

SOMMAIRE

| | PAGES |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'INFRASTRUCTURE DU SYSTEME DE SANTE | |
| 1. Principales composantes de l'infrastructure du système de santé..... | 3 |
| 1.1. La production des ressources..... | 3 |
| 1.2. La structure organisationnelle..... | 3 |
| 1.3. La gestion..... | 4 |
| 1.4. L'appui économique..... | 5 |
| 1.5. La prestation des services..... | 5 |
| 2. Planification du personnel de santé..... | 6 |
| 2.1. Corrélations entre système de santé et développement du personnel..... | 6 |
| 2.2. Politique nationale des personnels de santé..... | 6 |
| 2.3. Situation existante des personnels de santé..... | 8 |
| 2.4. Méthodes de planification des personnels de santé..... | 9 |
| 2.4.1. Méthode inspirée de l'économie de marché..... | 9 |
| 2.4.2. Méthode des délais des effectifs..... | 10 |
| 2.4.3. Méthode normative..... | 10 |
| 2.5. Recherche sur les personnels de santé..... | 10 |
| 3. Production du personnel de santé..... | 10 |
| 3.1. Le système d'éducation général..... | 11 |
| 3.2. Les établissements chargés de la formation des personnels de santé..... | 11 |
| 4. Gestion du personnel de santé..... | 14 |
| 4.1. L'autorisation d'exercer..... | 14 |
| 4.2. Les conditions de travail..... | 14 |
| 4.3. Les fonctions du personnel..... | 15 |
| 4.3.1. Recrutement et affectation..... | 15 |

| | |
|---|----|
| 4.3.2. Description de poste..... | 15 |
| 4.3.3. Supervision et consultation..... | 16 |
| 4.3.4. Surveillance de la qualité du travail professionnel..... | 16 |
| 4.4. L'administration du personnel..... | 16 |
| 4.4.1. Traitements et augmentations..... | 16 |
| 4.4.2. Promotion et mobilité de carrière..... | 17 |
| 4.4.3. Primes d'ancienneté..... | 17 |
| 4.4.4. Formation continue..... | 17 |
| 4.4.5. Satisfaction au travail..... | 18 |
| 4.5. Les organismes de sécurité sociale..... | 18 |
| 4.6. Le secteur privé..... | 18 |
| 4.7. Le commentaire général..... | 19 |

DEUXIEME PARTIE :
EVALUATION DES STRATEGIES DU DEVELOPPEMENT
DU PERSONNEL A L'ONG SANTE SUD

| | |
|--|-----------|
| 1. Cadre d'étude..... | 20 |
| 1.1. L'ONG « Santé Sud »..... | 20 |
| 1.2. La délégation locale Santé Sud Madagascar..... | 20 |
| 1.2.1. Objectifs du projet..... | 20 |
| 1.2.2. Zone d'action..... | 20 |
| 1.2.3. Organisation de « Santé Sud » à Madagascar..... | 22 |
| 2. Méthodologie..... | 23 |
| 2.1. Type d'étude..... | 23 |
| 2.2. Période et durée d'étude..... | 23 |
| 2.3. Population d'étude..... | 23 |
| 2.3.1. Critères d'inclusion..... | 23 |
| 2.3.2. Critères d'exclusion..... | 23 |
| 2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon..... | 23 |
| 2.5. Recueil des données..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6. Saisie et traitement..... | 24 |
| 2.7. Limite et éthique..... | 24 |
| 2.8. Paramètres d'étude..... | 24 |
| 3. Résultats..... | 26 |
| 3.1. Politique de santé..... | 26 |
| 3.2. Nombre de médecins..... | 26 |
| 3.3. Répartition..... | 27 |
| 3.3.1. Selon la tranche d'âge..... | 27 |
| 3.3.2. Selon le genre..... | 28 |
| 3.3.3. Selon la situation matrimoniale..... | 29 |
| 3.3.4. Selon la situation professionnelle des conjoints..... | 30 |
| 3.3.5. Selon le lieu d'affection..... | 31 |
| 3.4. Critères de choix des sites..... | 32 |
| 3.5. Offre de service..... | 33 |
| 3.6. Motivations des médecins..... | 34 |
| 3.7. Obligations..... | 35 |
| 3.8. Système de financement..... | 36 |
| 3.9. Cadre de fonctionnement de l'ONG « Santé Sud »..... | 37 |

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

| | |
|--|-----------|
| 1. Commentaires et discussions..... | 38 |
| 1.1. Caractéristiques des médecins « Santé Sud »..... | 38 |
| 1.1.1. Tranches d'âge et genre..... | 38 |
| 1.1.2. Situation matrimoniale et situation professionnelle des conjoints ou conjointes..... | 38 |
| 1.2. Lieu d'affectation..... | 39 |
| 1.3. Critères de choix des sites..... | 40 |
| 1.4. Offre de service..... | 40 |
| 1.5. Motivation des médecins..... | 41 |

| | |
|--|---------------|
| 1.6. Obligations des médecins..... | 42 |
| 1.7. Faits marquants..... | 42 |
| 2. Suggestions..... | 43 |
| 2.1. Participation active des médecins « candidats » au choix des sites..... | 43 |
| 2.1.1. Objectif..... | 43 |
| 2.1.2. Stratégies..... | 43 |
| 2.2. Gestion améliorée du personnel..... | 44 |
| 2.2.1. Objectif..... | 44 |
| 2.2.2. Stratégies..... | 44 |
| CONCLUSION..... | 46 |
| BIBLIOGRAPHIE | |

LISTE DES TABLEAUX

| N° D'ORDRE | INTITULE | PAGES |
|--------------|---|-------|
| Tableau 1 : | Principaux types de personnel de santé..... | 8 |
| Tableau 2 : | Nombre de médecins et taux par rapport à la politique en 19... par province..... | 9 |
| Tableau 3 : | Etablissements de formation des personnels de santé de niveau universitaire, 19..... | 12 |
| Tableau 4 : | Etablissements de formation des personnels de santé de niveau non universitaire, 19..... | 13 |
| Tableau 5 : | Les éléments de base de la politique de « Santé Sud » et ceux du Ministère chargé de la Santé..... | 26 |
| Tableau 6 : | Répartition des médecins « Santé Sud » selon la tranche d'âge... | 27 |
| Tableau 7 : | Répartition des médecins « Santé Sud » selon l'âge et le sexe..... | 28 |
| Tableau 8 : | Répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation matrimoniale..... | 29 |
| Tableau 9 : | Répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation professionnelle des conjoints..... | 30 |
| Tableau 10 : | Répartition des médecins « Santé Sud » selon le lieu d'affection. | 31 |
| Tableau 11 : | Les critères de choix des lieux d'implantation des centres de santé..... | 32 |
| Tableau 12 : | Les services offerts au niveau du centre de santé..... | 33 |
| Tableau 13 : | Les motivations offertes aux médecins « Santé Sud »..... | 34 |
| Tableau 14 : | La part de responsabilité des médecins « Santé Sud »..... | 35 |
| Tableau 15 : | Les bailleurs de fonds et partenaires des projets « Santé Sud ».... | 36 |

LISTE DES FIGURES

| N° D'ORDRE | INTITULE | PAGES |
|------------|--|-------|
| Figure 1 : | Modèle de l'infrastructure d'un système de santé..... | 4 |
| Figure 2 : | Développement des personnels et des systèmes de santé..... | 7 |
| Figure 3 : | Zones d'action de Santé Sud..... | 21 |
| Figure 4 : | Organigramme de Santé Sud à Madagascar..... | 22 |
| Figure 5 : | Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon la tranche d'âge..... | 27 |
| Figure 6 : | Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon le genre..... | 28 |
| Figure 7 : | Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation matrimoniale..... | 29 |
| Figure 8 : | Diagramme de la répartition des conjoints des médecins « Santé Sud » selon leur profession..... | 30 |
| Figure 9 : | Schéma du cadre de fonctionnement de l'ONG santé Sud..... | 37 |

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

| | |
|--------------|--|
| AFD | : Agence Française pour le Développement |
| ESF | : Electricité Sans Frontière |
| CEG | : Collège d'Enseignement Général |
| CSB1 | : Centre de Santé de Base niveau 1 |
| CSB2 | : Centre de Santé de Base niveau 2 |
| CPN | : Consultation Prénatale |
| DRS | : Direction Régionale de la Santé |
| DS | : District de Santé |
| FCIL | : Fond Canadien d'Initiative Locale |
| IEC | : Information, Education et Communication |
| INSPC | : Institut National de Santé Publique et Communautaire |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |
| RMA | : Rapport Mensuel d'Activités |
| km | : kilomètre |
| < | : inférieur à |
| > | : supérieur à |
| % | : pourcentage |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le processus de développement du personnel de santé est étroitement lié à tous les aspects d'un système de santé. Une étude globale de tous les aspects du processus de développement du personnel de santé dans un pays devrait être étroitement associée aux investigations concernant les soins de santé primaires, les stratégies de santé pour tous, les politiques et programmes de nature similaire dont elle formerait un volet complémentaire (1).

La présente étude intitulée « Evaluation des stratégies de développement du personnel de santé auprès de l'« ONG Santé Sud » a pour principal objectif d'apprécier l'adéquation du déploiement des formations sanitaires et du personnel de santé vis-à-vis des besoins de santé de la population. Il s'agit de décrire et d'analyser :

- la politique de l'ONG en matière de développement du personnel de santé, en relation avec la politique sanitaire globale du pays ;
- les plans en matière de personnels de santé ;
- la gestion de tous les types de personnels de santé à chaque niveau administratif ;
- les résultats, les tendances et les problèmes afférents au processus de développement du personnel de santé ; et les moyens par lesquels l'ONG compte résoudre ses problèmes, en particulier les stratégies de substitution qui peuvent être recommandées pour la solution des problèmes prioritaires ;
- et la façon dont le Ministère chargé de la Santé et d'autres institutions intéressées, nationales, internationales pourraient collaborer pour améliorer les activités de développement du personnel.

La connaissance du contexte dans lequel fonctionne un système de santé exige l'accès à certaines informations de base concernant le secteur à desservir : la géographie, la population, la situation socio-économique et sanitaire.

Le plan de notre étude comprend trois parties principales :

- les généralités sur l'infrastructure du système de santé,
- notre étude proprement dite sur l'évaluation des stratégies du développement du personnel à l'ONG « Santé Sud »,
- les commentaires et suggestions.

**PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR L'INFRASTRUCTURE
DU SYSTEME DE SANTE**

GENERALITES SUR L'INFRASTRUCTURE DU SYSTEME DE SANTE

1. PRINCIPALES COMPOSANTES DE L'INFRASTRUCTURE DU SYSTEME DE SANTE

Dans tous les cas, l'infrastructure du système de santé comporte cinq grandes composantes comme l'indique le modèle reproduit à la figure 1. Chacune des composantes regroupe un certain nombre d'éléments, y compris diverses parties du processus de développement du personnel de santé :

1.1. La production des ressources

Elle comprend :

- le personnel de santé,
- les équipements,
- les produits y compris les médicaments,
- les connaissances et les technologies.

Il faut inclure dans cette composante les instituts de formation du personnel de santé, ainsi que les organismes chargés de la mise en place des équipements.

1.2. La structure organisationnelle (2)(3)(4)

Elle comprend :

- le Ministère chargé de la Santé ;
- les autres organismes publics ayant des responsabilités en matière de santé comme la sécurité sociale, le Ministère de l'Education, les organismes bénévoles ou ONG qui oeuvrent dans le domaine de la santé, les entreprises privées ayant des programmes de santé, et le secteur privé des soins de santé.

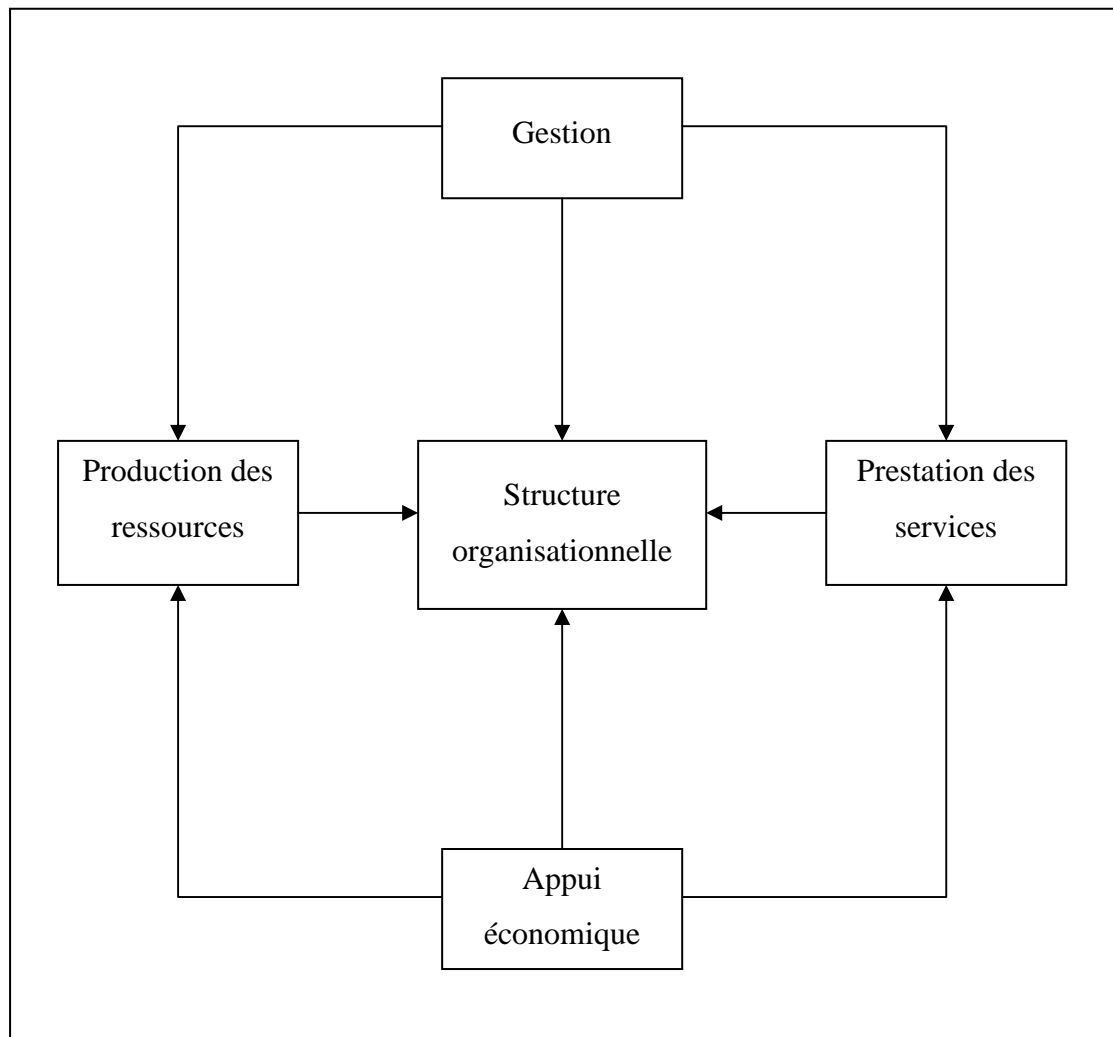


Figure 1 : Modèle de l'infrastructure d'un système de santé (4).

1.3. La gestion

Elle comprend :

- la planification de la santé ;
- l'administration y compris la supervision, la délégation de pouvoirs, la coordination ;
- les systèmes et mécanismes d'information ;
- la réglementation sur les médicaments et les autorisations d'exercer ;
- l'évaluation des activités sanitaires.

1.4. L'appui économique

L'appui économique comprend :

- les sources des fonds affectés à la santé comme les recettes publiques et les fonds provenant de l'assurance sociale, des organismes de bienfaisance, des assurances volontaires, des entreprises commerciales privées, des individus et des familles ;
- la part du budget de l'Etat affecté à la santé, ainsi que les modalités de la répartition des crédits disponibles entre les soins tertiaires, secondaires et primaires, et/ou les soins hospitaliers et ambulatoires et le personnel de santé.

1.5. La prestation des services

Elle comprend :

- les structures des soins primaires, secondaires et tertiaires ;
- les soins destinés à des groupes spéciaux de la population ou les soins visant des maladies particulières (maladies mentales, tuberculose) ;
- l'accès aux soins de santé ;
- la couverture sanitaire de la population.

Ces cinq composantes ont toutes des incidences sur le développement des personnels de santé. La formation de toutes les catégories de personnel est un élément essentiel de la production des « ressources ». La gestion du personnel de santé qui relève de la « structure organisationnelle » est capitale pour le fonctionnement de tous les programmes organisés ainsi que pour le secteur privé.

Les services du secteur privé ne sont pas « organisés » au sens habituel du terme, mais ils sont régis par l'offre, la demande, les prix et théoriquement la concurrence. Dans un grand nombre de pays en développement ainsi que dans certains pays développés, le secteur privé est d'une ampleur considérable, absorbant plus de la moitié du total des dépenses nationales de santé.

La dimension et l'importance du secteur privé sont, en principe, inversement proportionnelles à celles des programmes gouvernementaux de santé. Si ces derniers sont bien organisés, le marché des services de santé privés est forcément restreint.

En revanche, s'il y a carence des services publics, la population cherche nécessairement à obtenir des soins auprès du secteur privé, lequel tend à gagner en ampleur. Dans un grand nombre de pays en développement, la médecine traditionnelle occupe aussi une place importante.

2. PLANIFICATION DU PERSONNEL DE SANTE (5)(6)(7)

2.1. Corrélations entre système de santé et développement du personnel

Avant d'aborder d'autres aspects du développement du personnel de santé, il est utile d'examiner un modèle du processus dans son intégralité. Ce processus peut être représenté sous une forme simplifiée, englobant toutes les catégories de personnels de santé, par le schéma de la figure 2. La planification des personnels de santé constitue la base de la production ou de la formation du personnel, les diplômés étant ensuite utilisés et gérés dans les services de santé.

Logiquement, le processus de développement des personnels de santé a pour stade initial la planification de ces personnels. Quelques questions demandent à être répondues.

Existe-t-il une politique nationale explicite de la santé et comprend-elle une politique du personnel de santé ? Ces politiques sont-elles définies par des textes législatifs ? Il est essentiel pour la planification des personnels de connaître les types et les effectifs de toutes les catégories de personnels de santé, du pays et leur répartition.

2.2. Politique nationale des personnels de santé

Pour qu'une orientation précise puisse être donnée aux activités de développement des personnels de santé, il importe que les responsables de la santé formulent avec clarté, la politique nationale de santé, ses objectifs, ses priorités, ses grandes lignes. Ces exposés de la politique sanitaire doivent formuler explicitement des objectifs, des grandes directives et des priorités en matière de développement des personnels de santé. De plus, il faut évaluer ce que coûterait la réalisation de ces objectifs et voir si elle est à la portée du pays.

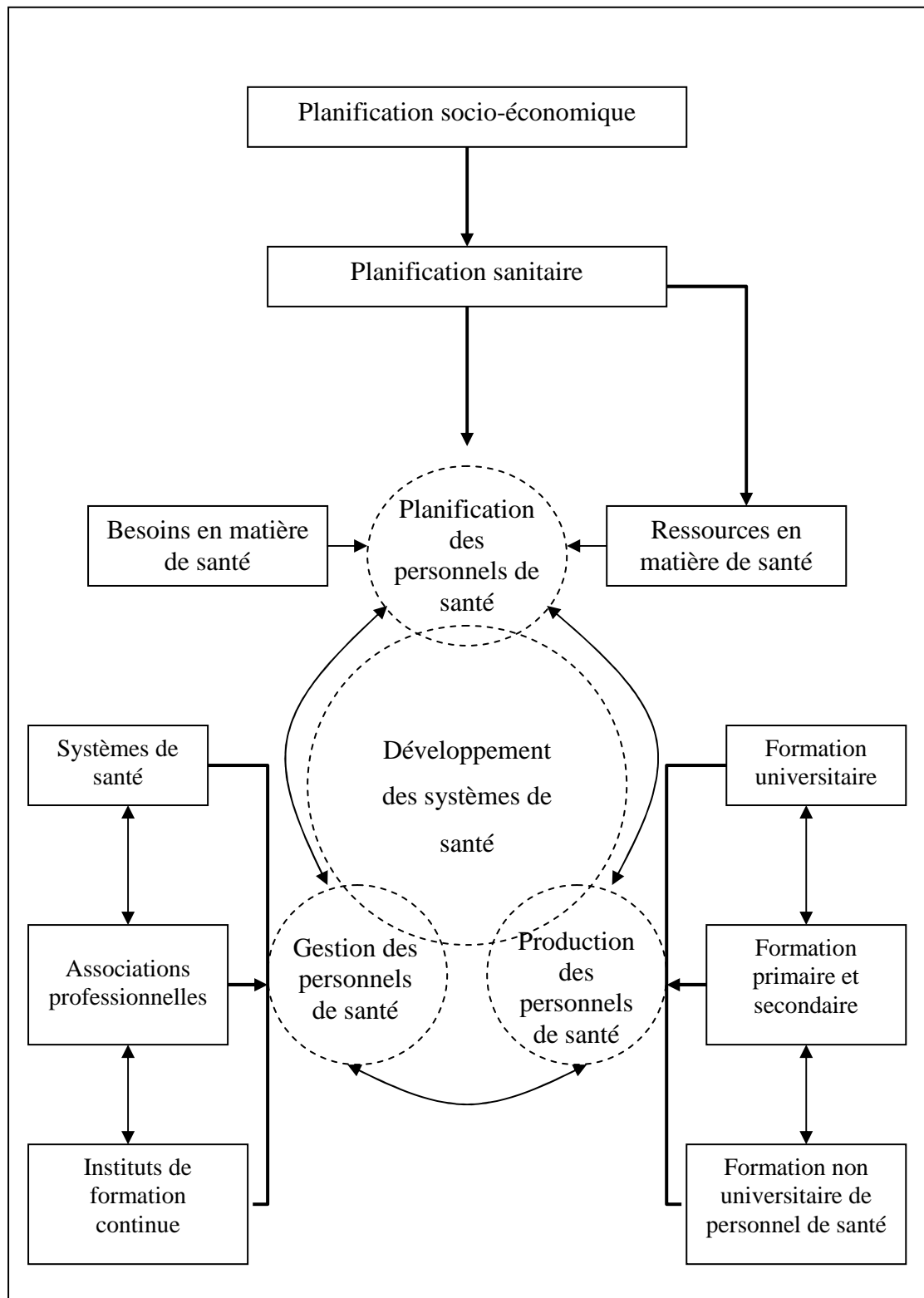


Figure 2 : Développement des personnels et des systèmes de santé : relations interinstitutionnelles et avec quelques-uns des organismes nationaux concernés (7).

Les responsables nationaux de la santé ont-ils adopté l'objectif de la santé pour tous sur la base des soins de santé primaires ? Dans l'affirmative, les politiques de développement des personnels de santé sont-elles compatibles avec les stratégies qui permettent d'atteindre cet objectif ?

2.3. Situation existante des personnels de santé (8)(9)(10)

Il est indispensable pour la planification des personnels de santé, de connaître la situation existante. Les catégories et les effectifs de tous les agents de santé qui travaillent dans les pays représentent l'aboutissement d'opérations antérieures de développement des personnels de santé (tableau 1).

Tableau 1 : Principaux types de personnel de santé : effectifs et taux par rapport à la population pour l'année la plus récente, pour laquelle des données sont disponibles (10).

| Type de personnel | Année | Effectifs | Taux par 100.000 habitants |
|---|-------|-----------|----------------------------|
| - Médecins | | | |
| - Dentistes | | | |
| - Pharmaciens | | | |
| - Infirmiers | | | |
| - Sages-femmes | | | |
| - Techniciens de laboratoire | | | |
| - Techniciens de radiologie | | | |
| - Physiothérapeutes | | | |
| - Nutritionnistes | | | |
| - Agents d'assainissement | | | |
| - Agents de santé communautaire | | | |
| - Divers : tels que agents administratifs, secrétaires, personnel d'appui, personnel de maintenance, etc... | | | |

Il faudrait, dans la mesure du possible, recueillir pour chaque catégorie de personnel d'autres données permettant de se faire une idée du déploiement des effectifs dans le système de santé. C'est ainsi que le tableau 2 indique la façon dont les effectifs de médecins se répartissent entre les différentes régions d'un pays. La plupart des pays présentent des disparités marquées dans la répartition des personnels de santé entre les zones urbaines et les zones rurales.

Tableau 2 : Nombre de médecins et taux par rapport à la politique en 19...
par région (10).

| Région | Nombre | Taux par 100.000 habitants |
|----------------------------|--------|-------------------------------|
| A | | |
| B | | |
| C | | |
| D | | |
| E | | |
| F | | |
| G | | |
| Total (toutes les régions) | | |

2.4. Méthodes de planification des personnels de santé

Il existe différentes méthodes de planification des personnels de santé.

2.4.1. Méthode inspirée de l'économie de marché

Elle se fonde sur les estimations de la demande de personnels de santé dans le pays, par exemple la demande du Ministère chargé de la Santé et des autres programmes d'ONG, ou celle du secteur privé.

2.4.2. Méthode des délais des effectifs

Elle consiste à définir certains objectifs visant à produire dans certains délais (un an ou cinq ans), des effectifs dépassant l'offre courante d'un certain pourcentage de 5 à 10% par exemple. Un pays dans lequel on compte 50 infirmières pour 100.000 habitants pourrait envisager de porter ce rapport à 55 p.100.000 en 5 ans.

2.4.3. Méthode normative

On applique des critères ou des normes qui ont été établies de façon plus ou moins systématique. Les critères peuvent se fonder sur une détermination empirique du nombre de médecins, d'infirmières ou d'autres agents de santé nécessaires. Lorsqu'un critère a été adopté, il peut constituer un objectif en fonction duquel seront orientés les programmes de formation.

2.5. Recherche sur les personnels de santé

La recherche sur les personnels de santé peut être à la fois descriptive et analytique. Une enquête pourra avoir pour objet, par exemple, de déterminer le nombre d'accoucheuses traditionnelles dans une région, ainsi que les actes précis qu'elles accomplissent lors de l'accouchement.

La recherche peut être aussi expérimentale ou évaluative et comparée, c'est-à-dire procéder à des comparaisons entre les résultats obtenus par des agents de santé communautaire dont les activités ont une portée très variable selon les régions. Dans ce dernier cas, l'évaluation peut se fonder sur divers critères, tels que la couverture de la population, le degré de satisfaction des patients ou le coût des prestations.

3. PRODUCTION DU PERSONNEL DE SANTE (11)(12)(13)

L'élément principal du développement des personnels de santé est la production, c'est-à-dire la formation de ces personnels.

3.1. Le système d'éducation général

La structure et la teneur des systèmes d'éducation varient d'un pays à l'autre. Pour éviter toute confusion concernant la formation théorique que les divers types de personnels doivent posséder, chaque pays devra indiquer la séquence et la durée des études (en années), aux niveaux primaire, secondaire et éventuellement moyen, ainsi que les périodes éventuelles de préparation spéciale aux études universitaires.

3.2. Les établissements chargés de la formation des personnels de santé

La formation des personnels de santé consiste en différents types d'établissements et de programmes d'enseignement. Certains d'entre eux sont intégrés à une université, d'autres sont étroitement associés à un hôpital ou à certains types de services de soins ambulatoires. Certaines écoles relèvent du secteur public, d'autres du secteur privé.

Il est pratique de dresser l'inventaire en présentant séparément les établissements de niveau universitaire et les autres. Les tableaux 3 et 4 présentent des modèles pour le recensement des établissements de ces 2 types. Dans ces deux tableaux, les établissements sont classés selon leur caractère public ou privé. Les établissements du secteur public peuvent dépendre de différents organes gouvernementaux : Ministère de l'Education, Ministère de la Santé, Ministère de la Défense (écoles de formation des personnels de santé militaires). Les écoles privées sont, ou non, à but lucratif, quelquefois associées à une église ou à une fondation philanthropique.

Tableau 3 : Etablissements de formation des personnels de santé de niveau universitaire, 19... (13).

| Discipline ou type de personnel formé | Durée de la formation (années) | Nombre d'établissements | Nombre annuel de diplômés |
|---|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| | | Publics, Privés, Total | |
| - Médecine | | | |
| - Dentisterie ou stomatologie | | | |
| - Pharmacie | | | |
| - Soins infirmiers de base | | | |
| - Soins infirmiers supérieurs | | | |
| - Technologie à spécifier | | | |
| - Physiothérapie | | | |
| - Génie sanitaire | | | |
| - Administration sanitaire | | | |
| - Autres disciplines de santé publique | | | |
| - Travailleurs médico-sociaux | | | |
| - Autres à spécifier | | | |

Dans certains cas, un même établissement, de niveau universitaire ou non, offre un enseignement à deux ou plusieurs catégories de personnels de santé. Il existe par exemple des écoles qui forment à la fois des infirmières, des hygiénistes dentaires, des techniciens de laboratoire, des diététiciens, ...etc.

Tableau 4 : Etablissements de formation des personnels de santé de niveau non universitaire, 19... (13).

| Type de personnel formé | Durée de la formation (années) | Nombre d'établissements | Nombre annuel de diplômés |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| | | Publics, Privés, Total | |
| - Infirmières diplômées | | | |
| - Sages-femmes | | | |
| - Aides infirmières | | | |
| - Aides sages-femmes | | | |
| - Aides pharmaciens | | | |
| - Hygiénistes dentaires | | | |
| - Assistants dentaires | | | |
| - Techniciens dentaires | | | |
| - Opticiens ou optométristes | | | |
| - Techniciens : | | | |
| * de laboratoire | | | |
| * de radiologie | | | |
| - Physiothérapeutes | | | |
| - Techniciens de : | | | |
| * l'assainissement | | | |
| * niveau supérieur | | | |
| * niveau inférieur | | | |
| - Diététiciens | | | |
| - Préposés à l'archivage médical | | | |
| - Assistants administratifs | | | |
| - Autres à spécifier | | | |

4. GESTION DU PERSONNEL DE SANTE (14)(15)(16)

La gestion des personnels de santé suppose que ces personnels sont employés d'une manière compatible avec leurs aptitudes et leurs compétences, et dans des conditions qui favorisent l'efficacité. Elle englobe également la répartition géographique des personnels de santé et leur déploiement en rapport avec la densité de population et avec les besoins des habitants en services de santé.

Les aspects à considérer dans l'organisation des programmes de santé sont notamment les suivants :

- conditions de travail satisfaisantes,
- définition des tâches à accomplir par chaque catégorie de personnel,
- politiques de personnel pertinentes.

4.1. L'autorisation d'exercer

Dans tous les pays, il existe des dispositions législatives ou réglementaires auxquelles les personnels de santé qui viennent d'être formés doivent satisfaire avant de recevoir l'autorisation d'exercer, dispositions dont les détails varient d'un pays à l'autre.

Les prescriptions légales relatives à l'autorisation d'exercer ont tendance à être particulièrement rigoureuses pour certaines disciplines comme la médecine, la dentisterie, les soins infirmiers ou la pharmacie. Certains pays exigent le renouvellement périodique, généralement annuel de l'autorisation d'exercer, ce qui permet d'obtenir des renseignements à jour sur les ressources en personnels de santé, une fois opérés les ajustements nécessaires pour tenir compte des décès, des départs à la retraite ou des émigrations.

4.2. Les conditions de travail

Il faut déterminer les conditions de travail :

- des médecins de différents niveaux,
- du personnel infirmier de différents grades,

- des techniciens de laboratoire et de radiologie,
- des autres catégories de personnels.

Les médecins travaillent-ils tous à plein temps en milieu hospitalier ou certains d'entre eux ont-ils des horaires leur permettant de se livrer à d'autres activités (exercer en clientèle privée, par exemple) ? Comment sont-ils organisés ? Existe-t-il une hiérarchie de l'autorité à tous les niveaux de l'hôpital ? Quelle est la durée de la journée ou de la semaine de travail, et les médecins assurent-ils une garde en dehors de leurs heures de travail ? Existe-t-il un système de roulement pour les services de nuit et les fins de semaine ?

Il faudrait rassembler des données analogues sur les conditions de travail des personnels infirmiers de différents grades. Il peut y avoir des différences importantes entre les horaires et les conditions de travail, de logement... etc.

4.3. Les fonctions du personnel

Les fonctions précises de toutes les catégories des personnels de santé dépendent du lieu de travail et du poste occupé. Certaines caractéristiques communes à la gestion de tous les types de personnes sont notamment :

4.3.1. *Recrutement et affectation*

Les informations importantes sont en rapport avec les questions suivantes :

Comment sont recrutés les médecins, les membres du personnel infirmier et ceux des autres personnels ? Les postes font-ils l'objet d'avis de vacance largement publiés pour que toutes les personnes qualifiées puissent poser leur candidature ? Peut-on penser qu'il existe un certain népotisme ou d'autres méthodes de sélection inadéquates ? Existe-t-il des dispositions particulières pour répondre aux besoins en personnels des zones rurales, ou pour assurer une rotation dans les postes considérés comme attractifs ?

4.3.2. *Description de poste*

Les descriptions de poste détaillées sont des éléments de base, non seulement pour les projections concernant les personnels et l'élaboration des

politiques de formation à tous les niveaux, mais aussi pour la gestion des programmes de supervision, d'évaluation des performances, d'aménagement des carrières.

Des descriptions de poste ne peuvent quasiment jamais atteindre une précision absolue. Un personnel polyvalent comme les médecins et les infirmières peut avoir à faire face à de nombreuses situations imprévues.

4.3.3. *Supervision et consultation*

Tous les programmes de santé organisés exigent un certain degré de supervision et de consultation. Un des grands problèmes du secteur privé vient de ce que le praticien, qu'il exerce la médecine moderne ou la médecine traditionnelle, est généralement isolé et ne fait l'objet d'aucune supervision. La supervision ne doit être ni automatique, ni oppressive, mais doit plutôt tendre à aider, à former et à soutenir.

4.3.4. *Surveillance de la qualité du travail professionnel*

Dans une organisation qui emploie de nombreux personnels de santé, il est nécessaire d'avoir une procédure de surveillance de la qualité du travail professionnel des travailleurs individuels. Il peut être utile d'avoir des normes de performance explicites. On peut parfois se borner à surveiller le travail professionnel en prenant note des plaintes émanant des patients ou des critiques faites par d'autres observateurs.

4.4. L'administration du personnel (17)(18)(19)

Les mesures relatives à l'administration du personnel sont différentes selon les catégories de personnel auxquelles elles s'appliquent, mais on peut les examiner en termes généraux, sous cinq angles principaux :

4.4.1. *Traitements et augmentations*

Quel est le barème des traitements des grandes catégories de personnel (médecins généralistes et spécialistes, personnel infirmier de grades différents) ? Comment ces traitements se comparent-ils avec la rémunération de la même

profession dans le secteur privé ? On se renseignera de préférence sur les traitements appliqués en début de carrière, puis sur les augmentations au mérite ou à l'ancienneté.

4.4.2. *Promotion et mobilité de carrière*

Mis à part les modalités normales d'avancement, les promotions sont-elles fréquentes ? Dans des domaines tels que les soins infirmiers et les activités de santé communautaires, un individu motivé a-t-il la possibilité d'entreprendre des études complémentaires et, par la suite, d'accéder à un grade supérieur ? Du point de vue de la mobilité des carrières, le Ministère chargé de la Santé considère-t-il qu'un certain nombre d'années d'expérience équivaut à une formation universitaire ? Le personnel peut-il changer de catégorie professionnelle en faisant de nouvelles études : un aide-dentiste par exemple, peut-il devenir dentiste ?

4.4.3. *Primes d'ancienneté*

Du point de vue de l'efficacité, une organisation a intérêt à ce que les personnes qui ont appris à bien s'acquitter d'une tâche reste longtemps en poste. Un taux élevé de renouvellement du personnel entraîne des gaspillages. Existe-t-il une sécurité de l'emploi sous forme de titularisation après un certain nombre d'années de service satisfaisant ? Le Ministère assure-t-il à ses agents des indemnités et avantages divers :

- pensions,
- congés,
- soins de santé ou assurance-maladie,
- indemnités pour incapacité...etc ?

Ces avantages existent parfois pour tous les emplois dans un pays mais, en l'absence d'un régime national de sécurité sociale, les employés du Ministère en bénéficient-ils ? Existe-t-il des prestations plus complètes que celles du régime de sécurité sociale ?

4.4.4. *Formation continue*

Le personnel du Ministère chargé de la Santé a-t-il la possibilité de suivre régulièrement une formation continue ? Les médecins, infirmières, pharmaciens et

autres membres du personnel sont-ils autorisés à s'absenter pendant un certain temps pour entreprendre de nouvelles études tout en continuant à être rémunérés en totalité ou en partie ? Existe-t-il une politique nationale de formation continue instituant des cours périodiques de recyclage pour toutes les catégories de personnel de santé, et existe-t-il des dispositions qui incitent ces personnels à poursuivre pendant toute leur carrière une formation en cours d'emploi ?

4.4.5. *Satisfaction au travail*

Il peut exister pour la satisfaction au travail des indicateurs indirects comme le taux de renouvellement du personnel ou la fréquence avec laquelle celui-ci exprime des griefs. L'insatisfaction au travail peut se traduire de diverses manières :

- arrivées tardives,
- pauses trop longues,
- manque de zèle.

A-t-on jamais enquêté à ce sujet ?

4.5. Les organismes de sécurité sociale

Dans de nombreux pays, des organismes de sécurité sociale gèrent un service de santé complet destiné à certains groupes de la population. Ces organismes n'émargent pas au budget ordinaire de l'Etat, et ils peuvent utiliser les fonds dont ils disposent, soit pour acheter des prestations de santé à des pourvoyeurs privés (ce qui se pratique couramment dans les pays développés), soit pour entreprendre directement des programmes de santé avec leur propre personnel et leurs propres installations, solution qui est généralement adoptée dans les pays en développement.

4.6. Le secteur privé

Le secteur privé est assez important dans un grand nombre de pays développés et en développement. Dans ces derniers, et même lorsque la plupart des médecins sont attachés au service de santé publique, ils peuvent aussi exercer en

clientèle privée en dehors de leurs horaires officiels. Les principales composantes du secteur privé qu'il faut examiner particulièrement sont la médecine, la dentisterie et la pharmacie.

4.7. Le commentaire général

L'examen de la gestion du personnel de santé dans un pays suscite des grandes questions auxquelles il faut essayer de répondre :

- Existe-t-il des pénuries ou des excédents patents de certaines catégories de personnel de santé par rapport aux besoins ?
- Les traitements et les conditions de travail sont-ils suffisamment attractifs pour que le personnel accepte d'être affecté à certains postes dans l'intérêt général de la population ?
- Les responsabilités sont-elles judicieusement réparties au sein des hôpitaux relevant du Ministère de la Santé ?
- Existe-t-il une procédure ordinaire de circulation des informations concernant la gestion, l'efficacité et la motivation des personnels ?
- Si l'on considère la gestion des personnels de santé d'un pays sous un angle aussi large que possible, le tableau que l'on obtient est-il compatible avec les stratégies que le pays a adoptées pour atteindre l'objectif de la santé pour tous sur la base des soins de santé primaires ? Les programmes de santé sont-ils orientés vers l'équité et la justice sociale tout en répondant aux besoins sanitaires de la population ?

DEUXIEME PARTIE :
EVALUATION DES STRATEGIES DU DEVELOPPEMENT
DU PERSONNEL A L'ONG SANTE SUD

EVALUATION DES STRATEGIES DU DEVELOPPEMENT DU PERSONNEL A L'ONG SANTE SUD

1. CADRE D'ETUDE

1.1. L'ONG « Santé Sud »

« Santé Sud » est une ONG (Organisation Non Gouvernementale) française dont le siège se trouve à Marseille. Sa philosophie est « d'agir sans remplacer ». Son axe stratégique à Madagascar repose sur le développement de la médecine générale en première ligne. « Santé Sud » n'est pas un bailleur de fonds. Elle construit des projets de développement adaptés aux contextes culturel, social et politique du pays et les soumet aux bailleurs. La mise en œuvre des projets à Madagascar est assurée par une délégation locale de « Santé Sud ».

1.2. La délégation locale Santé Sud Madagascar

- Elle a son siège au Lot IVC 31 Ambatomitsangana Antananarivo.
- Le personnel est composé de 6 personnes salariées dont 2 médecins.
- Principales missions :
 - mettre en œuvre et réaliser le « projet santé » à Madagascar ;
 - assurer le bon déroulement du projet ;
 - rendre régulièrement des comptes à Marseille ;
 - veiller à ce que les objectifs soient correctement atteints.

1.2.1. Objectifs du projet

- Installer 10 médecins par an pendant 3 ans.
- Assurer l'offre de soins médicaux de qualité pour les populations défavorisées en zone rurale (médicalisation en zone rurale).

1.2.2. Zone d'action

Les zones d'action de « Santé Sud » sont (figure 3) :

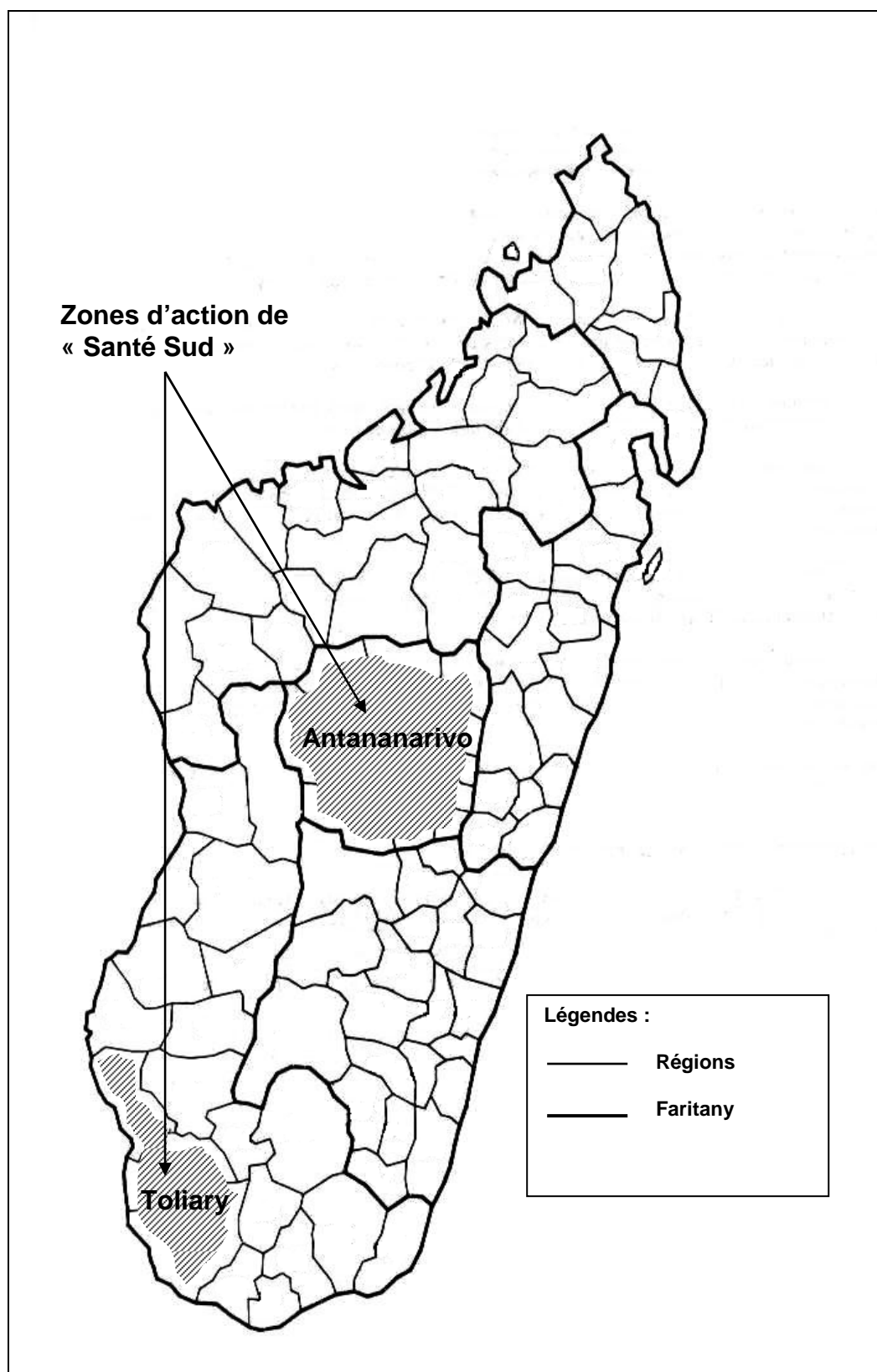


Figure 3 : Zones d'action de Santé Sud (1991) (20).

- la région d'Analamanga,
- la région de l'Itasy,
- la région de Vakinankaratra,
- la région du Bongolava,
- la région Atsimo Andrefana.

1.2.3. Organisation de « Santé Sud » à Madagascar

L'organisation de Santé Sud distingue (figure 4) :

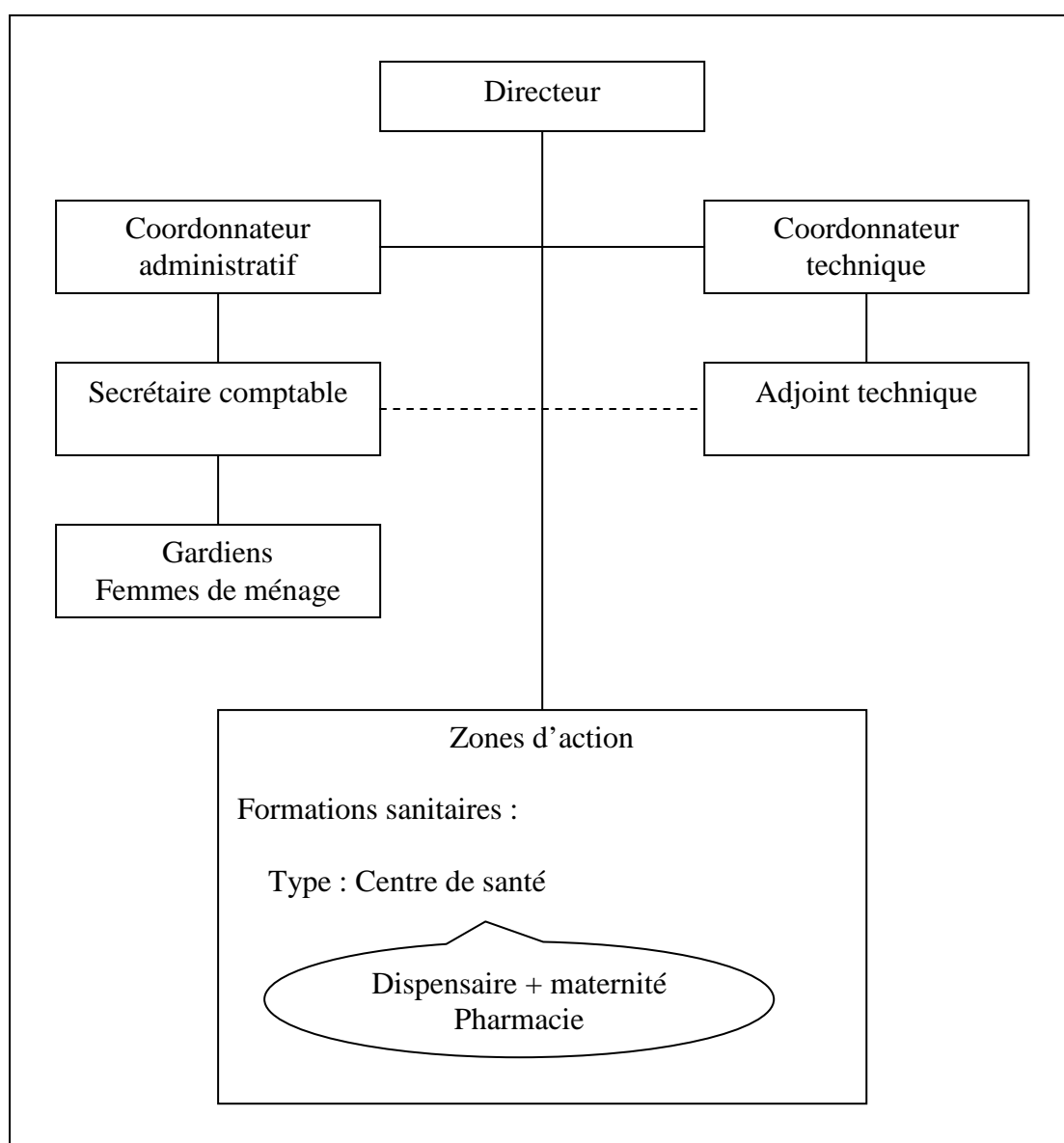


Figure 4 : Organigramme de Santé Sud à Madagascar.

- une direction Santé Sud locale ;
- une coordination technique ;
- une coordination administrative ;
- les formations sanitaires implantées dans les zones d'action.

2. METHODOLOGIE (21)(22)

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

2.2. Période et durée d'étude

L'étude porte sur la période qui va du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008.

La durée d'étude s'étale du 09 avril 2008 au 07 mai 2009.

2.3. Population d'étude

L'étude porte sur les médecins responsables des centres de « Santé Sud ».

2.3.1. Critères d'inclusion

Sont retenus dans l'étude, les médecins responsables des formations sanitaires « Santé Sud » en 2008 ;

2.3.2. Critères d'exclusion

Sont écartés de l'étude, les médecins en cours d'installation au niveau des centres de santé qui ne sont pas encore fonctionnels.

2.4. Echantillonnage et taille de l'échantillon

L'étude porte sur tous les centres de santé « Santé Sud » déjà fonctionnels à Madagascar et tous les médecins qui y travaillent.

Il s'agit d'une étude exhaustive qui intéresse 34 médecins travaillant au niveau de 29 centres de santé.

2.5. Recueil des données

Les données ont été recueillies au siège de l'ONG « Santé Sud ». Elles sont regroupées par classe sur des fiches à lignes et colonnes confectionnées de façon empirique.

2.6. Saisie et traitement

Les données sont ensuite saisies à l'ordinateur et traitées selon les logiciels Word et Excel.

2.7. Limite et éthique

- Les données traitées et exploitées ont été sélectionnées dans la limite des informations disponibles.
- Les données ont été recueillies avec l'autorisation du Directeur de « Santé Sud ». Elles ont été exploitées dans le respect du secret médical, du secret professionnel et des droits humains.

2.8. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Les éléments politiques de base du Ministère chargé de la Santé et de l'ONG « Santé Sud ».
- Le nombre de médecins de « Santé Sud ».
- Caractéristique du personnel médical :
Répartition selon :
 - les tranches d'âge,
 - le sexe,
 - la situation matrimoniale,
 - la situation professionnelle du conjoint ou conjointe,
 - le lieu d'affectation.

- L'offre de service.
- Les critères de choix du lieu d'implantation du centre de santé.
- Les obligations des médecins « Santé Sud ».
- Les objets de motivation.
- Le système de financement.
- Le cadre de fonctionnement de l'ONG « Santé Sud ».

3. RESULTATS

3.1. Politique de santé

Tableau 5 : Les éléments de base de la politique de « Santé Sud » et ceux du Ministère chargé de la Santé.

| « Santé Sud » | Ministère de la Santé et du Planning Familial |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Médecine générale en première ligne - Offrir des soins de santé de qualité pour les communautés défavorisées en zone rurale. - Privilégier la santé de la mère et de l'enfant. - Lutter contre les maladies transmissibles. - Education sanitaire de base : hygiène et propreté. | <ul style="list-style-type: none"> - Politique basée sur les soins de santé primaires. - Soins de santé de qualité accessibles. - Politique de développement prioritaire pour la santé de l'enfant et de la mère. - Elimination des principales maladies transmissibles. - Approvisionner la population en eau potable et généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires. |

3.2. Nombre de médecins

En 2008, il y a eu 34 médecins qui ont travaillé dans les zones d'action « Santé Sud ».

3.3. Répartition

3.3.1. Selon la tranche d'âge

Tableau 6 : Répartition des médecins « Santé Sud » selon la tranche d'âge.

| Tranches d'âge | Nombre | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| 25 à 34 ans | 12 | 35,3 |
| 35 à 44 ans | 15 | 44,1 |
| 45 ans et plus | 7 | 20,6 |
| TOTAL | 34 | 100% |

- Dans 44,1% des cas, les médecins « Santé Sud » ont 35 à 44 ans.

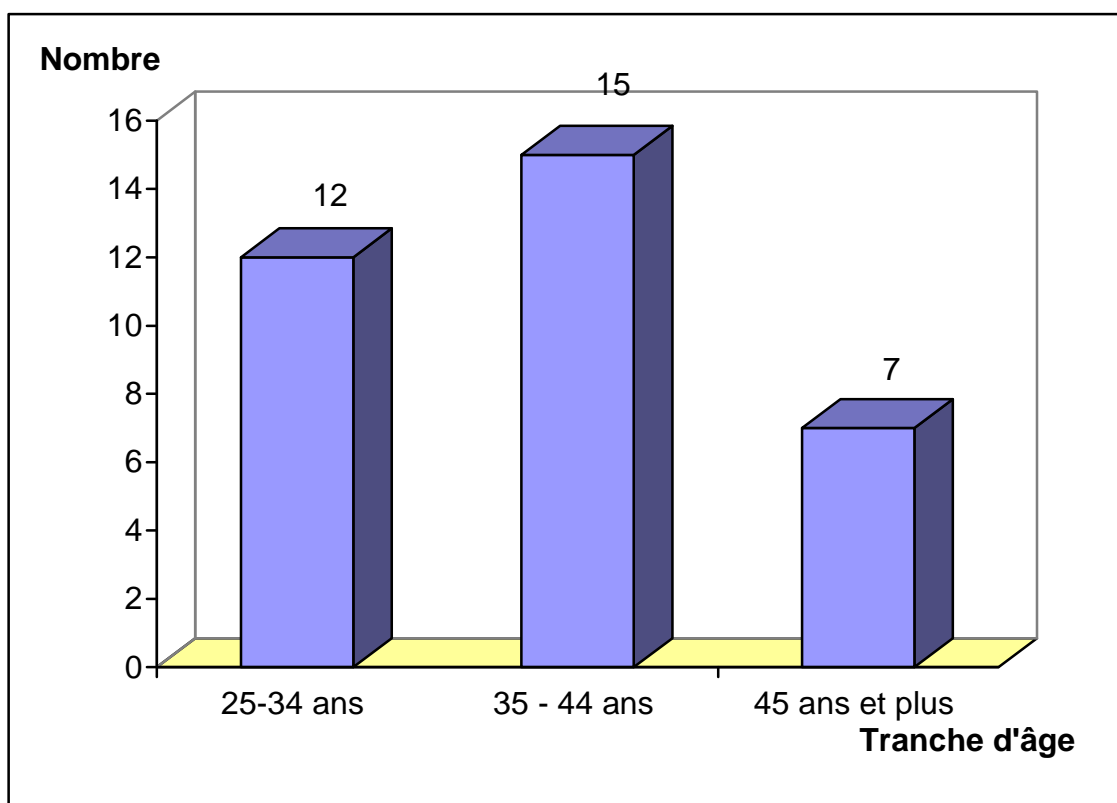


Figure 5 : Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon la tranche d'âge.



3.3.2. Selon le genre

Tableau 7 : Répartition des médecins « Santé Sud » selon l'âge et le sexe.

| Tranches d'âge \ Genre | Genre | | TOTAL |
|------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| | Sexe masculin | Sexe féminin | |
| 25 à 34 ans | 8 | 4 | 12 |
| 35 à 44 ans | 13 | 2 | 15 |
| 45 ans et plus | 6 | 1 | 7 |
| TOTAL | 27 (79,4%) | 7 (20,6%) | 34 (100%) |

- Dans 79,4% des cas, les médecins « Santé Sud » sont de sexe masculin.

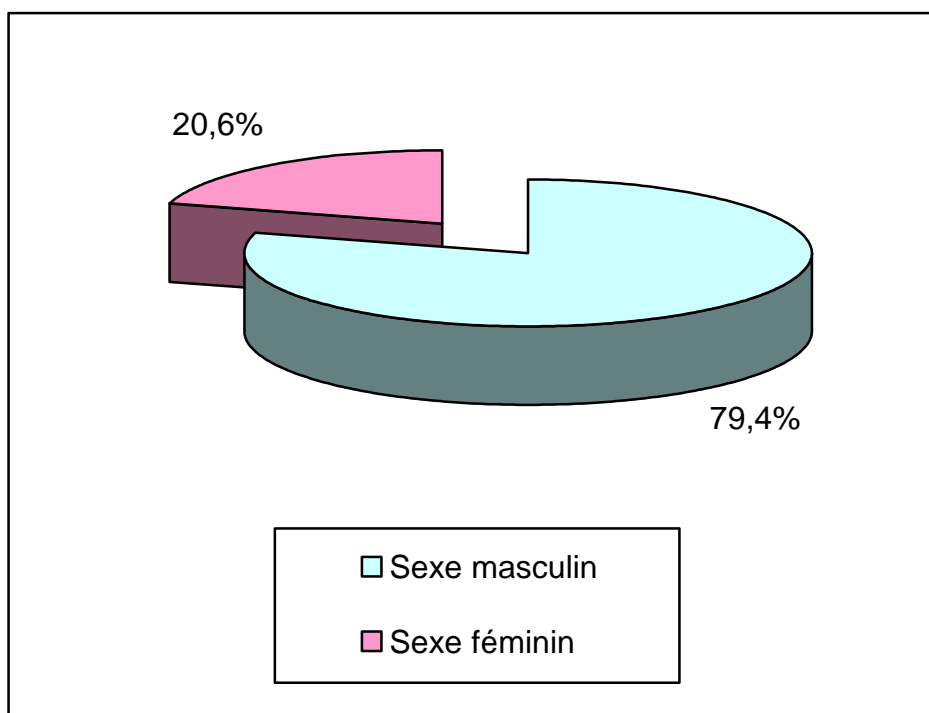


Figure 6 : Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon le genre.

3.3.3. Selon la situation matrimoniale

Tableau 8 : Répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation matrimoniale.

| Situation matrimoniale | Nombre | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Mariés | 26 | 76,5 |
| Célibataires et non mariés | 8 | 23,5 |
| TOTAL | 34 | 100% |

- Dans 79,4% des cas, les médecins « Santé Sud » sont mariés.

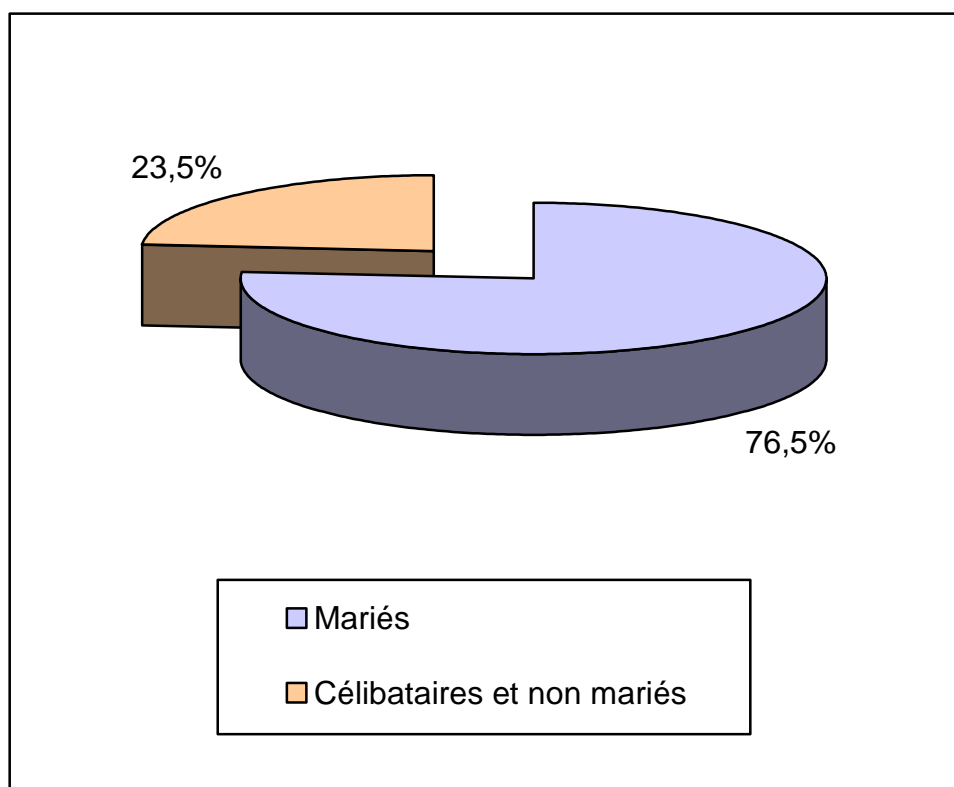


Figure 7 : Diagramme de la répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation matrimoniale.

3.3.4. Selon la situation professionnelle des conjoints

Tableau 9 : Répartition des médecins « Santé Sud » selon la situation professionnelle des conjoints.

| Profession des conjoints | Nombre | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Femmes au foyer | 5 | 19,2 |
| Fonctionnaire | 8 | 30,8 |
| Employé du secteur privé | 10 | 38,5 |
| Employé du secteur informel | 3 | 11,5 |
| TOTAL | 26 | 100% |

- Dans 38,5% des cas, les conjoints travaillent dans le secteur privé.

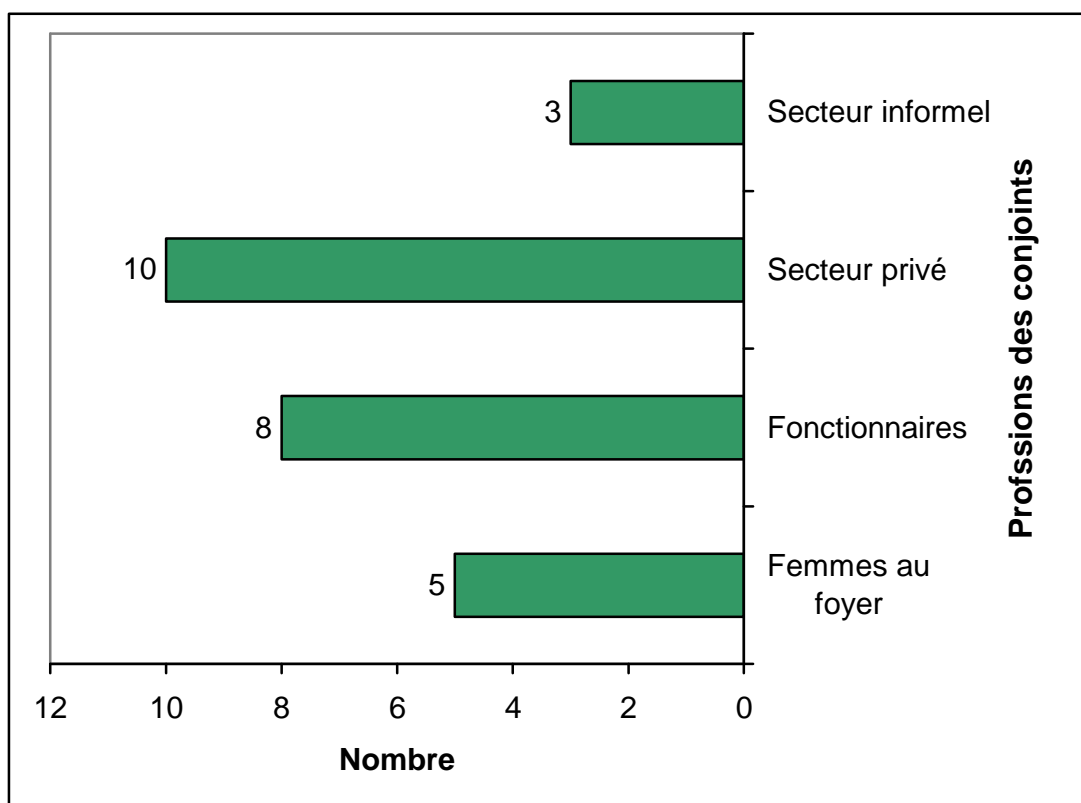


Figure 8 : Diagramme de la répartition des conjoints des médecins « Santé Sud » selon leur profession.

3.3.5. Selon le lieu d'affection

Tableau 10 : Répartition des médecins « Santé Sud » selon le lieu d'affection.

| Régions | Districts | Centres de santé | Nombre de médecins | |
|------------|-----------------|-------------------|--------------------|----|
| Analamanga | Ambohidratrimo | Ankadifotsy | 2 | 9 |
| | | Fiakarana | 1 | |
| | | Antanambahiny | 1 | |
| | Ankazobe | Ambohinierana | 1 | |
| | | Mandrahody | 1 | |
| | | Mangasoavina | 1 | |
| | Anjozorobe | Amborompotsy | 2 | |
| Bongolava | Tsiroanomandidy | Ankarahara | 1 | 12 |
| | | Mahatsinjokely | 1 | |
| | | Analamiranga | 1 | |
| | | Ambatofotsy Est | 2 | |
| | | Antsakaviro | 1 | |
| | | Mahatsinjo | 1 | |
| | | Mahalavolona | 1 | |
| | | Ampamoriana | 1 | |
| | | Ambararata Est | 1 | |
| | Fenoarivobe | Miandrarivo | 1 | |
| | | Mandrarahody | 1 | |
| Itasy | Miarinarivo | Marovoalavo | 1 | 8 |
| | | Ambohibary Antoby | 1 | |
| | Soavinandriana | Ambatofotsy | 1 | |
| | | Morarivo | 1 | |
| | | Andranofotsy | 1 | |
| | | Ampararano | 1 | |
| | Arivonimamo | Mamoeramanjaka | 2 | |

| | | | | | |
|------------------|--------------|------------------|-----------|---|---|
| Vakinankaratra | Antsirabe II | Andranomanelatra | 1 | 3 | 3 |
| | Betafo | Tsaramandroso | 1 | | |
| | | Matieloana | 1 | | |
| Atsimo Andrefana | Tuléar II | Salary | 1 | 2 | 2 |
| | | Ampanihy | 1 | | |
| TOTAL | 11 | 30 | 34 | | |

3.4. Critères de choix des sites

Tableau 11 : Les critères de choix des lieux d'implantation des centres de santé.

| Critères | Indicateurs |
|--|---|
| Motivations des communautés : | Demande exprimée par la mairie et chef fokontany |
| Local offert par les communautés (réhabilitation à la charge de Santé Sud) : | Bâtiments ou construction avec au moins 4 pièces |
| Ouverture du centre : | Autorisation du Ministère de la Santé et du Planning Familial |
| Collaboration au niveau des DRS - DS | |
| Chef CSB2 : | Accord |
| Besoins d'un centre de santé : | Absence de centre de santé sur un rayon de 15 km |
| Population : | Supérieure à 7.000 habitants |
| Moyens de communication : | Moyen de transport en commun reliant le site au chef lieu de district |

3.5. Offre de service

Tableau 12 : Les services offerts au niveau du centre de santé.

| | |
|------------------------|---|
| Services de prévention | <ul style="list-style-type: none"> • IEC (Information – Education et Communication). • Santé de la mère et de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> - surveillance nutritionnelle (pesées périodiques des enfants de 0 à 5 ans) ; - planification familiale : utilisation des moyens de contraception moderne ; - vaccination : Programme Elargi de Vaccination (PEV) ; - CPN : Consultations pré et post-natales. |
| Activités préventives | |
| Activités de maternité | <ul style="list-style-type: none"> • Accouchements normaux |
| Petites chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> • Extractions dentaires • Circoncisions |
| Activités curatives | <ul style="list-style-type: none"> • Consultations externes • Soins médicaux • Pharmacie : distribution de médicaments |
| Orientations recours | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en observation des cas de maladie sévères ou graves avec : • Evacuation sanitaire éventuelle |

3.6. Motivations des médecins

Tableau 13 : Les motivations offertes aux médecins « Santé Sud ».

| Dénomination | Eléments principaux |
|-----------------------------|---|
| Centre de santé et logement | <ul style="list-style-type: none"> • Bâtiments offerts par les communautés et réhabilités par « Santé Sud ». |
| Mobilier : | <ul style="list-style-type: none"> • Pour chaque site : <ul style="list-style-type: none"> - 1 armoire - 1 bureau - 3 chaises - 1 kit solaire avec frigidaire <p style="text-align: right;">Dotation « Santé Sud »</p> |
| Equipements : | <ul style="list-style-type: none"> • Kit médical de base • Kit dentaire • Kit de stérilisation • 1 balance pèse-bébé • 1 table d'examen avec escabeau • 1 table d'accouchement avec escabeau |
| Logistique : | <p>Pour chaque site :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bicyclette • 1 moto avec 1 casque |
| Pharmacie : | <ul style="list-style-type: none"> • Un lot de médicaments essentiels et consommables médicaux. |
| Formation : | <ul style="list-style-type: none"> • Formation initiale pendant 10 jours, après recrutement. • Formation continue avec l'association des médecins de compagne de Madagascar. • Voyages d'étude à l'extérieur dans la mesure du possible. • Stage de deux semaines chez un médecin référent. |

| | |
|--|---|
| Point d'eau potable : | <ul style="list-style-type: none"> • Robinet • Puits • Kit de stérilisation |
| Projet personnel du médecin après validation : | <ul style="list-style-type: none"> • En rapport avec un développement de carrière et au développement de la santé communautaire (1 à 2 semaines d'étude de faisabilité). |
| Encadrement - Suivi : | <p>« Santé Sud » assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le suivi des sites, • la supervision des activités, • le rôle d'interface (réfèrent, collaboration avec le Ministère de la Santé et PF et autorités locales). |

3.7. Obligations

Tableau 14 : La part de responsabilité des médecins « Santé Sud ».

| Dénomination | Eléments principaux |
|--|---|
| Respect du contrat avec Santé Sud | <ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'engagement du médecin pour rester au service de Santé Sud pendant au moins 5 ans. |
| Respect du contrat d'association | <ul style="list-style-type: none"> • Entre un couple de médecins travaillant au niveau d'un site. |
| Convention d'association au service public | <ul style="list-style-type: none"> • Avec le service de santé de district et les formations sanitaires du district de santé où le site est implanté. |
| Bon fonctionnement du centre de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne qualité des services. • Accessibilité des communautés aux soins de santé : <ul style="list-style-type: none"> - tarification adaptée des actes, - coût abordable et acceptable des médicaments. |
| Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités auprès de : <ul style="list-style-type: none"> - Santé Sud, - service de santé de district |
| Affectations | <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'affectation |

3.8. Système de financement

Tableau 15 : Les bailleurs de fonds et partenaires des projets « Santé Sud ».

| Dénomination | Domaines |
|---|--|
| ESF (Electricité Sans Frontière) | <ul style="list-style-type: none"> • Kit solaire lumineux et frigidaire |
| FCIL (Fond Canadien d'Initiative Locale) | <ul style="list-style-type: none"> • Kit solaire • Frigidaire |
| AFD (Agence Française pour le Développement) | <ul style="list-style-type: none"> • Appui au niveau de toutes les étapes du projet |
| Embassade du Japon | <ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation des sites • Kit solaire • Pompe à eau |
| <i>Partenaire :</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • INSPC (Institut National de Santé Publique et Communautaire) • Ordre National des Médecins | <ul style="list-style-type: none"> • Formation préalable • Spécialisation en médecine générale et communautaire • Contrôle et protection professionnels |
| Santé Sud | <ul style="list-style-type: none"> • L'ONG Santé Sud pour sa part utilise ses fonds propres. |

3.9. Cadre de fonctionnement de l'ONG « Santé Sud »

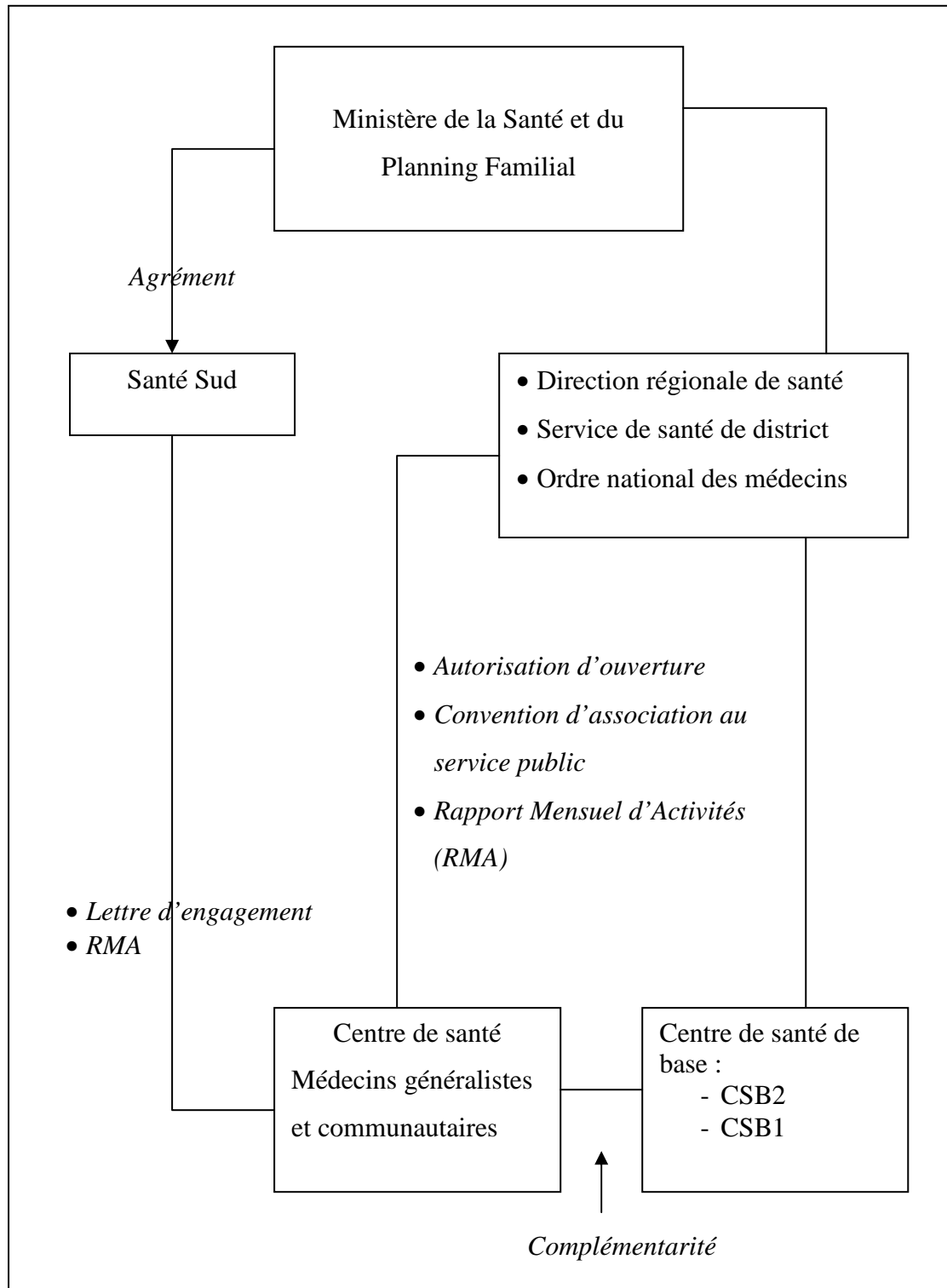


Figure 9 : Schéma du cadre de fonctionnement de l'ONG santé Sud.

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

- Conformément à la politique nationale de santé à Madagascar, le projet de l'ONG « Santé Sud » sur le développement de la médecine générale et communautaire, correspond aux principaux objectifs du Ministère de la Santé et du Planning Familial.

- En 2008, l'ONG « Santé Sud » dispose de 34 médecins pour assurer les activités prévues au niveau de 4 régions de Madagascar :

- Analamanga
- Bongolava
- Vakinankaratra
- Itasy
- Atsimo Andrefana

1.1. Caractéristiques des médecins « Santé Sud »

1.1.1. *Tranches d'âge et genre*

Les médecins « Santé Sud » ont :

- 25 à 34 ans (35,3%),
- 35 à 44 ans (44,1%),
- 45 ans et plus (20,6%).

La majorité de ces médecins est relativement jeune. Parmi eux, 79,4% sont de sexe masculin et 20,6% de sexe féminin.

1.1.2. *Situation matrimoniale et situation professionnelle des conjoints ou conjointes*

Les médecins « Santé Sud » sont :

- mariés dans 76,5% des cas ;
- célibataires dans 23,5% des cas.

Les conjoints sont :

- femmes au foyer dans 19,2% des cas ;
- fonctionnaires dans 30,8% des cas ;
- employés du secteur privé dans 38,5% des cas ;
- employés du secteur informel dans 11,5% des cas.

Les caractéristiques des médecins recrutés par l'ONG « Santé Sud » semblent bien répondre aux exigences des affectations en zone rurale :

- médecins relativement jeunes ;
- mariés dans 76,5% des cas ;
- conjoints sans engagement dans le secteur public dans la majorité des

cas.

1.2. Lieu d'affectation

Les médecins de « Santé Sud » sont tous affectés en zone rurale. Par rapport à Antananarivo, la distance à parcourir pour rejoindre les lieux d'affectation varie de 27 kilomètres (Fiakarana - Ambohidratrimo), à 931 kilomètres (Ampanihy - Atsimo Andrefana).

Pour chaque région cible, le nombre de sites est :

- Analamanga, 7 centres de santé ;
- Bongolava, 11 centres de santé ;
- Itasy, 7 centres de santé ;
- Vakinankaratra, 3 centres de santé ;
- Atsimo Andrefana, 2 centres de santé.

Au total, les 34 médecins de l'ONG « Santé Sud » se répartissent au niveau de 30 centres de santé.

Il y a donc 4 sites qui fonctionnent avec deux médecins chacun :

- Ankadifotsy (Analamanga),
- Amborompotsy (Analamanga),
- Ambatofotsy Est (Bongolava),
- Mamoeramanjaka (Itasy).

La présence de couple de médecins au niveau des sites est due à un nombre élevé d'habitants (> 7.000 habitants) dans les sites concernés. Les sites dotés de 2 médecins peuvent fonctionner en l'absence d'un des médecins. Le problème de remplacement ne se pose pas dans ce cas.

1.3. Critères de choix des sites

Les sites sont choisis en fonction des critères suivants :

- Une demande exprimée par les communautés confirmant une réelle motivation.
- L'offre de la part des communautés d'un local approprié.
- L'absence de centre de santé (public ou privé) sur un rayon de 15 kilomètres.
- Un nombre d'habitants égal ou supérieur à 7.000 habitants.
- L'existence d'une route praticable toute l'année reliant le site au chef lieu de district du secteur desservi.

La collaboration réciproque entre le responsable des sites et les autorités locales sont primordiales pour l'efficacité et la pérennisation des actions à entreprendre (23)(24).

1.4. Offre de service

Chaque centre de santé « Santé Sud » dispose d'un dispensaire et d'une maternité. Le paquet minimum d'activité comprend :

- Des activités préventives :
 - Information, Education et Communication (IEC) en rapport avec les maladies transmissibles et les actions préventives à entreprendre ;
 - surveillance nutritionnelle ou pesées périodiques des enfants de 0 à 5 ans ;
 - consultations pré et post-natales dans le cadre de la maternité sans risque ;
 - programme élargi de vaccination ;
 - planification familiale.
- Des accouchements normaux.

- Des activités de petites chirurgies :
 - extraction dentaire ;
 - circoncision.
- Des activités curatives :
 - consultations externes ;
 - soins infirmiers et médicaux ;
 - des activités de pharmacie : approvisionnement et distribution des médicaments essentiels.
- Des activités d'orientation recours.

En cas de nécessité constatée, les malades sont orientés vers des formations sanitaires ayant la compétence requise.

1.5. Motivation des médecins

- Les médecins « Santé Sud » doivent assurer l'autonomie financière des sites dont ils sont responsables. Ils ne perçoivent pas de salaire mais bénéficient des fruits de leurs activités. Ainsi, ils utilisent une tarification adaptée des actes médicaux effectués et des médicaments distribués.

- Pour les motiver, l'ONG « Santé Sud » et ses partenaires offrent pour chaque site fonctionnel :

- des mobiliers :
 - * armoire,
 - * bureau,
 - * chaise,
 - * kit solaire,
 - * frigidaire,
- un équipement technique :
 - * kit médical de base,
 - * kit dentaire,
 - * kit de stérilisation,
 - * balance pèse-bébé,
 - * table d'examen,
 - * table d'accouchement,

- * escabeau,
- une pharmacie : lot de médicaments essentiels et consommables médicaux en dotation initiale ;
- des moyens logistiques :
 - * bicyclette,
 - * moto et casque,
- des séances de formation et de stage ;
- un encadrement permanent de la part de « Santé Sud » ;
- une réhabilitation adéquate du local offert par les communautés pour servir de centre de santé et de logement.

1.6. Obligations des médecins

En contre partie, les médecins « Santé Sud » doivent respecter :

- leur contact avec « Santé Sud », lettre d'engagement à l'appui pour rester au moins 5 ans au service de cette ONG ;
- leur convention d'association au service public :
 - collaboration étroite,
 - rapports d'activités mensuelles,
- leur contrat d'association avec leur partenaire médecin si c'est le cas ;
- la bonne qualité des services offerts et l'accessibilité des communautés aux soins de santé en pratiquant une tarification adaptée des services ;
- les décisions d'affectation formulées par « Santé Sud » en cas de besoin.

1.7. Faits marquants

- En 2008, il y a eu 34 médecins dans l'ONG Santé Sud.
- 79,4% hommes et 20,6% femmes.
- 25 à 44 ans : 79,4%.
- Mariés : 76,5%.
- Affectation : zone rurale au niveau de 30 centres de santé.
- 4 sites avec 2 médecins chacun (site ayant plus de 7.000 habitants).
- Pas de salaire - Bénéfice : Recette sur les actes et médicament – Matériel, équipement et mobiliers.

2. SUGGESTIONS

Afin de favoriser l'implantation des sites de médecine générale et communautaire dans les zones rurales à Madagascar, et pour mieux répondre aux besoins des communautés, les stratégies que nous suggérons reposent sur :

- une participation active des médecins « candidats » au choix des sites,
- et une gestion améliorée du personnel.

2.1. Participation active des médecins « candidats » au choix des sites

2.1.1. *Objectif*

L'objectif est de permettre aux médecins généralistes et communautaires de s'installer dans une localité de leur choix à l'intérieur des régions cibles.

2.1.2. *Stratégies*

Les stratégies proposées sont :

- Une visite de 3 à 5 jours du médecin candidat au niveau des sites proposés et demandés (4 ou 5 sites).

A Madagascar, les médecins ont en général une préférence pour certaines régions, et ceci pour des raisons multiples :

- Environnementales : Proximité de la mère, des forêts ...
- Economiques, possibilité de :
 - * cultiver du riz, légumes, manioc...
 - * élever des zébus ou des volailles.
- Socio-culturelles :
 - * proximité d'école (CEG, lycée) pour les enfants,
 - * sympathie pour les habitants.
- Perspectives de recettes financières :
 - * localité apparemment riche où les habitants ont une possibilité plus grande de payer les frais des soins ;

* localité où les gens ont de l'argent dans plusieurs domaines : pierres précieuses, agriculture, élevage.

- Une possibilité de comparaison et donc, de choisir entre 4 ou 5 sites visités

S'installer dans une localité de leur choix constitue déjà pour les médecins de « Santé Sud » un point positif et motivant.

- Un choix de localité correspondant à un secteur de 7.000 habitants ou plus.
- Une localité permettant une tarification qui offre au moins 300.000 Ariary par médecin par mois.

2.2. Gestion améliorée du personnel

2.2.1. Objectif

Accroître l'efficacité et l'efficience des médecins, et améliorer leur répartition géographique.

2.2.2. Stratégies

On peut par exemple prendre les mesures suivantes :

- Introduction de nouveaux stimulants financiers et sociaux pour le service dans les zones rurales (25)*

Exemple :

- Offrir un bonus financier pour chaque programme qui avance bien : PEV, PF, ...etc.
- Proposer le service d'un infirmier et/ou sage-femme pour aider le médecin au niveau de chaque site.
- Instaurer un système de formation recyclage continu régulier pour tous les types de personnels de santé existants : ateliers pour cadres médicaux et infirmiers avec la participation des associations médicales et infirmières, où pourraient être étudiées de façon approfondie les incidences de la politique et de la stratégie de la santé pour tous et des soins de santé primaires.

ii). Mise en œuvre d'un plan de développement de carrière

- Il serait utile de développer, dans le cadre de la recherche sur les systèmes de santé, la recherche sur les personnels de santé pour que les décisions concernant le développement des personnels puissent se fonder sur des bases solides. On pourrait instaurer un plan de contrôle/suivi qui servirait de base d'information sur les personnels de santé. Ceci faciliterait le contrôle des prestations, la garantie de qualité et d'accessibilité des soins (26). Une évaluation très poussée et détaillée gagnerait à être instaurée tous les 3 ou 5 ans.

La recherche sur les personnels de santé, comportant l'élément économique pourrait avoir lieu à l'INSPC.

- La création de poste de coordinateur régional, de superviseur régional peut offrir des postes de responsabilité dans le cadre du développement des carrières, fonction cumulée à la tenue d'un centre de santé et faisant l'objet d'une indemnité forfaitaire annuelle offerte par « Santé Sud ».

- La création d'un avancement de classe, par exemple tous les 2 ans (classe 1 à 3), et d'une montée en catégorie (catégorie 1 à 3) tous les 6 ans, indemnisé par les bailleurs de fonds partenaires de « Santé Sud ».

CONCLUSION

CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisée sur l'évaluation des stratégies de développement des personnels de santé à l'ONG « Santé Sud » a permis de déterminer les avantages du projet sur la médecine générale et commentaire d'une part, et les insuffisances à combler d'autre part.

En effet, en 2008, l'ONG « Santé Sud » a réuni 34 médecins pour la mise en œuvre de son projet au niveau des zones rurales de cinq régions de Madagascar : Analamanga, Bongolava, Vakinankaratra, Itasy et Atsimo Atsinanana.

Ces médecins sont, pour la plupart, relativement jeunes et mariés avec des personnes évoluant dans le secteur privé ou informel. Comme ils ne perçoivent pas de salaire mais doivent vivre des bénéfices de leur entreprise, leur motivation s'appuie sur :

- l'offre d'un local approprié par les communautés et réhabilité par « Santé Sud » ;
- la dotation de mobilier, de kit médical de base et de moyens logistiques (bicyclette, moto et casque) ;
- une formation technique périodique ;
- les recettes obtenues par la vente des services et des médicaments.

En revanche, ils ont des obligations comme par exemple :

- le respect du contrat d'engagement de service pour 5 ans au moins ;
- le respect du contrat d'association de service avec le secteur public ;
- la garantie de qualité des services et d'accessibilité aux soins de santé ;
- le respect des décisions d'affectation en cas de besoin décidé par « Santé Sud ».

Afin de favoriser l'implantation des sites dans les zones rurales et pour mieux répondre aux besoins des communautés, nos suggestions portent sur deux points essentiels :

- la participation actives des médecins « candidats » au choix des sites,
- et la gestion améliorer du personnel.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Brunelle Y et al. Des organisations des soins intégrés de santé au Québec. MSSS, 1998.
2. Schieber GJ, Poullier JP, Green Wald LM. Health system performance in countries. Health Affairs, Fall, 1994.
3. Blendon R et al. Satisfaction with health systems in Ten Nations. Health Affairs, 1990 : 185-192.
4. Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B. Santé publique. Paris : Ellipses, 2000.
5. Blum H. Planning for health. Sciences Press, 1981.
6. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Sevil, 1977.
7. Claveranne JP et al. La santé demain : vers un système de soins sans murs. Paris : Economica, 1999.
8. Trottier LH, Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL. Contrasting visions of decentralization. Loudres, Success, Private Failure, Rutledge, 1999.
9. Rollet C. La réforme de l'administration centrale des affaires sociales et de la santé. Paris : Doc Franç 1996.
10. Contandriopoulos AP. La régulation d'un système de soins sans murs. Paris : Economica, 1999.
11. Drulhe M. Santé et société : le façonnement social de la santé. Paris : PVF, 1997.
12. Freidson E. La profession médicale. Paris : Payot, 1994.
13. Fulop T, Roemen MI. L'étude du développement des personnels de santé. Genève : OMS, 1989.

14. Contandriopoulos AP, Fournier MA. Planification de la main d'œuvre médicale. Montréal : Gris, 1992 : 25.
15. Conseil médical du Québec. Avis sur la répartition géographiques des effectifs médicaux. Les plans d'effectifs médicaux, 1995.
16. Launois R. Les réseaux de soins coordonnés, proposition pour une réforme profonde du système de santé. Revue Française des affaires sociales, 1995 ; 39 : 37-63.
17. Chapelon S. Les collectivités locales et la santé publique. Actualité et Dossier en santé publique, 2003 ; 7 : 36-40.
18. Conseil Médical du Québec. Avis pour un mode de rémunération des médecins de première ligne lié à l'inscription de la population. CMQ, 1999.
19. OMS. Pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous. Document de base pour le processus de consultation. Genève : OMS, 2001.
20. Min Economie et Plan. Région et développement. Antananarivo Madagascar : Dirasset, 1991.
21. Jenicek M, Cléroux R. Epidémiologie : principes, techniques, applications. Paris : Edisem/Maloine, 1992.
22. Pineault R, Davelrey C. La planification en santé : concepts, méthodes et stratégies. Ed nouvelles, 1995.
23. OMS. Collaboration avec les organisations non gouvernementales. Examen de la politique générale en matière de collaboration avec les ONG, Doc EB93/22. Genève : OMS, 1995.
24. Sckneider MF. Les stratégies de maîtrise des dépenses de santé en Allemagne, in La santé : qualité et choix. Etude de politique de santé. OCDE, Coll, 1994.

25. Soubie R. Santé 2010, équité et efficacité du système, groupe prospective du système de santé. La documentation Française, 1993.
26. Vandoorselaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance of health care : an international prospective. Oxford : Medical publications, 1993.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : **Professeur RAKOTOMANGA Samuel**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

Name and first name : RAKOTOARITSIMA Tovonjanahary Ndrianjafimandaso

**Title of the thesis : ASSESSMENT OF STRATEGIES OF THE
DEVELOPMENT OF THE MEDICAL STAFF BY THE
“NGO SANTE SUD”**

Heading : Public Health

Number of figures : 09

Number of pages : 46

Number of tables : 15

Number of bibliographical references : 26

SUMMARY

Assessment of strategies of the development of b medical staff by the “NGO Santé Sud” is a survey that has for objective to appreciate the adequacy of the spreading of the sanitary formations and physicians general practitioners and communal in the farming zones of Madagascar.

Results of our survey show that 34 physicians work in the project “Santé Sud” in 2008, at the level of 5 central and South-westerly regions of Madagascar. Physicians “Santé Sud” don't discern a salary but benefit profits of their enterprise at the level of health centres.

As incentive, they have the centre of health and the lodging offered by communities and cleared by “Santé Sud”, and on behalf of partners of the NGO they benefit from a share of furniture, of a medical kit of basis, of logistical means (bicycle, motorcycle, helmet). On the other hand, the main liabilities are the respect of contracts of 5 years of services and total collaboration with the public sector.

In order to improve the spreading of centres of health of the NGO “Santé Sud”, our suggestions are about an active involvement of physicians by choice of sites, and a management improve of the staff.

**Key-words : Physician communal general practitioner - Farming zone -
Health for all - Career - Management of the staff.**

Director of the thesis : Professor ANDRIANASOLO Roger

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Lot VB 160 Ampaisokely Miarinarivo Itasy 117

Nom et Prénoms : RAKOTOARITSIMA Tovonjanahary Ndrianjafimandaso

**Titre de la thèse : EVALUATION DES STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT
DU PERSONNEL MEDICAL AUPRES DE L'« ONG SANTE
SUD »**

Rubrique : Santé Publique

Nombre de figures : 09

Nombre de pages : 46

Nombre de tableaux : 15

Nombre de références bibliographiques : 26

RESUME

Evaluation des stratégies de développement du personnel médical à l'« ONG Santé Sud » est une étude qui a pour objectif d'apprécier l'adéquation du déploiement des formations sanitaires et des médecins généralistes et communautaires dans les zones rurales de Madagascar.

Les résultats de notre étude montrent que 34 médecins travaillent dans le projet « Santé Sud » en 2008, au niveau de 5 régions centrales et Sud-Ouest de Madagascar. Les médecins « Santé Sud » ne perçoivent pas de salaire mais profitent des bénéfices de leur entreprise au niveau des centres de santé.

Comme motivation, ils ont le centre de santé et le logement offerts par les communautés et réhabilités par « Santé Sud », et de la part des partenaires de l'ONG, ils bénéficient d'un lot de mobilier, d'un kit médical de base, de moyens logistiques (bicyclette, moto, casque). En revanche, les principales obligations sont le respect des contrats de 5 ans de services et de collaboration totale avec le secteur public.

Afin d'améliorer le déploiement des centres de santé de l'ONG « Santé Sud », nos suggestions portent sur une participation active des médecins au choix des sites, et une gestion améliorée du personnel.

**Mots-clés : Médecin généraliste communautaire – Zone rurale – Santé
pour tous – Carrière – Gestion du personnel.**

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANASOLO Roger

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot VB 160 Ampaisokely Miarinarivo Itasy 117