipements ? Les supprimer enlèverait une grande part de la qualité des prestations (vaccinations, soins à domicile, ravitaillement en médicaments) mais surtout aurait un impact probable sur la sécurité des soins (l'éclairage la nuit pour les urgences et déplacement à domicile en cas d'urgence vitale).

Les vaccinations peuvent-elles être assurées par l'équipe sanitaire de la commune voire du district ? Théoriquement, oui, mais en pratique ce n'est pas le cas. En effet, la moitié des cabinets médicaux sont équipés de réfrigérateur pour le seul motif que le CSB le plus proche ne peut lui-même assurer ce service soit du fait de son éloignement soit et le plus souvent parce qu'il ne possède pas lui-même les infrastructures requises (électricité ou réfrigérateur à pétrole). Cependant, selon certains les structures sanitaires qu'elles soient privées ou publiques ne peuvent assurer la chaîne du froid. Les vaccinations soient effectuées dans le cadre des campagnes nationales sous la responsabilité des districts sanitaires. Ce point de vue est discutable. Selon les pratiques des médecins de SANTESUD Il semble que l'approche la plus pertinente repose sur une complémentarité publique privée : une stratégie avancée des campagnes nationales de vaccinations auxquelles participent les Médecins de eSantesud (BCG, Rougeole, première dose de Polio oral) pour les zones éloignées de centre de santé ; Une stratégie fixe pour ces vaccinations mais surtout pour la vaccination Dtpolio qui nécessite plusieurs injections à quelques mois d'intervalle et qui ne peuvent être assurées par les campagnes nationales.

La mise en place d'une procédure assurance qualité, déjà mise, place par santé sud, pour la sécurisation de la chaîne du froid

Concernant les équipements coûteux, la part la plus importante des coûts d'installation est attribuable à l'éclairage par énergie solaire (4400 euros ou 11 millions d'ariary) et à la moto (3100euros ou près de 8 millions d'ariary. Il existe des solutions moins onéreuses, éclairage au pétrole ou par groupe électrogène, réfrigérateur à pétrole, vélo plutôt que moto.

Cependant, si l'énergie solaire a un coût d'investissement relativement élevé, en revanche les frais de maintenance et son positionnement en tant que ressources de développement durable en fait un bon choix. Le ministère de la santé et du planning familial a d'ailleurs décidé d'installer des panneaux solaires dans les CSB2 afin de permettre des communications via la BLU et la conservation des vaccins. L'évolution rapide de la technologie solaire a déjà un impact sur la diminution des coûts.

D'autre part, tout ou partie de l'investissement pourrait être à la charge de la communauté (éclairage) ou des médecins (motos).

70 communes sur 1392 sont encore dépourvues de centres de santé de base malgré les efforts du Gouvernement pour améliorer la couverture sanitaire. Les périodes d'enclavement liées aux pluies sont importantes dans certains districts sanitaires et les transports coûteux. Cette inaccessibilité est en outre accentuée par l'insuffisance quantitative et qualitative de personnel et de budget de fonctionnement. La répartition du personnel médical est inégale : 21% de la population, principalement celle vivant dans les zones urbaines, est desservie par 41 % du personnel de santé.

L'insuffisance et l'inefficacité de la supervision technique et la non-détermination des vrais besoins en matière de formation entravent l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'ensemble des formations sanitaires publiques et des EMAD.

Le Projet Santé SUD / Madagascar s'est positionné pour contribuer à la résolution des problèmes de couverture médicale des zones rurales enclavées et du problème de chômage des jeunes médecins diplômés.

1. La médicalisation des zones rurales enclavées par la mise en place des médecins de SANTESUD est bien appréciée par les responsables du département ministériel chargé de la santé, par les communautés bénéficiaires et par les médecins MGC. En effet, elle répond aux attentes du ministère en terme de couverture sanitaire, comme elle répond aux besoins d'une médecine de proximité des communautés que la recherche de travail pour les médecins en quête de poste.

2. En tenant compte de la complémentarité des secteurs privés et publics, comparés pour le même volume d'activités et de qualité de soins d'un même niveau, entre CSB et cabinet MGC, le rapport cout-bénéfice d'installation et de fonctionnement justifie la mise en place des cabinets MGC. L'appui à l'installation et à l'extension des zones d'intervention du projet mérite d'être maintenu.

3. Les études préalables de faisabilité doivent être faites avant d'arrêter la liste des sites d'implantation des cabinets de MGC. La coordination nationale (Cellule Technique d'Appui), en fonction des demandes qui pourraient émaner des communautés ou des différentes autorités locales, peut proposer une liste de sites potentiels, mais les candidats pour les

cabinets de MGC peuvent eux aussi proposer une liste de sites d'implantation. Le choix et la décision finale doivent répondre aux critères de la couverture médicale, de l'éloignement, de l'enclavement et du nombre de population qui va être potentiellement desservie par le cabinet de MGC.

4. L'implantation des sites de MGC est plus justifiée si elle occupe une position plutôt «centrale» par rapport aux hameaux, villages et «fokontany» qui vont bénéficier de son existence. Les positions excentriques ne sont pas favorables à la viabilité des sites de MGC. Ces derniers doivent, autant que possible, être implantés entre les hameaux, villages et «fokontany» les plus éloignés et le CSB 2 du chef-lieu de commune.

5. Les relations entre les médecins MGC et les communautés bénéficiaires sont bonnes. Néanmoins, elles dépendent beaucoup plus de la faculté du médecin MGC de s'adapter au mode et au niveau de vie en zone rurale. Plus ou moins méfiantes au départ, les communautés s'ouvrent de plus en plus aux médecins MGC, et finissent par les intégrer totalement et leur font preuve de confiance.

6. Les formations préalables dispensées par la Cellule Technique d'Appui (CTA) sont très utiles et fortement appréciées par les médecins MGC, car elles ont permis de mieux comprendre et d'appréhender les réalités du monde rural afin que les MGC puissent s'organiser et s'adapter au mieux pour faire face à ces réalités. Ces formations peuvent être complétées et enrichies.

7. La complémentarité entre secteurs privé (MGC) et secteur public (CSB2 et CSB1), en zone rurale enclavée et/ou difficile d'accès, est évidente. Les relations entre les médecins de ces deux secteurs sont fonction de leur appréciation réciproque du rôle de chacun d'eux, mais dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une relation de bonne confraternité et de concurrence respectueuse en termes de qualité des prises en charge.

8. Un site de MGC d'exercice privé et libéral ne peut être autonome et viable que si les recettes des consultations et des prestations avoisinent 12 000 à 15 000 ariary par jour . Les

marges de bénéfice prélevées sur les médicaments (entre 20 et 40 % des prix d'achat) servent plutôt à mieux étoffer le stock de médicaments disponibles (augmenter chaque fois le stock de médicaments) et ne doivent pas être systématiquement considérés comme des gains en terme de recettes.

9. Au niveau des cabinets de MGC, les coûts de prestations de service et de soins varient de 500 ariary (pour les vaccinations) jusqu'à 40 000 ariary pour les interventions qui exigent des interventions et des observations («hospitalisation») de deux ou trois jours. Les frais prélevés pour les accouchements varient de 8 000 ariary à 24 000 ariary.

10. Malgré certaines remarques émises sur les factures réclamées, les communautés peuvent supporter les tarifs appliqués par les médecins MGC et qualifient ces derniers d'être seuls maîtres de leur décision de procéder ou non à une révision / hausse éventuelle de leur tarif de consultation et des prix de médicaments. Pour la majorité des communautés, les tarifs appliqués sont quand même à l'avantage du plus grand nombre des membres des communautés, qui peuvent faire des économies en dépensant moins par rapport aux cas s'ils devaient se déplacer plus loin, vers les CSB publiques et/ou d'autres centres de santé.

11. En fin de compte, les médecins MGC peuvent gagner autant, sinon mieux, que les médecins fonctionnaires du secteur public. Mais il faut que le médecin sache «récupérer» les frais de ses consultations et prestations, et que par moment, il doit accepter les «paiements en nature» (l'équivalent des frais de consultations et de prestations en paddy, en riz blanc, ou en d'autres produits agro-pastoraux qui sont des ressources mobilisables, faute de liquidité d'argent). Accessoirement, le médecin MGC se doit de s'impliquer et de s'adapter aux réalités du monde rural de la localité d'implantation de son cabinet.

12. Pour la pérennisation du projet :

- plus de 90 % des MGC acceptent de contribuer pour la mise en place d'un fonds de solidarité collective par un apport financier régulier qu'ils prélèveront sur leurs recettes ;

- les communautés bénéficiaires sont partie prenante pour contribuer (main d'œuvre, apports de matériaux) aux travaux d'installation, d'extension et de maintenance des infrastructures des cabinets de MGC ;
- les autorités politico-administratives locales (chefs de fokontany, maires, chefs de district, SSD et DRSPFPS) ont assuré leur disponibilité à appuyer et faciliter l'installation des médecins généralistes communautaires dans leur circonscription respective ;
- certaines communautés sont favorables à expérimenter les approches mutualistes pour assurer la prise en charge de la santé de leurs membres.

13. La cellule technique d'appui, assurant la coordination nationale du projet Santé SUD / MADAGASCAR , nonobstant un besoin de renforcement de capacité en matière de gestion et de management, est en mesure de développer, de continuer et d'étendre la mise en œuvre du projet sur d'autres zones rurales enclavées. Le coût serait moins important si les interventions et missions extérieures (supervisions, audit) sont réduites.

L'évaluation des cabinets de MGC des zones rurales enclavées dans les quatre régions de la province d'Antananarivo permet de conclure que ce projet est pertinent, répondant à la dispensation d'une médecine généraliste communautaire dans les zones enclavées et à l'amélioration du fonctionnement du système de santé malgache .

Le Projet Santé SUD / Madagascar s'inscrit bien dans le défi 1 de l'engagement 5 du MAP («*assurer la fourniture de services de qualité à tous*») en sa stratégie 2 («*assurer l'accès aux soins de qualité en particulier en milieu rural*»).

De même, sur l'aspect économique, dans sa phase actuelle, à mi-parcours, le constat et les différentes enquêtes permettent de déduire l'efficience et la potentialité d'une pérennisation du projet.

Toutefois, sollicitée à être beaucoup plus autonome pour une meilleure performance, la Cellule Technique d'Appui (CTA) se doit de se doter des moyens financiers et logistiques conséquents afin de pouvoir renforcer ses missions d'encadrement, d'appui et de suivi des cabinets de médecine généraliste communautaire. La collaboration et le partenariat avec les groupements associatifs de médecins mérite d'être développés beaucoup plus.

XIV- RECOMMANDATIONS

1°)- pour le Ministère de la santé et du planning familial et ses démembrements déconcentrés :

- assurer, à tous les niveaux et à tout moment, son rôle de tutelle et de coordination des activités relevant de la santé publique et communautaire :

- inscrire et intégrer les cabinets de MGC dans la carte sanitaire des SSD ;

- dans le cadre du suivi des PMA, considérer les cabinets de MGC au même titre que les centres de santé de base publics et les intégrer dans les activités d'encadrements techniques (supervision, formation,...), de prévention et de promotion de la santé communautaire des programmes de travail annuel (PTA) des SSD;

- assurer la cohérence et la complémentarité des formations sanitaires mises en place (ou à mettre en place) par l'administration publique et celles installées (ou à installer) par le secteur privé/libéral : il faut tenir compte de l'existence et/ou de fonctionnalité d'une formation sanitaire, qu'elle soit privée ou publique lors des demandes d'avis pour ouverture de cabinets ou d'installation de CSB ;

- pour éviter les recours hors secteurs des malades dans les zones ou secteurs à desservir, les activités techniques, aussi bien curatives, préventives que promotionnelles, dans les zones rurales enclavées sont, par *convenance bipartite*, à départager et seront assurées par les centres de santé publics au niveau de chaque commune et les cabinets de MGC installés dans ces communes ;

- si un médecin généraliste communautaire installé par un projet d'appui vient à être recruté dans le secteur public (fonctionnariat), pour éviter toute dérive, il est mieux de ne pas l'affecter au CSB 2 public proche de son ex-site d'installation, tout au moins pour une période de trois à cinq ans ;

- améliorer les offres de soins dans les formations sanitaires publiques ;

- pour les tarifications des prestations de services dans les cabinets de MGC, respecter le «contrat social» établi ;

- exiger auprès des MGC l'élaboration d'une monographie sectorielle afin de disposer des statistiques démographiques utiles au suivi et évaluation des activités. Pour ce faire, considérer plutôt les données provenant de la base (fokontany) et éviter les projections statistiques habituellement utilisées (extrapolation).

-

2°)- pour l'Ordre National des Médecins et ses démembrements décentralisés :

- prévoir et valider un amendement des règles régissant la fonctionnalisation d'un «cabinet secondaire» uniquement en zone rurale très enclavée, *stricto sensus*, pour la médecine généraliste communautaire exercée par des couples de médecins (pour ne pas confondre ni assimiler à une «médecine foraine») ;

- appuyer et soutenir le projet «SANTE SUD» dans la négociation :

-avec l'Ordre National des Médecins Odonto-Stomatologistes, pour permettre aux MGC de prendre en charge les urgences odonto-stomatologiques et procéder, en dernier recours, à des extractions dentaires ;

-avec l'Ordre National des Pharmaciens, pour formaliser un accord permettant aux MGC de disposer d'un large éventail de médicaments d'usage courant et d'urgence dans leur cabinet ;

- établir et valider les normes d'exercice de la médecine en milieu rural, et instaurer le «label de qualité» pour avoir une assurance de la qualité des soins non seulement pour les cabinets de MGC, mais pour tout cabinet d'exercice libéral et privé ;

- vulgariser l'éthique médicale auprès de tous les cabinets médicaux.

3°)- pour les autorités politico-administratives locales (Chefs de Régions, Députés, Chefs de Districts, Maires, Délégués Administratifs d'Arrondissement, Chefs de fokontany) :

- s'impliquer davantage dans la sensibilisation et la mobilisation communautaire pour que les communautés bénéficiaires s'approprient les cabinets de MGC et s'investissent dans leur maintenance et extension future ;

- faciliter l'implantation des sites de MGC ;

- contribuer, à hauteur des possibilités respectives (à inscrire dans le Budget communal ou régional) de leurs institutions/structures, au développement et extension des activités de santé publique et communautaire des cabinets de MGC ;

- considérer les besoins d'épanouissement des MGC et leurs familles, et inclure donc dans les plans communaux (PCD) et régionaux de développement (PRD) des programmes de mise en place d'infrastructures (eau potable, écoles, sécurité, entretien des pistes,...) qui contribueraient à la fixation au site des MGC, et donc à la pérennité du cabinet de MGC ;

- sensibiliser la population et les communautés à se préparer aux dépenses de santé au même titre que les dépenses et charges fixes (qui sont des fois au détriment de leur santé, telles que pour le tabac) ;

- assurer la collaboration des chargés de l'Etat-civil avec les MGC en mettant à la disposition des MGC les fiches de déclaration des naissances et un cahier de transmission ;
- renforcer la collaboration des quartiers mobiles pour la sécurisation des tournées de sensibilisation envisagées et/ou programmées par les MGC.

4°)- pour les communautés bénéficiaires :

- assurer et garantir les apports en matériaux (moellons, briques, sable) et la main d'œuvre, pour la construction et l'installation des cabinets de médecine généraliste communautaire et leur extension future ;
- aider le MGC aux premières semaines d'installation au niveau du site (offrandes ou «santa-bokatra») ;
- lui faciliter les autres activités génératrices de revenus (mettre à sa disposition un lotin de terres cultivables, par exemple) qui pourraient compenser à une certaine mesure les périodes difficiles pour le cabinet (période de soudure, période des travaux champêtres) ;
- sensibiliser les membres de la communauté pour une utilisation optimale et maximale des cabinets de MGC implantés dans leur communauté ;
- s'organiser et mettre en place une structure qui pourrait assurer la disponibilité financière de façon continue, et de pallier aux problèmes de solvabilité des clients auprès du cabinet de MGC : étudier la perspective d'une mutuelle pour la santé, par exemple, ou la prise en charge des démunis ;
- si la création ou la mise en place d'une mutuelle s'avère difficile, proposer le système de «travail contre offre de soins». Le travail sera exécuté par l'entourage et/ou les membres de famille des malades démunis.

5°)- pour le siège et la Cellule Technique d'Appui du projet «SANTÉ SUD» :

- Optimiser les dépenses d'installation en recherchant des solutions plus économiques pour l'installation des médecins en particulier pour assurer la disponibilité en électricité.
- Evaluer l'efficacité de la mise à disposition de vaccins dans les sites.
- Etudier des modalités de prêt bancaire permettant aux médecins d'emprunter pour financer les matériels et équipements dont ils seront propriétaires en fin de contrat.
- Etudier les modalités de la formation permanente via en particulier les technologies d'information et de communication.

- Renforcer les compétences des médecins en médecine préventive et en santé communautaire.
- Etudier les possibilités de fournir des équipements diagnostics, en particulier pour les examens de laboratoire, afin de renforcer les capacités diagnostiques et aussi les capacités de dépistage des maladies chroniques.
- Renforcer l'intégration des médecins au sein du district sanitaire en précisant les rôles respectifs et les responsabilités partagées des médecins et de ceux du district sanitaire.
- Intégrer dans le rapport d'activité quelques indicateurs de santé, traceurs de la qualité des soins.
- Accentuer les échanges de pratiques et d'expérience entre les médecins ruraux communautaires malgaches et entre les médecins ruraux communautaires malgaches et ceux d'autres pays dont le Mali.
 - renforcer les compétences managériales des responsables de la CTA : formation en gestion de projet, formation en leadership et management, formation en communication ;
 - assurer la disponibilité des documents du Projet (accord de siège, convention avec le ministère chargé de la santé et du planning familial, convention avec l'Ordre National des Médecins, engagement et obligation des médecins envers l'administration) tant au niveau des SSD et DRSPF d'implantation des cabinets MGC, qu'au niveau des représentants du CROM ;
 - à la lumière des résultats de la présente évaluation, continuer, voire élargir dans d'autres régions / provinces de Madagascar l'appui et le soutien pour l'installation et l'ouverture de cabinets de médecine généraliste communautaire, en privilégiant les zones les plus enclavées et très démedicalisées ;
 - bien coordonner avec les services de santé de districts et les autorités politico-administratives locales les listes des sites potentiels pour l'emplacement des cabinets de Médecine Généraliste Communautaire (MGC) ;
 - il n'est point pertinent d'installer ou d'appuyer des médecins pour être des médecins généralistes communautaires dans les périphéries des grands centres urbains (*surtout si ces centres urbains peuvent être accessibles en moins d'une demi-journée de trajet*). Il en est de même pour l'installation et l'appui de MGC à moins de trois (03) kilomètres d'un CSB publique ;
 - pour le recrutement des postulants, accorder la priorité à ceux qui :
 - Ont la volonté et la détermination de travailler et de vivre pour au moins cinq ans dans les zones rurales ;

- Ont eu une expérience et/ou un stage pratique en zone rurale,
- Se sont effectivement préparé(e)s à exercer à titre privé ou libéral (acquisition et disponibilité d'un minimum de matériels et petits équipements pour l'exercice de la médecine) :
- Ont vécu les réalités du monde rural et/ou ont une «racine» (origine) issue de la campagne ;
- Sont des médecins couple qui sont prêts à s'installer en zones rurales enclavées ;

- programmer l'étude de faisabilité pendant les périodes qui se sont apparues les plus difficiles, c'est-à-dire pendant la période dite «de soudure» («maintso ahitra») et les saisons de pluies (saisons des fortes crues des eaux de rivières / fleuves);

- après l'étude de faisabilité sur terrain par le postulant, permettre individuellement à chacun des médecins de MGC de proposer «ses priorités» en ce qui concerne la répartition et l'utilisation du volume financier des appuis et soutiens du projet, en adaptant les commandes à ses besoins (équipements/matériels vs médicaments);

- éviter autant que possible l'installation des MGC pendant la période de soudure ;

- moduler le volume financier des appuis et soutiens (acquisition et achats d'équipements / matériels et achats de médicaments au démarrage) pour l'installation des médecins généralistes communautaires, en fonction des réalités dans les sites d'implantation, sans dépasser toutefois le plafond autorisé ;

- veiller au traitement égalitaire de tous les MGC ;

- lors de la dotation des matériels et équipements d'installation, tenir compte des matériels et petits équipements dont dispose déjà le MGC postulant ;

- doter en moyen de communication (BLU) et en moyen de locomotion

- conformer la liste des matériels nécessaires et petits équipements du projet pour le démarrage à la liste des matériels nécessaires et petits équipements pour l'ouverture d'un centre de santé de base dans le secteur public ;

- arrêter la liste des matériels et équipements qui pourraient faire l'objet de cession définitive aux MGC qui auraient rempli les conditions requises (continuité de la présence sur le site pendant cinq ans, fonctionnalité du cabinet pendant cinq ans, acquittement des obligations vis-à-vis du projet et vis-à-vis de l'association professionnelle de soutien) ;

- comme conditions d'obtention définitive des matériels alloués, nous recommandons que:

- le médecin ait déposé une demande d'ouverture légale et accordée par les instances compétentes (ONM, SSD);
- Le médecin ait signé et respecté la convention et la lettre d'engagement ;
- Le médecin ait exercé pendant au moins cinq ans sur son site ;
- il se soit acquitté des 15% à 20% des prix des matériels dans les deux à trois ans suivant son installation ;
- Les matériels soient utilisés à bon escient et selon les indications. Ce qui

Implique une supervision stricte de la part du Siège ;

- Le médecin obtienne des résultats probants par rapport aux objectifs. En d'autres termes, il faut que des preuves de sa participation à l'amélioration de la santé de la communauté où il travaille soient tangibles et vérifiables.
- le médecin accepte de laisser à son successeur, dans le cas où il partirait, les gros matériels tels que le panneau solaire, le réfrigérateur et les matériels d'odontostomatologie.

- pour les médecins couple, prévoir des équipements supplémentaires pour la fonctionnalisation d'un cabinet secondaire ;

- mener des séances d'explications du mode de fonctionnement des cabinets MGC et du statut des médecins de MGC, auprès des autorités (Régions, Districts, Députés), particulièrement locales et périphériques (maires, délégués administratifs d'arrondissement, chefs de fokontany) ;

- accompagner les MGC et les présenter officiellement aux autorités locales et aux communautés bénéficiaires lors de leur première installation, avant le démarrage des activités du cabinet ;

- pour la formation préalable dispensée aux postulants avant leur installation :

- renforcer le curriculum pour le module «Capacité relationnelle et communicationnelle avec le monde paysan» ;
- intégrer un module pour les politiques nationales et les programmes nationaux du MinSanPFPS, pour une meilleure complémentarité et cohérence des activités (préventives, curatives et promotionnelles) assurées par les secteurs public et privé ;

- Revoir les curricula de formation relatifs aux soins dentaires et odontostomatologiques d'urgence pour que les extractions dentaires restent toujours des actes d'extrême et de dernier recours ;
 - regrouper les demandes d'autorisation pour les activités de soins et d'extractions dentaires des MGC et formaliser un accord par écrit (ou convention), parrainé et visé par l'Ordre National de Médecins, permettant aux MGC formés, sur les activités d'extractions dentaires (*compétence des médecins généralistes en matière de dentisterie*);
 - étudier la faisabilité, la pertinence et les risques d'installer en zone rurale «un médecin dentiste communautaire pour quatre ou cinq MGC» vs «former les MGC en soins et extractions dentaires»
 - instituer une période d'essai et d'observation de 12 mois, avant de faire bénéficier les MGC des avantages, des encouragements ou des motivations. Etudier d'autres formes de motivation comme des stages de perfectionnement;
 - trouver des partenaires et des bailleurs, tant nationaux qu'internationaux, pour l'organisation de formations, de remise à niveau des MGC et pour mettre en place un système d'encouragement ou de motivations pour les MGC persévérants ;
 - maintenir les formations continues et tenir compte des besoins exprimés par les MGC ;
 - assurer un suivi périodique (supervisions) et régulier des cabinets de MGC : 01 fois tous les quatre mois pendant les deux premières années, et 01 fois tous les six mois à partir de la troisième année, et donner aux MGC des feed-back constructifs;
 - mener une étude de faisabilité d'un mécanisme de remplacement, limité dans le temps et dans l'espace, d'un médecin généraliste communautaire, en cas de maladie et/ou d'indisponibilité de différents ordres, et les proposer aux MGC ;
 - mettre en place un fonds de solidarité collective pour le Siège et les cabinets de MGC installés et/ou appuyés par le projet ;
 - encourager la mise en place de mutuelles communautaires qui pourront valoriser les ressources disponibles (paddy, manioc, haricots,...) pour assurer la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse de tous les malades de la communauté, quelle que soit la saison de l'année, sans pour autant hypothéquer la pérennité du cabinet MGC ;
 - dans le cadre du développement et d'extension du projet, prévoir le renforcement de la Cellule Technique d'Appui par le recrutement d'un troisième personnel technique ;

3°)- pour les médecins généralistes communautaires (MGC):

- lors de la période de l'étude de faisabilité, bien analyser les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces pour chaque site d'implantation, plus particulièrement en ce qui concerne :

- le nombre de populations des villages/hameaux potentiellement à desservir,
- l'accessibilité géographique du site (saisons de pluies !!!),
- le pouvoir d'achat de la grande majorité des populations,
- la capacité d'organisation et de mobilisation de la (des) communauté(s)

bénéficiaire(s),

-les possibilités de mener d'autres activités génératrices de revenus complémentaires, l'accessibilité (géographique et financière) des autres formations sanitaires environnantes ;

- améliorer et renforcer les capacités relationnelles communautaires (techniques de communication);

- être personnellement responsable de son cabinet et le gérer de manière autonome et indépendante et n'impliquer aucune autre personne dans la gestion du cabinet (*le(la) conjoint(e) ne doit, par exemple,, en aucun cas, s'immiscer en public dans une ingérence qui pourrait nuire à la crédibilité, la notoriété et la respectabilité du médecin vis-à-vis de la communauté desservie*), avec le souci permanent d'efficacité, de rentabilité et de pérennité ;

- éviter les absences fréquentes, répétées et prolongées ;

- veiller à tenir la communauté au courant de ses absences éventuelles ;

- prévoir et préparer un «médecin de remplacement» pour les absences prolongées (congrés, maladies, ...) hors du site d'installation (*contrat entre le médecin titulaire du cabinet et le médecin remplaçant*);

- s'organiser avec la communauté et accepter les paiements par les donations *en nature* (paddy, riz blanc, haricots,...) pour le recouvrement des impayés de certains membres de la communauté et éviter d'autres nouveaux crédits;

- encourager et appuyer la communauté dans la création/fonctionnalisation d'une mutuelle communautaire bien organisée, valorisant les ressources locales (paddy, légumineuses,...) et qui pourrait assurer, voire garantir, la prise en charge des membres associés de la mutuelle, en terme de problèmes de santé ;

- garder et entretenir de bonnes relations avec les personnels du secteur public ; en vue d'une coordination et de la complémentarité des secteurs public et privé ;

- garder et entretenir de bonnes relations avec les responsables des districts sanitaires; en vue de son intégration dans la carte sanitaire, et de l'acquisition de toutes informations sur

les programmes nationaux du MinSANPFPS et la politique nationale de santé de Madagascar ;

- développer ses capacités de mobilisation sociale pour impliquer beaucoup plus la(les) communauté(s) dans les opérations d'investissements et d'extension des cabinets de MGC ;

- honorer ses obligations de rapportage d'activités (RMA) vis-à-vis de l'administration sanitaire de tutelle ;

- s'impliquer davantage dans les activités de prévention et de promotion de la santé dans la zone desservie par le cabinet de MGC ;

- formaliser à l'adresse de l'Ordre National des Odonto-stomatologistes de Madagascar une demande d'autorisation, à titre personnel et individuel, de prendre en charge les urgences odonto-stomatologiques et procéder, en dernier recours, à des extractions dentaires ;

- participer autant que possible aux formations et aux réunions organisées par les SSD / DRSPF et auxquelles les MGC sont invité(e)s ;

- accepter et admettre la tutelle de l'administration sanitaire publique (DRSPF et SSD) sur les activités d'ordre technique de tous les volets de la santé publique et communautaire ;

- soigner ses relations personnelles et professionnelles avec les autorités politico-administratives et les personnes influentes locales.

RAPPORT D'ÉVALUATION

XV- INTRODUCTION

L'évaluation à mi-parcours du Projet «SANTÉ SUD», à Madagascar, a été confiée à l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) selon la convention signée par les deux parties.

L'évaluation a pour objectifs d'apprécier :

1. Si le projet **répond au but** qui lui est assigné : dispensation d'une médecine généraliste communautaire dans les zones enclavées
2. La contribution du projet à l'amélioration du fonctionnement du système de santé malgache : réponse aux **besoins sanitaires** du pays et réponse **au chômage** des médecins
3. La pérennité du projet, en particulier les conditions de son autonomie.

Santé Sud est une ONG française de solidarité internationale qui a pour but l'accès des populations défavorisées à des soins de qualité. Parmi ses actions, elle développe la médicalisation du premier niveau de soins, en particulier en milieu rural. Après avoir réalisé et réussi l'implantation de médecins généralistes communautaires dans les zones rurales du Mali, Santé Sud s'est proposé de la tenter à Madagascar.

La carence manifeste de médecins en zones enclavées alors que beaucoup de médecins sont en chômage, incapables d'investir pour ouvrir un cabinet médical reste une situation contradictoire et préoccupante à Madagascar. D'un côté, la majorité des jeunes médecins est toujours en chômage à cause de l'insuffisance de la ligne budgétaire pour le recrutement de médecins dans le secteur public et, de l'autre côté, un grand nombre de populations des zones enclavées restent sans recours et sans assistance médicale.

Santé sud a initié depuis plusieurs années au Mali, puis à Madagascar, l'installation d'un nouveau type de médecin, le médecin généraliste communautaire.

Le médecin généraliste communautaire est un médecin agréé qui exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de

responsabilité. Ces médecins doivent conjuguer au jour le jour la démarche clinique⁵ et la santé publique, la responsabilité thérapeutique individuelle et la prise en charge des problèmes de santé d'une collectivité. Situés en première ligne, responsables d'une aire de santé d'environ 10.000 habitants, ils concilient dans une même pratique la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) et la dimension individuelle du soin, celle de la Médecine de Famille (MF). Cette stratégie combinée SSP/MF, permet la synthèse de deux approches différentes–mais complémentaires l'une collective et l'autre individuelle -, représente sans aucun doute la part la plus originale de cette approche médicale, attentive à la fois aux besoins d'une population et à l'attente des patients : la médecine générale communautaire

Cette approche communautaire de la médecine générale est indépendante de la fonction publique, elle s'inscrit dans une conjugaison privé/public, le « privé – communautaire » qui peut s'exercer selon deux modalités :

Dans le cadre privé strict : le MGC exerce sous un mode libéral avec une convention de service public qui l'engage à assurer le paquet minimum d'activité (PMA) sur son aire de santé et à pratiquer des tarifs compatibles avec les revenus communautaires. L'installation du médecin s'intègre dans la carte sanitaire du district dont il dépend, ce dernier devant faciliter son insertion dans le système de soins (fourniture des vaccins, des rapports statistiques, participation aux réunions, etc....)

La **contractualisation** est au centre du dispositif de façon à préciser au mieux les droits et les devoirs de chacune des parties contractantes. Les différentes entités concernées - médecins, associations, collectivités, tutelles – doivent en effet se considérer comme des partenaires

Le médecin s'engage à :

Pratiquer **une médecine de famille** et prend en charge les **problèmes de santé de son aire** de responsabilité

Mettre à disposition ses compétences pour apporter des soins de qualité à tout individu qui fait appel à lui **sans distinction de sexe, d'âge, d'ethnie, de lieu d'habitation**

Organiser son activité pour permettre à la population dont il a la charge de disposer d'un médecin **en continu**

Effectuer le **Paquet Minimum d'Activités curatives et préventives**, défini dans le

programme de développement socio-sanitaire, dans la structure dans laquelle il exerce et en stratégie avancée dans l'aire de santé dont il dépend

Participer aux activités de lutte contre les **maladies dites prioritaires**

Mettre en place des activités de **promotion de la santé et d'éducation** des populations

Dispenser des soins de santé aux **meilleurs tarifs**, en tenant compte des capacités de financement des populations

Prescrire autant que possible des médicaments **essentiels génériques**

Mettre régulièrement à **jour ses connaissances** dans le cadre d'une formation continue

Respecter les **contrats** passés avec les autorités administratives ou les représentants de la population

Recueillir des **données d'activité** et fournir des rapports réguliers aux autorités sanitaires

Respecter les **règles d'éthique et de déontologie médicale**

L'association assure que :

- le médecin **choisit lui-même** son lieu d'installation (que le processus validera ou non) ou que cela répond à une demande que la cellule technique estime pertinente ⁽⁶⁾ pour des populations médicalement défavorisées
- L'étude de faisabilité permet de **prévoir la viabilité** ou non de l'installation, et sert de repère ensuite pour ce qui concerne les résultats en terme d'activités et de revenus.
- Le médecin est aidé de façon à pouvoir se placer dès le départ dans une dynamique de négociation, aussi bien avec ses partenaires locaux qu'avec le district sanitaire.
- la concurrence avec un infirmier chevronné est évitée
- Les aides à l'installation sont ciblées sur le strict nécessaire pour une pratique généraliste correcte en situation isolée.
- Une formation préalable sur des spécificités de la pratique médicale en première ligne qui ne sont pas abordées au cours des études en faculté de médecine
- le suivi, la formation continue, des actions-recherche en réseau
- une vie associative professionnelle, permettant la confrontation des idées et de vraies réflexions sur les pratiques,

(2) Lorsque la décentralisation administrative est réalisée, la demande de médecins généralistes émane de plus en plus des nouveaux Maires qui sont conscients des besoins et ont comme prérogatives « les décisions relatives à la gestion des établissements de soins de premier niveau »

La communauté d'accueil met à disposition:

- Les infrastructures du centre de santé
- Logement satisfaisant pour le médecin et sa famille.
-

XVI- DESCRIPTION DU PROJET

II.1. Historique

En 1994, un projet a été élaboré conjointement par l'IREDEC et SANTE SUD en vue d'expérimenter l'installation de dix médecins dans le Vakinankaratra dans des zones rurales où étaient implantées des pharmacies communautaires villageoises. La Coopération française, intéressée par cette expérience, décida de cofinancer le projet. Il était prévu que l'IREDEC serait le maître d'œuvre et que Santé SUD apporterait son expertise sous forme de missions d'appui et de conseil.

Des changements profonds au niveau de l'IREDEC, qui décidait de modifier complètement son organisation en adoptant une «approche multidimensionnelle et polyvalente» à la place de l'«approche sectorielle», ont entraîné une dilution de la dynamique du projet dans des problématiques de groupes. Fin 1995, deux médecins seulement étaient présents dans leurs villages de montagne, deux sites très isolés, sans équipements adéquats pour travailler correctement.

En 1996, un second projet voit le jour avec une association dissidente, RESOFAMY, décidée à poursuivre l'installation de médecins de campagne dans une autre région pour ne pas entrer en concurrence avec l'IREDEC. La région de Tsiroanomandidy, dans le Moyen ouest, est choisie. Il est prévu l'installation d'une dizaine de médecins avec l'appui de la Coopération canadienne (Fonds canadien pour les Initiatives Locales, FCIL) et de SANTE SUD sur ses fonds propres abondés par la donation globale de l'Union Européenne (UE) destinée à cofinancer des petites actions innovantes.

En novembre 1997, un premier séminaire réunit à Antsirabe les organisations concernées (IREDEC, Resofamy, Santé Sud) et les 11 premiers médecins de campagnes installés dans le Vakinankaratra et le Moyen Ouest. L'Ordre des Médecins est présent. A cette occasion les 11 « pionniers » créent leur propre association : l'AMC-MAD (l'ass. Des médecins de campagne de Madagascar).

Les effectifs de l'AMC-MAD vont ensuite augmenter pour atteindre 23 adhérents. C'est durant cette période que des contacts informels sont pris avec l'association des médecins de brousse de Tuléar (TEALONGO) qui mène une expérience similaire dans le sud de la Grande Ile.

A partir de 1999, la situation est marquée par des difficultés liées à des conflits internes aux organismes d'appui, un Ministère de la santé peu favorable et une situation socio-économique qui se dégrade avec, pour rien arranger, une épidémie de choléra qui s'étend sur une grande partie du pays. Le nombre de médecins de l'AMC-MAD, dès lors, se réduira considérablement avec l'arrivée de la crise politique et de l'insécurité.

C'est en raison de ce contexte que SANTE SUD décida de présenter un projet d'appui au développement de la médecine privée communautaire en milieu rural à l'Union Européenne (B7 – 6 000) et au Ministère des Affaires Etrangères français, et d'en assurer le pilotage en installant à Antananarivo une cellule d'appui technique (CTA) avec un médecin et un gestionnaire. Déposé en 1999, le projet n'a été accepté par l'UE qu'en janvier 2002.

La Cellule Technique d'Appui (CTA) de «SANTE SUD» à Madagascar n'a pu être, en raison des événements, installée qu'en décembre 2002. Elle a signé une convention d'agrément avec le ministère chargé de la santé. Cette convention fixe les engagements et obligations des parties contractantes (l'Administration publique et le projet SANTE SUD) ainsi que le statut des médecins appuyés par Santé Sud qui exerceront en privé dans le cadre d'une convention de service public.

Après avoir obtenu l'accord de siège, l'agrément ministériel, une convention de partenariat avec l'Ordre National des Médecins de Madagascar (ONM) fut également signée. Le projet a ainsi pu démarrer à Madagascar de manière effective début 2003, pour une durée initiale de trois ans.

Prévu au départ à installer 18 médecins, compte tenu des changements du contexte sociopolitique intervenus à Madagascar entre 1999 et 2002, le projet «Santé SUD» a fait une demande d'avenant qui consista à réajuster et recentrer le budget dans le but d'installer plus de médecins que prévu, et à prolonger le projet jusqu'en mars 2006. Le nouvel objectif était d'appuyer et de soutenir l'installation d'une quarantaine de médecins généralistes communautaires. Une seconde demande d'avenant a été accordée par l'union européenne permettant de prolonger le projet jusqu'au 30 novembre 2006.

Les objectifs du projet «SANTÉ SUD» à Madagascar sont de :

1. accompagner l'installation de médecins généralistes communautaires dans les provinces d'Antananarivo et de Tuléar ;
2. rendre les cabinets ruraux fonctionnels et efficaces
3. développer un réseau professionnel compétent, à travers un appui aux associations AMC-MAD et TEALONGO : formations continues, assises annuelles, vie associative.

Trois années après le début effectif du projet **42 médecins ont soit ouvert un cabinet** (32 nouvelles installations soit deux de plus que prévu) **ou été confortés dans leur installation** (10) et ceci dans 38 sites (couples installés dans 4 sites). Les trois quarts des médecins (31) se sont installés dans la région d'Antananarivo et le quart restant (11) dans celle de Tuléar.

Parmi les 46 nouveaux candidats sélectionnés, quatorze ont renoncé avant leur installation définitive. Cinq ont démissionné de leur poste après quelques mois. (ils ont tous été remplacés). Quatre ont changé de site car il ne correspondait pas à leur attente ou n'était pas viable.

Les activités du projet et de la CTA à Madagascar sont financées à hauteur de 640 000 Euros par l'Union Européenne (UE), 75 % du volume budgétaire, la Coopération Française (CF), 10 % et par le fonds propre du siège du projet, 15 %.

La Cellule Technique d'Appui (CTA), basée à Antananarivo et co-pilotée par un médecin généraliste communautaire (MGC) et une adjointe, assure la mise en œuvre du projet.

Le suivi évaluation, sous forme de «monitoring» est assuré par le siège de Marseille, par le biais de missions régulières de visites sur les sites d'installation, l'analyse des situations, et au besoin, le réajustement du projet et la fourniture de conseils.

La Cellule Technique d'Appui, au niveau du siège d'Antananarivo, élabore un programme d'activités budgétisé, incluant le fonctionnement du siège, les installations / ouvertures de nouveaux sites, les missions de suivi / évaluation périodiques internes des sites fonctionnels et les formations continues des MGC installés, et l'appui aux activités de développement du réseau associatif (assises nationales).

Parmi les dépenses fixes obligatoires du Projet, à citer : le loyer, l'entretien et la maintenance du véhicule du projet, les salaires des employés (coordonnateurs, chauffeur coursier,

secrétaire comptable, personnel d'appui), le carburant, les dépenses d'éclairage & eau (JIRAMA) et de téléphone.

La CTA adresse ce programme d'activité budgétisé au Siège, à Marseille.

Si le programme est validé par le siège, à Marseille, l'enveloppe budgétaire correspondant sera envoyée pour décaissement et pour utilisation, à la CTA, à Antananarivo (Madagascar).

II.2. Les MGC

II.2.1 Recrutement des médecins (MGC)

Les médecins qui formulent des demandes d'appui au projet «Santé SUD» ont connu ou entendu parler de ce projet par le «bouche à oreille», plus souvent à partir d'un médecin qui a déjà contacté le projet ou bénéficié du soutien du projet. Le projet n'a procédé à un affichage public qu'une seule fois en 2003, et seulement au Cercle Chrétien de la Santé (Ambohidahy, ANTANANARIVO) et à l'Ordre National des Médecins (Antaninandro, ANTANANARIVO).

Les critères de recrutement des médecins sont les suivants :

- les motivations personnelles du médecin à travailler dans les zones rurales enclavées ;
- les aptitudes du médecin à travailler seul en zone rurale ;
- Un stage, un séjour et/ou être originaire d'une zone rurale sont un atout.

Les sites potentiels retenus sont les sites qui répondent aux trois critères suivants :

- une population d'environ 7.000 à 8.000 habitants vivant dans un rayon de 10 à 15 Km ;
- L'absence de formation sanitaire, aussi bien publique que privée dans la zone,
- Une zone ou une localité à potentialité économique.

D'une façon générale, le choix d'implantation des sites se fait à partir d'une liste pré-établie par la CTA et/ou sur proposition du médecin sollicitant l'appui du projet. Les sites d'implantation que les médecins ont proposé doivent être bien justifiés.

L'étude de faisabilité permet de prévoir la viabilité ou non de l'installation d'un cabinet de MGC dans une communauté en tenant compte de ses activités et de ses ressources. L'étude de faisabilité est une étape obligatoire pour chacun des médecins qui postule à un poste de MGC. Pour pouvoir réaliser cette étude de faisabilité, le postulant perçoit un appui financier du projet comprenant des :

- Des frais de déplacement (aller & retour), si le véhicule du projet n'est pas disponible pour assurer le transport ;
- Une_ indemnité de subsistance de 7000 Ariary par jour pour sept jours afin que le postulant ne soit lié par aucune dette morale envers de la famille où il pourrait être hébergé pendant cette période.

La durée de sept jours semble un minimum pour la presque totalité des MGC excepté l' un d'entre eux qui n'a eu besoin que de deux jours.

Le calendrier de l'étude de faisabilité est programmé lors des séances de formation préalable dispensée au siège d'Antananarivo par la CTA.

Les études de faisabilité se déroulent préférentiellement pendant les périodes dites de «saisons mortes», périodes qui correspondent aux intersaisons d'activités agro-pastorales ("maitso ahitra", "fahavaratra", ...). Le Projet prépare les médecins aux aléas caractéristiques des zones rurales enclavées :

- pouvoir d'achat de la population locale plus faible en saison morte qu'en saison de récolte;
- faible solvabilité de la clientèle;
- paiements des frais de consultation et de médicaments sous forme de donations en nature ;
- crues d'eau rendant impossible tout déplacement hors du site pendant plusieurs jours.

II.2.2. Appui structurel

Matériels et équipements

Le lot de matériels et d'équipements a été défini préalablement par le projet «Santé SUD». Les petits matériels sont présentés en kits (kit médical, kit de pansements & de petites chirurgies, kit accouchement) composés selon le modèle adopté par l'organisme international «Médecins Sans Frontière (MSF)». Les matériels sont envoyés depuis le siège à

Marseille, et la modification de la liste des kits et des composants des kits ne peut être décidée que depuis Marseille. Les équipements sont constitués d'une table de bureau, de trois chaises, d'un lit d'examen et d'une armoire.

Selon les termes du contrat signé entre le projet Santé SUD et les MGC, ceux-ci en deviendront propriétaires à condition qu'ils exercent pendant cinq ans dans le même site. Cette disposition ne concerne pas le panneau solaire et ses annexes qui reviennent soit à la communauté (si accord du siège), soit au projet. Pour les moyens de déplacement (vélo, motocyclette et/ou quad), le MGC contribue à un remboursement partiel.

Médicaments et consommables

Le médecin MGC décide, d'après ses appréciations lors de la phase d'étude de faisabilité, en relation avec les pathologies les plus courantes et les plus dominantes qu'il aurait observé, de la gamme de médicaments dont il aura besoin pour faire fonctionner son cabinet. La plupart des MGC ont opté pour des médicaments de spécialité et ne font recours aux médicaments génériques qu'en cas de non-disponibilité des médicaments de spécialité. La dotation initiale a été établie à partir de la consommation moyenne de médicaments (CMM) d'un site fonctionnel de MGC, et le stock correspond globalement à deux (mois de consommation). Toutefois, la quantité dont disposera le MGC est fonction des médicaments choisis. Le montant de l'enveloppe financière que le projet réserve pour l'achat des médicaments de démarrage est fixé à 400.000 Ariary. Ce qui limite la quantité de médicaments que le MGC peut avoir : plus il inclut des médicaments de spécialité, moins il aura de médicaments (en terme de quantité). D'après l'expérience de la majorité des MGC ---et selon l'avis du siège et des coordonnateurs de la Cellule d'Appui Technique, les MGC peut, avec cette enveloppe de 400.000 Ariary, acquérir des médicaments essentiels suffisants pour exercer de manière autonome pendant près de deux mois.

La CTA facilite l'approvisionnement en médicaments des cabinets de MGC, en orientant les MGC vers les laboratoires pharmaceutiques et/ou les grossistes en produits pharmaceutiques auprès desquels elle a établi des accords de partenariat. La CTA effectue les achats de médicaments et les envoie aux MGC, lorsqu'ils ne peuvent se déplacer pour s'approvisionner. La CTA recommande aux MGC de regrouper les commandes de médicaments afin de bénéficier d'un tarif préférentiel à un (des) laboratoire(s) pharmaceutique(s). Cette procédure n'exclut pas la possibilité pour le MGC de s'approvisionner ailleurs.

Encadrement (formation, supervision, ...)

La formation préalable, étape obligatoire, est dispensée au niveau du siège pendant quatre jours. Elle se fait en groupe de six à huit MGC décidés à s'installer en milieu rural enclavé, après la validation des sites.

Les deux (02) principaux intervenants sont les coordonnateurs de la CTA : Dr RAZAKARISON Clément et Dr RAKOTOARIMANANA Rotsy.

Les thèmes concernent :

- ▭ la gestion d'un cabinet médical ;
- ▭ la qualité et la continuité des soins ;
- ▭ les normes et procédures pour l'exercice de la médecine à Madagascar ;
- ▭ la hiérarchie administrative et sanitaire pour exercer la médecine ;
- ▭ la relation avec la communauté et les autorités.

Les modules ont été conçus par les Docteurs Dominique DESPLATS et Clément RAZAKARISON du projet «Santé SUD», après avoir adapté au contexte et aux réalités de Madagascar les modules utilisés par le Projet «Santé SUD» au Mali.

Les formations continues organisées sont par la CTA en fonction des besoins exprimés par les MGC. Les thèmes sont choisis à partir des cas cliniques et de problématique de prise en charge observés lors des missions de suivi & évaluation sur sites .

En début d'année, la CTA planifie et établit un calendrier de supervision des sites, à un rythme et fréquence de deux supervisions par site par an. Tous les sites de cabinet de MGC sont supervisés par les coordonnateurs de la CTA indépendamment de leur ancienneté d'installation.

Le calendrier n'est pas toujours respecté car la CTA doit rationaliser l'utilisation des ressources pour assurer le fonctionnement du siège et pour répondre aux besoins de l'appui des cabinets de MGC. Le seul véhicule du projet doit servir pour faire les courses en villes de la CTA (contacts et rencontres avec les partenaires et les fournisseurs, récupérations des commandes de médicaments auprès des pharmacies grossistes,...etc...) et assurer les missions nécessitant des déplacements sur les sites (descentes préalables sur les sites et études de faisabilité, contacts et entretiens avec les différentes parties prenantes au niveau régional et local, installation des MGC,...etc...).

De même, les deux membres de la CTA doivent se départager les multiples obligations qui, des fois, se superposent, sans qu'aucune ne soit délaissée ou reportée.

Infrastructures

Après les études de faisabilité, la plupart des cabinets de MGC ont été abrités dans des maisons de particuliers, prêtées ---après négociation et accord avec la communauté--- pour quelques semaines ou quelques mois, ou louées par le MGC. N'étant pas spécialement conçues à cet effet, ces maisons ne sont pas toujours faciles à aménager en «cabinet médical» et le MGC doit aussi trouver où se loger.

La construction de nouvelles infrastructures ou l'extension de celle existante est encouragée pour abriter définitivement le cabinet de MGC et pour loger le médecin.

Pour assurer l'alimentation en électricité, le projet fournit les équipements et l'installation des panneaux solaires et de leurs accessoires. Il en assure la maintenance et l'entretien.

La majorité des sites étant dans des zones où il n'y a pas encore de réseau de distribution d'eau, le projet contribue à la construction de puits pour l'usage du cabinet de MGC, du médecin et des personnes venues consulter.

XVII- METHODOLOGIE

III.1. Organisation de l'évaluation

L'évaluation a été débutée le 23 octobre 2006 et s'est déroulée en trois étapes :

1. – préparation de l'enquête
2. – enquête sur terrain
3. – analyse, interprétation des résultats et rédaction du rapport.

Des réunions entre les deux parties concernées ont été tenues dans les locaux de l'INSPC, à l'ex-Ecole de Médecine de Befelatanana, et au siège de «SANTE SUD», à Ambatomitsangana. Ces réunions ont eu pour objet de comprendre les attentes de SANTESUD avant d'élaborer et valider le protocole de l'évaluation et arrêter le budget

La collecte des données a été précédée d'une validation des outils d'enquête (questionnaire pour les différentes catégories de personnes, guide de focus groupe, guide d'entretien avec les représentants d'institutions / partenaires et autorités)

Les entretiens individuels ont été réalisés avec :

- les représentants d'institutions partenaires et les autorités du ministère chargé de la santé et du planning familial à Antananarivo :
- Les autorités administratives au niveau des régions
- Les responsables de la Cellule Technique d'Appui du projet à Madagascar.
- Au niveau de chacun des 12 sites :
 - le médecin généraliste communautaire a été questionné et les matériels / équipements / médicaments ont été confrontés à la liste de dotation co-signée par le MGC lui-même et un responsable du siège du projet «SANTÉ SUD».
 - Des discussions de groupe (focus group) avec les différentes catégories de populations cibles et communautés : 04 foci group (groupe de discussions) [deux foci group par catégorie de populations cibles, dont un groupe de référence : 1ère catégorie : femmes de 25 à 49 ans et, 2ème catégorie : jeunes de 14 à 24 ans] ont été menés. Pour certains sites, d'autres catégories de personnes (tradipraticiens, chefs coutumiers, catéchistes ou pasteurs) ont pu être interviewés. Leur appréciation et/ou point de vue sur des questions précises pourraient apporter une meilleure compréhension, voire une appréhension plus pragmatique sur certains points.

Représentants d'institutions partenaires et autorités du ministère chargé de la santé et du planning familial à Antananarivo :

- Ministère de la Santé et du planning Familial :
 - Monsieur le Ministre de la Santé et du Planning Familial, Docteur JEAN-LOUIS Robinson Richard ;
 - Monsieur le Directeur du Développement des Districts Sanitaires, Docteur RASOLOMAHEFA Dieudonné,
 - Monsieur le Chef de service de la santé libérale et dispensaires privés, Docteur RAKOTO Mitsimbina Isidore.

- Ordre National des Médecins de Madagascar : Madame le Président De l'Ordre National des Médecins, Docteur RAKOTOVAO-RAVAHATRA Kalory et le Docteur FENO Etienne.
- Faculté de Médecine (Université d'Antananarivo) : Professeur
- Union Européenne (UE) : Monsieur MOWITZ ;

Autorités administratives au niveau des :

- ▭ régions : Chef de région et / ou son collaborateur, Directeur Régional de la Santé et du planning familial et / ou son adjoint,
- ▭ districts : Médecin Inspecteur Chef SSD,
- ▭ communes : Maires et /ou son (ses) adjoint(s),
- ▭ sites d'implantation :
 - ▭ Chefs du fokontany et /ou son (ses) adjoint(s)
 - ▭ Médecin chef du CSB 2 le plus proche (ou, selon le cas, avec le chef CSB 1 le plus proche)

Région de l'Analamanga :

- ▭ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD d'Ambohidratrimo ;
- ▭ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD d'Ankazobe ;
- ▭ le Maire de la commune rurale de Mahitsy ;

Région du Bongolava :

- ▭ le Directeur des Affaires Générales et du Territoire ;
- ▭ le Directeur Régional de la Santé et du Planning Familial ;
- ▭ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD de Tsiroanomandidy ;
- ▭ l'Adjoint Technique du Chef SSD de Fenoarivobe ;
- ▭ le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

Région de l'Itasy :

- ▭ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD d'Arivonimamo ;
- ▭ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD de Miarinarivo et son Adjoint Technique ;
- ▭ le Maire de la commune rurale de Morafeno ;
- ▭ le Médecin Chef CSB 2 de Morafeno ;
- ▭ l'Adjoint au Maire de la commune rurale d'Ambatomirahavavy ;
- ▭ l'Adjoint au maire de la commune rurale d'Analavory ;
- ▭ les Chefs de fokontany de Mamoeramanjaka, de Soavinimerina et d'Antanimarina.

Région du Vakinankaratra :

- ▮ le Directeur du Développement de la Région ;
- ▮ l'Adjoint technique du Directeur Régional de la Santé et du Planning Familial ;
- ▮ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD d'Antsirabe II ;
- ▮ le Médecin Inspecteur, Chef du SSD de Betafo ;
- ▮ le Gestionnaire de CRESAN-2 auprès de la DRSPF de Vakinankaratra ;
- ▮ le Maire de la commune rurale d'Ambano ;
- ▮ le Maire de la commune rurale d'Antohobe ;
- ▮ le Maire de la commune rurale de Betsohana ;
- ▮ les Chefs des fokontany de : Tsaramasoandro, Androkavato / Tsaramandroso ;

III.2. Echantillonnage

Compte tenu des limites des moyens et des ressources disponibles, il s'avérait impossible d'évaluer de manière exhaustive tous les cabinets de MGC appuyés par le projet. D'un commun accord, il a été convenu de procéder à un échantillonnage de cabinets de MGC parmi ceux qui sont installés dans la province d'Antananarivo.

Sur le plan de la représentativité, 31 cabinets de MGC sont installés dans la province d'Antananarivo, contre 11 dans celle de Toliara. La nature et l'importance des appuis fournis par le projet à l'endroit de ces cabinets de MGC sont considérées comme égales.

La taille de l'échantillon retenue pour l'évaluation est le tiers de l'effectif des cabinets de la province d'Antananarivo (10) et deux cabinets représentant les deux extrêmes (le cabinet le plus ancien et celui le plus récemment installé) soit un échantillon raisonné de douze cabinets de MGC de 4 régions (Analamanga, Bongolava, Itasy et Vakinankaratra) de la province d'Antananarivo. Un effort particulier a été fait pour visiter le site d'implantation du cabinet de MGC à Antsakaviro.

Tableau 1 : Répartition par district des MGC enquêtés

Districts	N
Ambohidratrimo	2
Ankazobe	1
Antsirabe II	1
Arivonimamo	2
Betafo	2
Fenoarivobe	1
Miarinarivo	1
Tsiroanomandidy	3
Total	13

Tableau 2: médecins enquêtés

N°	Nom et Prénoms	Lieux d'implantation	Communes	Districts
1-	RANAIVOSON Jacques Hery	Andranomena	Analavory	Miarinarivo
2-	ANDRIAMANJATO J. David	Mandrarahody	Kiangara	Ankazobe
3-	RAKOTOARIVELO Abraham	Mandrarahody	Kiranomena	Fenoarivobe
4-	MANDIMBIMALALA Diamondra	Antsakaviro	Belobàka	Tsiroanomandidy
5-	RAKOTONIRINA Jean François Fidèle	Ambatofotsy Est	Bemahatazana	Tsiroanomandidy
6-	RABEBIARISOA Raymonde Marie Olga	Amborompotsy	Bemahatazana	Tsiroanomandidy
7-	RAKOTONINALY Mamy Hery Ny Aina	Mamoeramanka	Morafeno	Arivonimamo
8-	RASOLOMANANA René	Antanimarina	Ambatomirahavy	Arivonimamo
9-	RAVELOSON Edith Narivololona	Ambohimandray	Mahitsy	Ambohidratrimo
10-	RANDRIANARIMANANA Jaonera Cyprien	Antanambahiny	Fiadanana	Ambohidratrimo

11-	IHARILANTO RAMANIRAKA Roger	Tsaramasoandro	Betsohana	Betafo
12-	RABENOAVY Maminirina Jean Michel	Matieloana	Antohobe	Betafo
13-	RAKOTONDRAMANANA Richard	Androkavato	Ambano	Antsirabe II

Tableau 3 : Répartition par district des MGC enquêtés

Districts	Fréquence	Pourcentage
Ambohidratrimo	2	15,4
Ankazobe	1	7,7
Antsirabe II	1	7,7
Arivonimamo	2	15,4
Betafo	2	15,4
Fenoarivobe	1	7,7
Miarinarivo	1	7,7
Tsiroanomandidy	3	23,1
Total	13	100

Les 13 médecins qui ont participé à l'enquête sont cités dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Les médecins qui ont répondu à l'enquête individuelle auprès des MGC

N°	Nom et Prénoms	Lieux d'implantation	Communes	Districts
1-	RANAIVOSON Jacques Hery	Andranomena	Analavory	Miarinarivo
2-	ANDRIAMANJATO J. David	Mandrarahody	Kiangara	Ankazobe
3-	RAKOTOARIVELO Abraham	Mandrarahody	Kiranomena	Fenoarivobe
4-	MANDIMBIMALALA Diamondra	Antsakaviro	Belobàka	Tsiroanomandidy
5-	RAKOTONIRINA Jean	Ambatofotsy Est	Bemahatazana	Tsiroanomandidy

	François Fidèle			
6-	RABEBIARISOA Raymonde Marie Olga	Amborompotsy	Bemahatazana	Tsiroanomandidy
7-	RAKOTONINALY Mamy Hery Ny Aina	Mamoeramanjaka	Morafeno	Arivonimamo
8-	RASOLOMANANA René	Antanimarina	Ambatomirahavavy	Arivonimamo
9-	RAVELOSON Edith Narivololona	Ambohimandray	Mahitsy	Ambohidratrimo
10-	RANDRIANARIMANANA Jaonera Cyprien	Antanambahiny	Fiadanana	Ambohidratrimo
11-	IHARILANTO RAMANIRAKA Roger	Tsaramasoandro	Betsohana	Betafo
12-	RABENOAVY Maminirina Jean Michel	Matieloana	Antohobe	Betafo
13-	RAKOTONDRAMANANA Richard	Androkavato	Ambano	Antsirabe II

Les âges des enquêtés varient entre 27 et 51 ans avec une moyenne à $37,31 \pm 8,56$. Les individus de moins de 30 ans ne représentent que les 23,1% des enquêtés. Le genre masculin prédomine (76,9%).

Plus de 60% de ces médecins ont déjà eu leur diplôme de doctorat en médecine depuis plus de 5 ans quoiqu'il y ait des individus qui l'ont décroché depuis à peine deux ans.

XVIII-SITUATION ACTUELLE

L'âge des médecins varie entre 27 et 51 ans avec une moyenne à 37 ± 9 ans. Les médecins de moins de 30 ans ne représentent que les 23% des enquêtés. Le genre masculin prédomine (77%). Plus de 60% des médecins ont eu leur diplôme de doctorat en médecine depuis plus de 5 ans.

IV.1. Installation des MGC

La majorité des médecins (69%) exerçaient en médecine privée avant de travailler avec SANTESUD (cf. tableau)

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon les fonctions qu'ils ont occupées avant d'être MGC

Fonctions	Fréquence	Pourcentage
cabinet libre	9	69
organisation confessionnelle	1	8
ONG	2	15
Délégué médical	1	8
Total	13	100

Un peu plus de la moitié des médecins (7/13) avait tenté de un recrutement auprès du ministère avant de s'installer en cabinet privé (cf. tableau)

Tableau 6 : Le parcours de recherche de poste suivi par les médecins avant d'exercer comme MGC

Parcours de recherche de poste	Fréquence	Pourcentage
Privé puis Projet Santé Sud	2	15
MiinSANPF puis Privé puis Projet Santé Sud	4	31
MiinSANPF puis Projet Santé Sud	3	23
Directement Projet Santé Sud	4	31
Total	13	100

Un médecin a signé son contrat avec le Projet Santé Sud en 1997. Les autres l'ont fait à partir de l'année 2003 et la majorité en 2005 (8/13).

Ces MGC ont choisi le Projet Santé Sud pour les raisons suivantes :

- préférence pour l'exercice libéral,
- préférence pour le travail en milieu rural,
- promesse d'appui de la part du projet sur tous les plans,

- ▮ travail dans les ONG instables et à revenus aléatoires,
- ▮ famille d'origine paysanne.

Trois MGC ont choisi leur site d'installation à partir de la recommandation de la CTA. Les 10 autres l'ont choisi eux-mêmes en fonction des critères suivants :

- ▮ forte potentialité économique de la région,
- ▮ nombre assez élevé de la population,
- ▮ possibilité d'exercice d'autres activités extra médicales : agriculture, élevage,
- ▮ possibilité d'extension des activités,
- ▮ proximité de la ville (pour certains) : scolarisation des enfants, possibilité de garder les clients "citadins",
- ▮ village natal du médecin ou de sa conjointe,
- ▮ demande de la communauté
- ▮ proximité du lieu de travail de la conjointe,
- ▮ départ de l'ancien médecin,
- ▮ disponibilité d'un local.

IV.2. Problèmes lors de l'installation

La plupart des MGC a du faire face, au début, à une réticence de la population qui s'est traduit par une faible fréquentation du centre. Certains de leurs patients ont souffert de « représailles » de la part du personnel du centre de santé public le plus proche ou du tradipraticien du village. Trois MGC n'ont pas pu exercer plus d'une année sur leur site d'installation et ont dû partir pour s'installer ailleurs. Les raisons de leur échec sont :

- le manque de respect et considération par le médecin à l'égard des clients, frustrant ces derniers de par l'utilisation de mots reflétant un caractère hautain du médecin, s'est soldé par une baisse importante et très significative des activités du cabinet. Le médecin n'avait pas pu gagner plus de 120 000 Ariary par mois en moyenne, alors que, sur le même site, celui qui l'a remplacé après son départ, avec une meilleure relation plus humaine et plus compréhensive, faisait facilement le quadruple voire le quintuple de ses activités. Ceci traduit à quel point les MGC doivent savoir comment s'adapter au contexte du monde rural, et d'entretenir de bonnes relations avec leur clientèle potentielle. Le plus important est d'accepter et de savoir respecter la dignité humaine de ceux qui viennent se faire consulter,

quelque soit leur niveau de vie et d'instruction, et d'éviter tout acte et/ou expression qui pourrait porter atteinte à cette dignité humaine ;

- le caractère frustrant de certains chefs de CSB 2 qui ne veulent pas confier aux médecins du secteur privé la responsabilité ou la supervision des activités qui sont assurées par des agents communautaires ou villageois. Les médecins victimes de ces formes de considérations et qui n'avaient pas un caractère battant ont dû quitter et partir du site.

Certains problèmes sont beaucoup plus spécifiques : problème conjugal ou familial, problème de déplacement, problème d'obtention de local, problème relationnel avec le médecin local.

Des séances d'information ont été parfois nécessaires dans les hameaux pour convaincre les villageois qui préfèrent d'abord consulter un tradipraticien, à se rendre au cabinet médical. D'autres ont organisé de multiples réunions communautaires au cours desquelles participation communautaire et projet de construction de centre de santé ont été à l'origine de débats houleux.

La faible fréquentation a été de courte durée (2 mois) pour un peu moins de la moitié (5) d'entre eux. Elle a été de 6 mois voire pas encore totalement résolue pour l'autre moitié qui se plaint surtout de l'irrégularité des fréquentations. Ceci souligne l'importance de l'étude préalable de faisabilité. Un MGC a affirmé qu'il avait fait cette étude en 2 jours au lieu des 7 jours recommandés.

Tableau 7 : Intervalle de temps jusqu'à la stabilité

Intervalle de temps	Fréquence
moins de 2 mois	5
6 mois	2
plus de 6 mois	6
Total	13

VI.3. Les infrastructures

Matériels et équipements

Le contrat liant le Projet Santé Sud aux MGC stipule que ceux – ci recevront des équipements, des matériels médicaux ainsi que des médicaments dès lors qu'ils sont installés et selon l'évolution du fonctionnement de leur cabinet.

Tous les MGC sauf un⁷ ont reçu tous les matériels stipulés dans le contrat. Tous ceux qui ont reçu en sont très satisfaits bien que leur livraison soit en retard selon 54,5% d'entre eux. Tous admettent que les matériels et les équipements livrés correspondent bien à leurs besoins, cependant un tiers considère que la quantité de matériel fourni est insuffisante.

Tableau 8 : Appréciation des MGC sur la quantité de matériels reçus

nombre des matériels	Fréquence	Pourcentage
insuffisant	4	31
suffisant	9	69
Total	13	100

Bâtiments

Au début de l'installation, les communautés ont aidé les MGC à trouver un local pour abriter provisoirement le cabinet médical et résoudre le problème de logement. Les chefs de fokontany se sont tous impliqués en facilitant la négociation d'un local à louer pour que le MGC puisse s'installer et être fonctionnel le plus rapidement possible.

Certains membres de la communauté ont été réticents à contribuer à réaliser des travaux d'extension ou à des améliorations des maisons louées ou «prêtées», tant que ces maisons resteront des propriétés privées d'une tierce personne. De nouvelles constructions ont été réalisées sur deux sites. La communauté a fourni le terrain, la main d'œuvre, les matériaux (briques, moellons, sable), et le projet assure l'entreprise de construction, a fourni les boiseries (plancher, portes, fenêtres), les tôles métalliques pour la toiture, le ciment et la peinture.

Dans la presque totalité des cas, ce sont des bâtiments en briques de terre cuites qui comporte un étage. Le rez-de-chaussée, composé de trois salles, est réservé pour les activités de MGC, et le premier étage sert de logement pour le médecin.

L'observation directe a permis de constater que Les infrastructures disponibles ne sont pas conformes aux exigences sanitaires dans 70% des cas.

- ▮ 70% des MGC n'ont pas d'eau potable ;
- ▮ tous un système d'élimination des déchets (seul un site MGC sur les 13 ne dispose pas de WC ni de toilettes).

⁷ Qui n'en a reçu qu'une partie,

Dans plus de la moitié des cas (7/13), les MGC ont assuré la mise en place des infrastructures. Dans les autres cas, les propriétaires des locaux s'en sont chargés. L'implication de la communauté n'a été réellement effective que dans 2 cas seulement.

Médicaments et consommables

Plus des trois quarts des MGC pensent que les médicaments donnés au démarrage sont suffisants en quantité (77%) et en qualité (85%). Et bien que ce soit le MGC lui-même qui choisit les médicaments dont il a besoin, les 84,6% ne sont pas satisfaits de la gamme disponible.

Les procédures d'approvisionnement sont simples pour les deux tiers des MGC enquêtés.

38,5% des MGC affirment avoir connu des ruptures de stock en médicaments essentiels. Ces ruptures ne sont pour autant ni prolongées ni fréquentes. Elles étaient dues à une insuffisance de fonds ou à l'existence d'une épidémie

Les lieux d'approvisionnement en médicaments sont nombreux et variés :

- ┌ 70% directement chez les grossistes tels que OPHAM, COFARMA, DROGEMAD ;
- ┌ 31% dans les pharmacies ou officines de leur district ;
- ┌ le même pourcentage auprès du réseau informel de vente de médicaments d'Ambolokandrina et d'Ambohipo à Antananarivo ;
- ┌ 16% au CSB le plus proche pour certains produits notamment les produits promus par PSI Madagascar (CURA 7, Genicure, et les produits P.F.).
- ┌ .15 % chez les grossistes s'installés au chef lieu de leur district ;

IV.4. Encadrement (formation, supervision, ...)

Formation préalable

Tous les MGC ont bénéficié d'une formation avant leur installation. Les thèmes traités et la durée de la formation satisfont la majorité des médecins quoique incomplets et un peu court pour 2 d'entre eux qui voudraient que d'autres sujets soient abordés.

La plupart des MGC considère que cette formation est une aide à leur installation excepté un pour lequel cette formation n'a rien apporté quant à son installation car il estime avoir de sérieuses expériences en matière d'exercice libéral en milieu rural.

Les points positifs de la formation sont :

- ┌ la compréhension de la psychologie paysanne, très importante dans la gestion des relations avec les différentes entités de la communauté,
- ┌ la compréhension de l'utilité des outils de gestion,
- ┌ la gestion proprement dite du cabinet : gestion du temps, gestion des ressources (fonds de roulement, amortissement des matériels),
- ┌ une aide psychologique pour persévérer

Formations continues

Tous les MGC ont bénéficié de formations depuis leur installation, formations dispensées par de nombreux partenaires, Projet Santé Sud, Aide Odontologique Internationale, PSI, ITEM, et divers spécialistes.

Les thèmes traités durant les formations sont :

- ┌ les conduites thérapeutiques, phytothérapie,
- ┌ la vie associative, l'assise communautaire,
- ┌ la rédaction de certificat médical,
- ┌ l'extraction dentaire,
- ┌ le développement psychomoteur de l'enfant,
- ┌ les urgences en ORL, en Gynéco obstétrique, en Pédiatrie, en Maladies Tropicales,
- ┌ la planification familiale,
- ┌ la prise en charge des IST, approche syndromique.
- ┌ les maladies infectieuses dont la tuberculose,
- ┌ la gestion d'un CSB2 ou d'un dispensaire.

Supervisions

Tous les MGC ont déjà fait l'objet au moins une supervision. Les superviseurs étaient :

- ┌ le coordonnateur du Projet : 100%,
- ┌ d'autres partenaires (Fonds Canadien, Ordre National des Médecins, Union Européenne, GTZ, MINSANPF) : 38%,
- ┌ le Médecin Inspecteur : 8%.

Ces supervisions sont bénéfiques pour les MGC car :

- ┌ elles permettent d'améliorer les pratiques, de corriger les erreurs constatées ;

- ┌ elles constituent une occasion pour échanger des expériences, des informations, et de nouvelles idées ;
- ┌ elles sont l'occasion d'évoquer les besoins et les problèmes ;
- ┌ elles aident à mesurer la dynamique et l'évolution du cabinet ;
- ┌ elles permettent de recevoir un une retro information ;
- ┌ elles constituent un soutien psychologique non négligeable et de ce fait elles sont très encourageantes ;
- ┌ elles permettent d'améliorer le cadre et la tenue du cabinet ainsi que la qualité des soins ;
- ┌ elles constituent un "coup publicitaire" auprès de la population.
« Recevoir un "Vazaha" dans le cabinet suppose aux yeux d'un rural que le médecin a des relations au plus haut niveau ».

XIX- FONCTIONNEMENT DES SITES MGC

V.1. Fréquentation et offres de services

Les cabinets drainent majoritairement la population de son site d'installation mais aussi celle des autres communes environnantes comme le montre le tableau ci dessous.

Tableau 9 : Les personnes fréquentant le plus le cabinet des MGC

Types de clients du cabinet	Fréquence	Pourcentage
Toutes les catégories	7	54
Plutôt les gens du FKT d'implantation	3	23
Plutôt les gens des autres FKT	3	23
Total	13	100

Six médecins sur treize affichent un horaire classique d'ouverture de bureau pour recevoir les patients. La même proportion affirme avoir un horaire variable. A part deux médecins qui sont absents du cabinet le week-end, les onze autres affirment recevoir des malades pendant le week-end et même pendant les jours fériés.

Le nombre de consultation varie en moyenne de 8 à 13 par jour avec des minima de 2 par jour et des maxima de 35 (voire parfois 80)

Plusieurs facteurs peuvent significativement influencer le nombre de consultations. Ce sont :

- ▮ la période des récoltes : saison des pluies, période des retournements des morts, calendrier agricole, week end,
- ▮ le passage des vendeurs ambulants de médicaments,
- ▮ le recours aux conseils de voisinage,
- ▮ le prix des médicaments, les coûts des prestations,
- ▮ la pauvreté ambiante,
- ▮ le travail aux champs,
- ▮ l'existence ou l'absence de maladies (surtout épidémiques),
- ▮ la présence du Chef CSB2 qui fait concurrence,
- ▮ l'absence pendant la visite des cabinets secondaires ou pendant l'approvisionnement en médicaments, ou pendant les réunions ou revues,
- ▮ la non-satisfaction des soins et des besoins des clients.

Un cabinet n'a en moyenne que de deux consultants par jour depuis son installation. Avec une fréquentation journalière dépassant très rarement trois malades, la viabilité d'un tel cabinet de MGC est faible.

Moins de la moitié (46,2%) effectuent toutes les activités du PMA

- ▮ activités curatives : consultations, soins, accouchements,
- ▮ activités préventives : consultations prénatales, consultations postnatales, vaccination, planification familiale,
- ▮ activités promotionnelles : IEC/CCC, surveillance nutritionnelle des enfants 0 – 3 ans.

Tableau 10 : gammes des services offerts dans les sites MGC

Services offerts	Fréquence	Pourcentage
Toutes les activités PMA	6	46
Toutes sauf vaccination	3	23
Toutes sauf surveillance nutritionnelle des enfants	4	31
Total	13	100

V.2 . Gestion et viabilité des sites MGC

Le niveau de revenu des médecins leur permet d'avoir un pouvoir d'achat tout au moins égal à celui du médecin fonctionnaire travaillant dans les mêmes conditions. La grande différence réside dans le fait que, par rapport au médecin fonctionnaire qui perçoit mensuellement de façon régulière le même volume de salaire, les recettes des cabinets de MGC ---étant d'exercice libéral --- dépendent de la disponibilité de liquidité d'argent de la clientèle et de la saison / période de culture. Ainsi, ces recettes, ramenées à un niveau mensuel, peut varier des deux tiers (2/3) du salaire du médecin fonctionnaire du CSB2, pendant les saisons mortes (ou intersaisons) au quadruple, voire quintuple (lors des saisons de récoltes / moisson).

Les patients payent la consultation (ou les actes médicaux) et les médicaments.

Le revenu du médecin comprend les revenus de la consultation et ceux de la marge bénéficiaire de la vente des médicaments. Le prix de la consultation varie entre 1500 et 2000 Ariary. La marge bénéficiaire moyenne résultant de la vente du médicament est de 25 %±9 et varie de 20% (pratiquée par 69% des cabinets) à 40%.

Tableau 11 : variation des coûts de prestation

Coûts des prestations	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Coût minimal des prestations (en Ariary)	13	100	2 500	1 531	770
Coût maximal des prestations (en Ariary)	13	7 000	50 000	24 000	17 224
Coût moyen des prestations (en Ariary)	13	2 000	4 500	3 008	742

La prestation à 100 Ariary est une participation des mères pour la vaccination de leurs bébés. Cette somme sert à payer les frais de transport des vaccins et leur conservation.

Deux MGC font payer toutes ses prestations sans distinction. Les autres offrent des services gratuits tels que :

- ▮ les conseils et IEC,
- ▮ les préservatifs,
- ▮ la prise en charge des indigents,

- ▮ les visites de contrôle,
- ▮ la surveillance nutritionnelle des enfants nés dans le site,
- ▮ la prise en charge des malnutris.

Les MGC sont obligés d'accorder des crédits. Dans 62% des cas (8/13), plus de 80% des clients arrivent à honorer immédiatement leurs factures.

Tableau 12 : Pourcentage des clients qui paient immédiatement leurs factures

	Fréquence
25%	2
40%	1
45%	1
70%	1
80%	3
85%	2
90%	3
Total	13

54% des MGC affirment que les clients à qui ils ont accordé des crédits respectent les délais fixés. Interrogés sur les retombées d'une éventuelle hausse des coûts des prestations, 62% pensent que la fréquentation en pâtirait et 16% pensent cela n'affecterait pas le nombre des consultations.

Selon 54% des MGC, le chiffre minimal de consultations journalières requis pour assurer la viabilité des cabinets, est d'au moins 10 consultations. Ce chiffre varie de 4 à 15 consultations journalières avec une moyenne à 9 ± 4 .

Un peu plus de la moitié (54%) des MGC ne sont pas totalement satisfait du rythme actuel de consultation. Cependant, 10 MGC sur 13 épargnent. Le pourcentage des recettes dédiées à l'épargne varie de 5% à 40% avec une moyenne à 22,5%.

Un peu plus de la moitié (54%) des MGC ont fait quelques investissements depuis leur installation. Le montant alloué aux investissements varie de Ar 90.000 à 2 millions d'ariary.

Parmi ceux-ci :

- 71% ont investi dans des matériels de désinfection et d'hygiène ;
- 57% ont acheté des matériels nécessaires à l'examen clinique du malade et aux soins du malade ;
- 57% ont aménagé leurs locaux et ont opéré soit des extensions soit quelques réfections ;
- 14,% ont fait d'autres investissements tels que l'achat de matériels de communication et de locomotion : bicyclettes, téléphone.

V.3. Intégration du MGC

Intégration dans la communauté

Avis des MGC

Tous les MGC s'accordent à dire que la **communauté** apprécie l'existence et le fonctionnement de leur cabinet. A leur avis, les principales raisons sont surtout à :

- La qualité d'accueil (83%),
- La diversité des services offerts (83%),
- L'accessibilité géographique (67%),
- La disponibilité de plusieurs gammes de médicaments (33%).

D'une manière générale, les MGC sont satisfaits des appuis fournis par la communauté. Ce qui ne leur empêche pas de souhaiter d'autres aides complémentaires. Les MGC qui n'ont pas pu bénéficier de l'appui des communautés sont surtout ceux qui n'ont pas été présentés officiellement. Le MGC doit, pour parfaire ses relations avec la communauté, entretenir une bonne relation avec le maire de la commune où il s'implante. La majorité (9/13) des MGC considère les maires de leurs communes comme un partenaire ou un collaborateur.

Tableau 13 : Considérations des maires de leurs communes par les MGC

Considération du maire	Fréquence	Pourcentage
Un partenaire	4	31
Un collaborateur	3	23
Une autorité hiérarchique	3	23
à la fois un partenaire et un collaborateur	2	15
à la fois une autorité hiérarchique et un collaborateur	1	8
Total	13	100

Avis des autorités et des leaders d'opinion

Les chefs de fokontany étaient unanimes quant au caractère positif de l'ouverture et de la fonctionnalisation d'un cabinet médical dans leur circonscription. Selon eux, les cabinets de MGC ont amélioré la situation sanitaire des zones (communes, SSD et régions) d'implantation. Ils se sont tous impliqués tant dans la résolution des problèmes d'ordre logistique que dans la mobilisation communautaire pour que le MGC soit intégré dans la communauté.

La majorité des maires et/ou de leurs adjoints apprécie la présence et la fonctionnalité des cabinets de MGC dans leur circonscription, surtout si, dès le début, ils étaient à l'origine et/ou impliqués dans le processus qui a abouti à l'implantation du MGC. Ils reconnaissent que les cabinets de MGC rendent service aux populations de toutes les communes et des fokontany avoisinants. Ils apprécient la complémentarité de l'exercice libéral des MGC aux activités des centres de santé publics de leurs communes. Les médecins MGC sont, pour eux, des partenaires qui contribuent au processus de développement dans les zones reculées et enclavées. Ils reconnaissent que depuis l'existence des cabinets de MGC, la situation sanitaire dans leurs communes respectives s'est beaucoup améliorée. Et, plus souvent, les maires souhaitent que d'autres fokontany très éloignés bénéficient de l'installation d'autres cabinets de MGC.

En revanche, au niveau des districts et des régions, le niveau d'informations sur l'existence et sur les missions assignées au cabinet de MGC n'est pas suffisant. Toutefois, lors des entrevues avec chacun des responsables, ils ont toujours émis le vœu de voir le nombre des cabinets de MGC multiplié dans leur district ou dans leur région surtout dans les zones fortement enclavées où il n'y a aucune infrastructure de santé du secteur public. La complémentarité du secteur public et du secteur privé, plus particulièrement dans le domaine de la santé publique et communautaire, a été le leitmotiv de ces responsables régionaux.

Avis de la communauté

Les communautés, et plus particulièrement les habitants des fokontany d'implantation des cabinets de MGC, ont apporté leur contribution lors de l'installation des cabinets de MGC. Dans un premier temps, les communautés ont aidé les MGC à trouver un local pour abriter provisoirement le cabinet de MGC et résoudre le problème de logement du MGC. Par la suite, pour témoigner de leur compréhension et de leur soutien, les communautés se sont engagées à organiser des offrandes («santa-bary», «santa-bokatra», «vokatra ho an'ny dokotera», ...) qui

ont été données au MGC pour que ce dernier puisse faire face aux problèmes inhérents au démarrage de son cabinet (insuffisance du nombre de personnes venues pour se faire consulter / soigner, ...) et satisfaire ses besoins de subsistance (nourriture, alimentation, ...).

Les communautés bénéficiaires, plus particulièrement les femmes (de 25 à 49 ans) et les jeunes (de 14 à 25 ans), ont constaté et rapporté que depuis l'ouverture et la fonctionnalisation des cabinets de MGC dans leur proximité, il y a une très nette diminution du nombre complications de maladies et de moins en moins de décès dus aux longs déplacements des cas graves pour atteindre une formation sanitaire. En effet, les cabinets de MGC desservent des populations qui, avant l'installation, devaient, pour se soigner, faire en moyenne 4 heures ç 8 heures de marches à pied et traverser des rivières en forte crue lors des saisons de pluies, au risque et péril de leur vie. De plus, le déplacement entraînait des dépenses quatre à vingt fois plus élevées que ce qu'elles déboursent actuellement depuis l'implantation des cabinets de MGC.

La presque totalité des membres des communautés considère avoir été suffisamment informée du caractère «privé et libéral» des cabinets de MGC et de l'obligation de paiement des services et des prestations. Malgré quelques difficultés pour certaines personnes de la communauté à honorer promptement les prestations, presque la totalité de la communauté bénéficiaire préfère fréquenter les cabinets de MGC à cause de sa proximité, mais aussi et surtout à cause de la qualité de l'accueil et de la qualité des soins prodigués. Même si ces personnes, lors du focus groupe, ont relaté la cherté relative des frais de consultations et de soins dans les cabinets de MGC, les communautés préfèrent que le cabinet soit maintenu et fonctionnel pour pouvoir disposer d'un choix.

La présence des cabinets de MGC est ressentie comme une opportunité pour la communauté d'avoir accès à des soins de qualité. Elle leur permet d'avoir une médecine de proximité où sont prodigués des soins d'urgence, une bonne prise en charge de la majorité des maladies les plus fréquentes et des soins préventifs (vaccination, ...) et promotionnels (PF,...). La présence des cabinets de MGC est d'autant plus appréciée que les agents de santé des CSB publics doivent de temps en temps s'absenter pour des missions ou des formations inhérentes à leur statut de fonctionnaires. De plus, ces agents sont souvent submergés par un volume de travail très important et ils ne sont plus en mesure ni d'offrir un bon accueil aux malades venus consulter, ni d'assurer une bonne qualité de prise en charge.

Les communautés souhaitent que les activités et les prestations soient étendues (hospitalisation, petit laboratoire d'examen biologiques et bactériologiques), quitte à renforcer et étoffer le personnel (personnel paramédical et personnel d'appui).

Intégration dans le système de santé

La distance entre le site MGC et le CSB public le plus proche varie entre 200 mètres (cinq minutes de marche) et 18 Km (trois heures de marche) avec une moyenne à 9 Km \pm 6 (une heure et demi de marche).

Avis des MGC

La majorité des MGC (9/13) entretiennent de bonnes ou d'excellentes relations avec les agents de santé du secteur public. Il y a des échanges cordiaux et confraternels, des échanges d'expériences et de savoir-faire. La collaboration est effective durant les campagnes nationales de vaccination. Dans certaines localités, les centres de santé et les cabinets médicaux se réfèrent des malades en cas d'insuffisance des médicaments. La présence du MGC comble l'absence du personnel du CSB public lors des revues mensuelles auxquelles ce dernier doit se rendre chaque mois.

Tableau : Qualité de la relation avec l'agent de santé du CSB public voisin

Qualité de la relation	Fréquence	Pourcentage
Aucune	1	8
assez bonne	3	23
Bonne	1	8
Excellente	8	61
Total	13	100

La majorité (8/13) considère le médecin chef du CSB2 comme un confrère ou un collaborateur. Cependant, 3 médecins le considèrent comme concurrent et 2 n'ont aucune relation avec leur collègue. Seul un médecin envoie son rapport d'activité au médecin chef.

Tableau : considérations du Médecin-chef du CSB2 dans la commune d'implantation.

Considération du chef CSB2	Fréquence	Pourcentage
Un confrère	3	23,1
Un collaborateur	3	23,1
Un concurrent	2	15,4
à la fois un confrère et un collaborateur	2	15,4
à la fois un collaborateur et un concurrent	1	7,7
Ne connaît pas le Chef CSB2	2	15,4
Total	13	100

Les MGC envoient des rapports de leurs activités :

1. au siège du Projet Santé Sud : 100%,
2. au Médecin Inspecteur, Chef du Service de Santé de District : 77%,
3. au Médecin-chef du CSB2 : 8%,
4. au Maire de la Commune : 8%.

Avis des personnels de santé du secteur public

Les cabinets de MGC sont complémentaires des centres de santé de base du secteur public (CSB1 et CSB2). En effet, les médecins des CSB 2 du secteur public, pour des missions ou des formations inhérentes à leur statut de fonctionnaires, doivent s'absenter de temps en temps de leur poste, les populations et les communautés des communes rurales peuvent alors recourir aux cabinets de MGC qui sont à même d'assurer une bonne qualité de prise en charge et la permanence des soins.

Les relations entre les médecins de ces deux secteurs sont fonction de leur appréciation réciproque du rôle de chacun d'eux, mais dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une relation de bonne confraternité, de respect et de concurrence en terme de qualité des prises en charge.

Avis des autorités sanitaires du secteur public

La présence des cabinets de MGC a amélioré la couverture sanitaire dans les circonscriptions des différents CSB et SSD. Elle a amélioré le ratio médecin / population.

Les médecins des CSB2 et la chefferie au niveau des SSD apprécient l'ouverture des cabinets qui non seulement permettent aux populations bénéficiaires des zones enclavées d'accéder à des soins de qualité de proximité, mais aussi résout en partie, par leur présence, les problèmes liés aux absences au poste des médecins du secteur public.

Pour les responsables des DRSPF et des SSD, les cabinets de MGC s'inscrivent, et le cas échéant doivent être inscrits dans la carte sanitaire. Ils ont insisté sur leurs intentions d'impliquer de plus en plus les cabinets de MGC dans les activités de prévention et de promotion de la santé, et de les inviter, autant que possible, à participer aux formations au même titre que les médecins du secteur public. La majorité des médecins inspecteurs, chefs des SSD, ont exprimé leur volonté d'inclure les cabinets de MGC dans les programmes de supervision de leur EMAD. Mais, tout est conditionné par la disponibilité des ressources, tant financières que logistiques des SSD. Toutefois, la majorité des Médecins inspecteurs chefs SSD souhaitent instamment que les MGC effectuent un rapport mensuel des activités réalisées dans leur cabinet. Les envois des rapports doivent coïncider à ceux des médecins chefs CSB afin que le service de santé de district puisse disposer en même temps, et sans retard, de toutes les données statistiques relatives à la situation sanitaire de la circonscription.

V.4. Les MGC et le Projet Santé Sud

Avis des MGC

Les médecins sont fiers d'avoir été appuyés et d'être encore soutenus par le projet. Ils ont pu garder leur ambition et leur dignité de médecin : exercer la médecine en toute quiétude et en toute sérénité. La plupart considèrent cet appui comme satisfaisant et la totalité comme encourageant.

Tableau : **Appréciation de l'appui et du soutien du Projet Santé Sud par rapport aux clauses du contrat**

Appréciation	Fréquence	Pourcentage
satisfaisant	6	46
encourageant	3	23
satisfaisant et encourageant	3	23
Insuffisant mais encourageant	1	8
Total	13	100

Ils apprécient les échanges avec les responsables du Projet Santé Sud. Selon les MGC, ces occasions, quoique rares, sont nécessaires pour échanger des expériences et pour chercher

ensemble les solutions des problèmes vécus par les MGC. Cependant, certains réclament moins de directives de la part des coordonnateurs du Projet afin que les discussions ne se fassent pas à "sens unique". Seul, un MGC a exprimé son regret de ne pas avoir encore touché jusqu'à ce jour les deux millions de Fmg qu'on lui avait promis pour l'ouverture des cabinets secondaires.

Avis des coordonnateurs du Projet Santé Sud

Pour les Coordonnateurs du projet «Santé SUD», les MGC sont des partenaires du Projet. Ils doivent assumer pleinement et de manière autonome leurs responsabilités et leurs devoirs professionnels. La relation entre le Projet (responsables de la CTA) et les MGC n'est pas hiérarchique ; il n'existe aucune notion de subordination ni de chef hiérarchique. Les responsables du Projet sont globalement satisfaits des attitudes et du niveau de conscience professionnelle dont font preuve les MGC. Les coordonnateurs du Projet pensent que les MGC sont satisfaits, eux aussi, de l'appui et du soutien que la CTA leur a fourni jusqu'à ce jour.

En cas de non-respect par le MGC des clauses du contrat et de l'engagement signé par les deux parties, la CTA et le Projet ne fait qu'appliquer ce qui est stipulé. Jusqu'à ce jour, aucune mesure de pénalisation n'a été enclenchée à l'encontre des MGC.

V.5. Le Projet Santé SUD / Madagascar : appréciation des décideurs et des leaders.

Les interviews et entretiens avec les hauts décideurs et responsables au niveau central sont récapitulés et synthétisés dans le tableau ci-après :

Synthèse des interviews des décideurs et leaders d'opinions sur le Projet SANTE SUD

Thèmes	Ministre de la santé, du planning familial et de la protection sociale	Union européenne (UE)	Ordre des médecins	Directeur du développement des districts sanitaires	Doyen de la faculté de médecine
Contribution de l'organisation au projet.	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation de la mise en œuvre du projet ; - Patronage des ateliers et activités significatives du Projet ; -Formalisation des 3P. 	<p>640.097 €pour 18 médecins, soit 35.000 €environ par médecin pour un secteur de 15.000 à 25.000 habitants.</p> <p>C'est un co-financement UE/Coopération française.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au montage du projet ; - convention de partenariat ; - plaidoyer en faveur du projet auprès des bailleurs / financeurs bi- et multi-latéraux. 	<p>Appui à l'identification des districts de mise en œuvre. Facilitation des 3P. Mise à disposition de certains matériels et consommables de prévention (vaccins, aiguilles, contraceptifs).</p> <p>Formation continue.</p>	<p>En amont : formation des médecins et adaptation des curricula d'éducation médicale pour répondre au profil de médecin voulu par le ministère chargé de la santé, à savoir médecin généraliste pouvant faire fonctionner convenablement un CSB2 et desservir son</p>

					secteur sanitaire.
Raison de cet appui.	Défi 1 de l'engagement 5 du MAP : <i>« assurer la fourniture de services de qualité à tous ».</i> Stratégie 2 : <i>« assurer l'accès aux soins de qualité en particulier en milieu rural ».</i>		- solutionner les problèmes des jeunes médecins diplômés en quête de travail ; - amélioration de l'accès aux soins des populations des zones fortement enclavées.	Complémentarité et synergie des efforts en vue d'une meilleure couverture sanitaire.	Adéquation de la formation à l'emploi.
Appréciation sur le projet depuis son démarrage.		Questionnement sur le coût/efficacité (voir plus haut) : répliquabilité ? pourquoi ? comment ? Enseignements tirés des 8 années d'expérience de MGC ? causes des	Si un financement peut être disponible, respecter la démarche et répliquer l'intervention sur d'autres zones enclavées d'autres	Le projet fonctionne bien dans les régions de l'ancienne province d'Antananarivo. Les MGC sont des partenaires performants.	J'attends les résultats de la présente évaluation pour une double raison : (i) vérifier la pertinence de la formation donnée ; et (ii) la réajuster en cas de

		tâtonnements éventuels ? solutions adoptées ? affectations compliquées aux dépens d'une médecine communautaire sur les grands axes (supervision facile, meilleure motivation des MGC, meilleure viabilité éventuelle du projet)	régions.		besoin.
Contribution du site MGC à l'amélioration de la situation sanitaire de la population malgache.			- accessibilité des populations des zones enclavées à des soins de qualité ;	Réelle mais difficile à chiffrer.	Le Ministère chargé de la santé est mieux placé pour l'apprécier.
Appréciation du processus adopté pour le projet :					
<i>Etude de faisabilité,</i>		Coûts de faisabilité moins importants si cette étude est	- la MGC peut servir de cadre de formation	Le processus est pertinent. Il reste à	L'ensemble du processus adopté paraît

<i>formation.</i>		<p>confiée aux responsables nationaux du projet.</p> <p>Recherche d'un indicateur pouvant aider à la construction d'un modèle pour une médecine de santé publique de qualité acceptable (Europe : 2400 € / habitant / an).</p>	<p>pour améliorer et renforcer les compétences des jeunes médecins, avant qu'ils soient recrutés dans la fonction publique ;</p> <p>- renforcer la CIP et la capacité relationnelle des MGC.</p>	analyser les coûts.	convenable.
<i>Etape d'installation (équipements de base et médicaments de démarrage).</i>		<p>MGC avec moins de chaîne de froid (qui augmente les charges), donc plus léger en collaboration avec le médecin du secteur public de la zone sur un axe de communication plus facile.</p>			
<i>Fournitures d'équipements complémentaires.</i>					

<i>Suivi et supervision formative.</i>			Participation active aux missions d'encadrement et de supervision.		
Avis sur l'autonomisation et pérennité du MGC.		Les MGC des zones enclavées seront épuisées au bout de 4-5 ans.	- ne pas favoriser une quelconque zone ou région pour l'intervention du Projet Santé SUD (toutes les zones enclavées sont prioritaires)	L'autonomisation et la pérennité dépendent du degré d'implication des communautés locales. La responsabilité des fokontany constitue sûrement une opportunité à ne pas manquer.	Les résultats de l'évaluation montreront sûrement si le projet peut survivre après le retrait des bailleurs de fonds. Le cas échéant, quelle proportion reste-t-il à rechercher ? comment ?
Raisons de l'arrêt de financement (Union européenne).		L'UE n'a jamais arrêté son financement.			
Eventualité d'un nouveau financement de l'Union		L'évaluation du projet doit sortir un modèle MGC qui va voir évoluer les coûts par habitant de 4 € à 20-30 € par	Tout dépend du financement : si le financement suit, le Projet ne peut que		

européenne). Conditions ?		habitant pour une médecine communautaire de qualité acceptable. Un nouveau financement fait suite à une réponse à un appel à proposition. Les projets sont évalués par 3 évaluateurs indépendants (1 à Madagascar et 2 à Bruxelles), utilisant 25 critères d'évaluation.	bien marcher.		
Propositions pour l'autonomisation et la pérennité des formations sanitaires privées.		L'équipe de Toliara est-elle vraiment intégrée dans le projet ? existe-t-il un véritable programme de partenariat avec TEALONGO ?	Eviter l'empiètement des activités : complémentarité du secteur publique et secteur privé	Bien négocier avec les bailleurs de fonds qui financent les collectivités locales et impliquer les communautés à la conception et à la mise en œuvre du projet.	
Suggestions pour une meilleure intégration des		Préparation d'un plan de carrière ? possibilité d'intégration dans la fonction	- Renforcer les capacités relationnelles des	Appropriation du système MGC par les communautés rurales.	

MGC dans les zones rurales.		publique ?	MGC ; - assurer le PMA; - s'absenter le moins possible		
-----------------------------	--	------------	--	--	--

XX- COMMENTAIRES

VI.1. Pertinence du projet

L'appui de l'association SANTESUD à l'installation de médecins ruraux communautaires a permis d'offrir des services de qualité équivalents à ceux d'un CSB 2, en particulier une permanence de soins, d'améliorer la couverture sanitaire dans des zones enclavées en complémentarité avec le secteur public et ceci à un coût d'installation et de fonctionnement inférieur à celui d'un CSB 2.

Des services de qualité équivalents à ceux d'un CSB 2.

Les MGC, selon les commentaires des autorités administratives, du personnel de santé et de la communauté, fournissent des services de proximité, appréciés par les communautés et un service privé viable, en particulier:

- La disponibilité de services et de soins de santé de proximité;
- une meilleure accessibilité aux soins pour la population rurale
 - * Accessibilité financière avec la possibilité de crédit ;
 - * Accessibilité géographique grâce aux soins à domicile et les visites dans des cabinets secondaires;
- Une collaboration entre le public et le privé entraînant, entre autres, la réduction de la charge de travail des médecins publics ;
- Une prompte et meilleure prise en charge des cas graves dans les zones enclavées surtout s'il n'existe qu'un CSB1 tenu par un paramédical ;

En corollaire, la communauté a constaté une amélioration de la situation sanitaire de leur localité (réduction de la morbidité et de la mortalité), en particulier ils ont cité :

- La diminution du recours à l'automédication et l'augmentation du recours à la médecine moderne ;
- L'augmentation du nombre des accouchements assistés par des personnels qualifiés ;
- L'augmentation du nombre des enfants vaccinés ;
- L'amélioration de l'hygiène publique ;
- L'augmentation du taux d'accessibilité à l'eau potable ;

- L'amélioration de l'observance de traitement ;
- La réduction du nombre d'enfants malnutris (conseils diététiques et collaboration avec des ONG comme SEECALINE.
- La réduction des dépenses liées à la santé car :
 - Rapidité de la prise en charge et rapidité de la guérison :
 - les malades peuvent très vite reprendre leur travail
 - pas de complication des maladies
 - Réduction des évacuations sanitaires : et de ce fait les dépenses sont réduites de moitié à 1/5 car :
 - le frais aller-retour du village vers le centre de santé public le plus proche pour une personne varie de 3 000 ariary à 15 000 ariary (sinon des marches à pieds qui varient de 1 h à 3 heures de marche)
 - les dépenses en vivres et loyer pour le malade et les accompagnateurs (si le traitement nécessite plus d'une journée) sont supprimés.
 - Réductions des journées de travail perdues pour les accompagnateurs ;
 - Réduction de la durée d'hospitalisation pour les opérés car possibilité de continuité de soins auprès de MGC ;

La tendance générale des communautés bénéficiaires des cabinets de MGC est de demander à ce que les activités et les prestations au niveau des cabinets de MGC soient étendues : soins prénatals, santé génésique et nutrition maternelle, surveillance et promotion de la croissance, vaccination, vermifugation, hospitalisation, petit laboratoire d'examens biologiques et bactériologiques, quitte à renforcer et étoffer le personnel (personnel paramédical et personnel d'appui) du cabinet.

La fourniture d'équipement et de matériels par SANTESUD a contribué à la qualité des services rendus

En effet, la disponibilité de ces matériels a permis la qualité du diagnostic et de la prise en charge des patients. La complétude des matériels utilisés fait la renommée des MGC et est une "publicité" pour leur centre. Ces matériels ont augmenté le taux de fréquentation du fait de services devenus disponibles tels que l'extraction dentaire, la vaccination, les accouchements.

La disponibilité de moyens de déplacement (motocyclette) a permis aux médecins, vu les difficultés occasionnées par les mauvais états des pistes et l'éloignement de certains hameaux par rapport au cabinet de MGC, de sauver de vies humaines grâce à la dispensation de soins d'urgence et à la continuité des soins vitaux. De plus, comme il n'existe souvent pas de trafic régulier entre les grandes villes et les sites d'implantation des cabinets de MGC, surtout pendant les périodes et les saisons de pluies, les moyens de déplacement octroyés par le projet permettent à chacun des médecins d'assurer à temps leur approvisionnement en médicaments et consommables, évitant tout risque de rupture de médicaments. Lors des foci group, les membres des communautés confirmaient qu'aucun problème de manque et/ou de rupture de stock de médicaments n'a jamais été évoqué, que le MGC dispose toujours des médicaments qu'il prescrit.

Amélioration de la couverture sanitaire dans des zones enclavées en complémentarité avec le secteur public

Les MGC confirment leurs places dans le système de santé à Madagascar car leur présence améliore la couverture sanitaire, palliant ainsi les défaillances du système de santé public : l'insuffisance de centres de santé, de ressources humaines et matérielles, et de médicaments.

La complémentarité entre secteur privé (MGC) et secteur public (CSB 2 et CSB 1), en zone rurale enclavée et/ou difficile d'accès, est évidente. La qualité des rapports et des relations entre le MGC et le responsable de la formation sanitaire publique la plus proche dépend de la compréhension de chacune des deux parties de leurs missions respectives. La tendance est plutôt vers la concurrence. La concurrence ne se traduit pas obligatoirement en mésentente et/ou mauvaise relation. Des deux côtés (MGC et médecins Chefs CSB 2 public), il a été reconnu dans la majorité des cas, que l'objectif de la concurrence va dans le sens d'une proposition d'une meilleure qualité de services et de soins à la clientèle cible. La complémentarité des deux secteurs et la confraternité entre les médecins ne doivent pas en être entravées ni en subir. Les cabinets de MGC et les CSB 2 / CSB 1, dans les zones rurales doivent pouvoir collaborer ensemble.

Un coût d'installation et de fonctionnement inférieur à celui d'un CSB 2.

Selon les références de la Direction du développement des districts sanitaires, Le coût pour l'ouverture d'un CSB doté d'un panneau solaire et d'une motocyclette mais sans

laboratoire, l dentisterie et groupe électrogène, reviendrait à 168 millions d'Ariary (67 000 Euros) soit 11 200 à 21000 Ariary par habitant pour une population de 8 000 à 15 000 habitants (14 600 Ariary pour une moyenne de 11 500).

Comparativement, Le coût moyen d'ouverture d'un cabinet de MGC est de 25 millions d'Ariary (10 000 Euros), soit entre 2090 et 6250 Ariary par habitant pour une population de 4 000 à 12 000 personnes (3125 Ariary moyenne 8 000 personnes).

Alors qu'un cabinet de MGC appuyé par le projet Santé SUD / Madagascar peut assurer le même type d'activités qu'un CSB2 du secteur public, le coût d'un cabinet de MGC est 5 fois moins onéreux que celui d'un CSB2.

VI.2. Autonomie des médecins et pérennisation du projet

Un cabinet de MGC ne peut être autonome que si les recettes des consultations et des prestations assurent un revenu suffisant au médecin et si celui-ci est appuyé par la communauté, reconnu par les autorités et implanté dans une zone où les revenus communautaires sont suffisants. La pérennisation du projet n'est envisageable que si le suivi est assuré, c'est-à-dire si le renouvellement des médecins est assuré quand le poste est vacant, si leur supervision et leur formation continue sont effectuées et si la maintenance des infrastructures, des équipements et des matériels est maintenue.

VI.2.1. Autonomie des médecins

Selon les médecins, **le cabinet ne peut être autonome que si les recettes des consultations et des prestations avoisinent les 12 000 à 15 000 ariary par jour**. Les marges de bénéfice prélevées sur les médicaments (entre 20 et 40 % des prix d'achat) servent à étoffer le stock de médicaments disponibles (augmenter le stock de médicaments) et ne sont pas considérées comme des gains en terme de recettes.

Les MGC gagnent autant, sinon plus, que les médecins du secteur public. Cependant, les revenus sont instables. En effet, pendant les «saisons mortes», les activités des cabinets de MGC sont en baisse. Le médecin fait crédit et il doit récupérer le paiement de ses consultations et de ses prestations. Près de 30 à 40 % des clients demandent des facilités de paiement, qui ne seront respectées qu'à 75 à 80 %. Pendant ces «saisons mortes», près de 20 % des crédits ne seront recouverts qu'avec de très grandes difficultés, voire ne seront jamais recouverts. En ces moments difficiles, le médecin peut gagner moins, en terme de revenus

mensuels, qu'un médecin fonctionnaire. D'autre part, il doit accepter les «paiements en nature» que pourrait proposer la clientèle. En effet, faute de liquidité d'argent, les frais de consultations et de prestations sont payés en leur équivalent paddy, riz blanc, ou autres produits agro-pastoraux qui sont souvent les seules ressources mobilisables. Le pouvoir d'achat des populations au niveau des zones desservies s'effrite pendant la période de soudure et la saison des pluies et la solvabilité des clients en pâtit. Dans la plupart des cas, il s'agit plutôt de manque de liquidité mais non de ressources valorisables. En contrepartie, pendant les saisons des récoltes («voka-bary», «miaka-bary», «fararano», «miaka-bokatra»,...), les ménages sont volontiers plus attentifs à leur état de santé et se permettent de dépenser pour se faire soigner. Ainsi, les formations sanitaires sont beaucoup plus fréquentées, le volume des activités des cabinets de MGC est multiplié par cinq ou par six. La clientèle est beaucoup plus solvable. Les médecins interviewés ont constaté qu'il n'y a pratiquement plus que moins de 5 % de la clientèle qui n'arrivent pas honorer promptement les frais de consultations. En ces périodes, le médecin MGC peut gagner en moyenne 2 à 3 fois plus que le médecin fonctionnaire du CSB 2 (dans certaines communes, et pour quelques sites, ce rapport est supérieur à 4, voire 5). La prise en charge des démunis pose un problème particulier. Leurs proportions sont variables d'une localité à l'autre, deux localités ont déclaré que 80% de la population sont démunis en période de soudure (6 mois/12), une autre déclare 50% de démunis dans sa population, cinq localités évaluent les démunis à moins de 10% de la population, enfin trois communes déclarent que leurs habitants refusent d'être classés comme démunis

Les MGC font des traitements particuliers aux démunis, Paiement en nature (charbon, vivres)
Soins contre travail de champ.

Malgré certaines remarques émises sur les factures réclamées, des membres des communautés acceptent de supporter les tarifs appliqués par les médecins MGC, considérant que ceux –ci sont les seuls maîtres de procéder ou non à une hausse éventuelle de leur tarif de consultation et des prix de médicaments. Pour la majorité des communautés, les tarifs appliqués sont à l'avantage du plus grand nombre des membres de la population. A leur avis, les gens peuvent faire des économies en dépensant moins par rapport aux cas où ils devaient se déplacer plus loin, vers les CSB publics et/ou d'autres centres de santé.

Les communautés ont soutenu dans la plupart des cas de manière active l'implantation des médecins.

Certaines communautés vont même jusqu'à proposer aux médecins de la main d'œuvre communautaire pour travailler le champ qui leur a été offert et pour faire la récolte le temps du moisson, et ceci, en plus de ce qui a été déjà donné, lors de leur installation, sous forme d'offrandes («voka-dehibe ho an'ny dokotera», «santa-bokatra ho an'ny dokotera», ...). La volonté de participation communautaire dans l'extension du cabinet a été plusieurs fois mentionnée. La population préfère participer sous forme de main d'œuvre. Cependant, dans quelques localités, les gens préfèrent payer. La cotisation varie alors de 500 ariary à 10 000 ariary. La participation financière de la communauté dépend de son appréciation de la validité des travaux et de l'intégrité des gestionnaires transparence de la gestion, recueil de l'argent en période de récolte, construction du bâtiment dans un lieu public. Quelques autorités affirment disposer des matériaux de construction (briques, moellon, fasika, ...) pour les dispensaires.

L'appui des communautés dépend beaucoup de la capacité d'organisation et de mobilisation de la population bénéficiaire, en considérant plus particulièrement l'effectivité et l'efficacité des structures érigées et mises en place tels que les «comités de santé» et autres «comités de sensibilisation». Le charisme et le leadership du chef de fokontany sont des éléments très importants dans l'organisation et la mobilisation de la communauté et de la collectivité. Les communautés sont disposées à apporter leur collaboration, si besoin est, pour aider le médecin à recouvrer les frais de consultations et de soins prodigués auprès des patients et membres de la communauté les moins solvables. Considérés en tant qu'acteurs dans le domaine de la santé communautaire, les tradipraticiens peuvent s'avérer de très bons collaborateurs pour orienter la partie la plus «traditionaliste» de la communauté à fréquenter les centres de santé en général, et les cabinets de MGC de leur proximité en particulier. En comparant les avantages et les gains que les communautés font (en terme d'économie directe, de nombre de jours de travail gagnés, de nombre de ressources humaines mobilisées, de facilité de paiement acceptée par le médecin MGC,...), depuis la fonctionnalité des cabinets de MGC, aucune des communautés ayant bénéficié de l'installation des cabinets de MGC ne souhaite plus en être privée. Tout cas d'absence du médecin est fortement ressenti. Et la communauté souhaite que les médecins MGC et/ou le Projet Santé Sud s'organisent de manière à ce qu'il ne manque jamais de médecin dans les cabinets de MGC déjà opérationnels. La tendance des avis émis lors des foci group affirme la volonté, la disponibilité et la possibilité pour les communautés de participer / contribuer aux travaux d'extension et d'amélioration des sites de MGC, autant que ces sites resteront une propriété communautaire où pourront se succéder les médecins de MGC. La demande de nouvelles prestations traduit le souhait de la population d'avoir un

médecin au sein de leur communauté. Les femmes demandent à recevoir toutes les prestations de soins et de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (CPN, accouchement, CPoN, SNE, vaccination, planification familiale et éducation sur la nutrition). Les adolescents et les jeunes ont exprimé leur demande en matière d'information et d'éducation sur la santé de la reproduction chez les adolescents et plus d'informations sur les IST & VIH / SIDA

Conditions d'installation.

Les cabinets de MGC installés à moins de deux heures de déplacement par rapport à un grand centre urbain encourent le risque de ne pas être très fréquentés par la clientèle cible. Logiquement, en effet, la majorité des membres de la communauté, dans pareil cas, se déplacent directement vers les formations sanitaires des centres urbains.

Au niveau des communes rurales, en réelle zone enclavée et difficile d'accès, les cabinets de MGC qui conviennent mieux aux populations bénéficiaires sont ceux qui sont implantés :

- entre le CSB2 du chef-lieu de commune et le village le plus reculé de ladite commune. De cette manière, au cas où le médecin du cabinet de MGC serait absent ou doit référer un malade, le CSB2 peut servir de première structure de référence ;
- dans le hameau «central» du village / fokontany le plus reculé, de manière à ce que tous les habitants des autres hameaux puissent converger vers le cabinet de MGC.

Les communautés n'apprécient pas les emplacements trop «excentriques» des cabinets. En effet, un site en «position excentrique» ne bénéficie que du soutien du fokontany d'implantation. Si le site est plutôt en «position plus centrale», la grande majorité des populations des hameaux, villages, fokontany et communes environnants fréquentent volontiers le cabinet.

Le cas particulier d'un cabinet installé dans le village natal du médecin mérite d'être considéré avec attention. La communauté reste, en effet, très réfractaire quant à une participation à la réhabilitation / extension du cabinet. Elle considère que le médecin, étant lui-même un natif du hameau, ne doit pas espérer que la communauté investisse pour améliorer son cabinet, c'est-à-dire «sa maison» ou «son local». Cette tendance de la communauté à ne pas s'investir pour améliorer la propriété privée d'autrui est retrouvée dans la plupart des focus groupe.

VI.2.2. Pérennisation du projet.

D'une manière générale, les médecins n'étaient pas préparés à un exercice en milieu rural, de surcroît en zone enclavée. Après avoir suivi la formation préalable dispensée par les coordonnateurs de la CTA du projet, au niveau du siège à Antananarivo, la plupart des MGC ont pu exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes. La formation préalable est justifiée et mérite d'être enrichie et améliorée. Les suggestions des MGC pour l'amélioration de ces formations préalables des MGC sont les suivantes.

1. Aborder des thèmes tels que :
 - ☞ Comment s'adapter dans un contexte de travail isolé en milieu rural : sur le plan psychologique, sur le plan technique et sur le plan communicationnel,
 - ☞ l'extraction dentaire,
 - ☞ la réanimation,
 - ☞ les urgences gynéco obstétriques,
 - ☞ Les maladies infectieuses endémo épidémiques.
2. Préparation psychologique et morale du MGC afin qu'il puisse avoir une vision à long terme et de ce fait penser à la pérennisation de ses activités ;
3. Stages d'imprégnation dans un CSB public ou dans un site MGC performant.

Chaque MGC n'a pas bénéficié des mêmes formations. C'est ainsi que d'autres besoins de formation ont été formulés. Les thèmes suivants sont expressément demandés :

- ☞ Les nouveautés thérapeutiques ;
- ☞ La petite chirurgie, et les techniques d'abord veineux ;
- ☞ La réanimation, particulièrement la réanimation néonatale ;
- ☞ La planification familiale particulièrement l'Implanon ;
- ☞ Les urgences médicales, pédiatriques, gynéco obstétriques ;
- ☞ Les grandes pathologies en cardiologie ;
- ☞ Quelques notions de laboratoire : hématologie et parasitologie ;
- ☞ Les maladies infectieuses dont la tuberculose ;
- ☞ La gestion d'un CSB2 ou d'un dispensaire.

La plupart (85%) des MGC souhaitent des supervisions beaucoup plus fréquentes. Deux médecins sur les 13 enquêtés n'en veulent pas surtout si elles viennent du secteur public ou s'il s'agit des mêmes superviseurs. Ils souhaitent des supervisions de la part du projet Santé Sud

(9/13), du Médecin Inspecteur (3/13) ou d'ONG qui peut appuyer ou un autre projet de développement. Un MGC a expressément formulé son vœu de ne recevoir aucun superviseur émanant du secteur public. Le rythme actuel d'une supervision d'au moins une fois tous les six mois pendant les trois premières années d'installation des cabinets de MGC mérite d'être amélioré. Pour ce faire, la CTA se doit de disposer des moyens et ressources nécessaires et suffisants, tant du point de vue financière que logistique et humaine. Ce rythme permettra un bon suivi des réalités de l'évolution des cabinets de MGC et d'apporter les appuis / conseils nécessaires en temps opportun.

Près des trois quarts (**70 %**) des MGC enquêtés pensent qu'ils auraient pu s'installer sans les équipements et les matériels de base fournis par le Projet Santé Sud car ils possédaient du matériel avant leur installation. En revanche, **46 %** des MGC pensent ne pas pouvoir exercer de façon acceptable si les équipements et les matériels de base sont entièrement à leurs charges. Selon l'avis des **70%** des MGC enquêtés, un médecin qui compte s'installer dans une situation comme la leur ne devrait pas s'aventurer à emprunter pour acquérir les matériels si ceux-ci sont complètement à leur charge. L'incertitude sur la faculté de remboursement est grande. En effet, les recettes ne sont ni assurées ni régulières. Cependant un autre tiers (31%), le prêt bancaire est envisageable si la zone où le médecin compte s'installer a une forte potentialité économique, s'il n'y a pas de concurrence ou si le nombre des habitants est assez élevé. Le délai de remboursement peut être négocié en vue d'un rallongement (> 5 ans). Sinon, le médecin peut toujours tenter sa chance auprès des systèmes de **micro finances** existants (CECAM, OTIV).

En vue de la pérennisation du projet, mis à part un médecin qui n'a pas voulu donner son avis, 192% des MGC interrogés acceptent de contribuer par un apport financier à la mise en place d'un fonds de solidarité collective. Certains préfèrent affecter un pourcentage de leurs recettes totales de l'année à ce fonds, d'autres penchent plutôt pour un montant forfaitaire fixé à l'avance. Pour les adeptes des prélèvements par pourcentage, les chiffres varient de 1% à 10% des recettes totales avec un mode à 5%. Les partisans des montants forfaitaires proposent des chiffres allant de Ar 10.000 par an à Ar 100.000 par an avec une moyenne à Ar 29.166 par an. Une gestion saine, sérieuse et transparente est avancée comme la condition de son adhésion.

XXI- BIBLIOGRAPHIES

- 1-** Jean-Pierre d'Altilia, Jean-Pierre de Lamaille, Paul De Caluwé, Isaline Greindl, Frédérick Lecharlier, Alain Wodon.
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE, 2^{ème} édition, *L'Harmattan*, Première partie : Principes généraux (pages 23 et 27)

- 2-** Mills A., Vaughan J. P., Smith D. L., Tabibzadeh I.
LA DECENTRALISATION DES SYSTEMES DE SANTE .
Organisation Mondiale de la Santé , Genève, 1991

- 3-** Jamison D.T., Braman J.G., Measham A.R., Alleyne G., Claeson M., Evans D.B., Jha P., Mills A., Musgrove P.
Priorités en matière de santé.
Banque Mondiale, Washington, 2006 ; (6) : 144

- 4-** Madagascar Action Plan (MAP)

XXII- EVALUATEURS DU PROJET

1. Experts seniors :

- **RANJALAHY-RASOLOFOMANANA Justin**, Professeur Titulaire
Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire
- **Serge GOTTOT**, Professeur
Coordonnateur du Réseau de recherche en santé des populations et du centre de promotion de la santé (INSPC)

2. Experts juniors :

- **RANDRIANARIVO-SOLOFONIAINA Armand Eugène**
Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur (INSPC)
- **RAKOTOARISON Norohasina**
Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur (INSPC)
- **ANDRIANIRINARISON Jean Claude**
Médecin de santé publique et communautaire, Chercheur