l'augmentation du nombre des patients du CHUM qui a continué en 2002 malgré la crise socio politique.

4.6.5 Conditions économiques de la population

Une enquête menée par une mission d'expertise japonaise en juillet 2003 a montré que :

-le taux de pauvreté à Mahajanga est de 53% en 1993, 76% en 1999 (Banque Mondiale 2002), 72,4% en 2001 (INSTAT 2002).

-les ménages pauvres s'orientent vers les soins de santé les moins onéreux.

-les services de l'hôpital sont moins accessibles aux ménages pauvres.

V. CONCLUSIONS

Les conclusions proposées sont basées sur une analyse des résultats à partir des sept critères d'évaluation définis dans les termes de référence qui seront appréciés selon les qualificatifs bon, moyen, ou mauvais.

5.1. La pertinence est *bonne*

La pertinence de ce projet apparaît dans la manière dont il a été élaboré :

-d'une part dans le multipartenariat entre l'Etat malgache et les coopérations française et japonaise. Il a été noté une complémentarité des interventions à l'ensemble du système de santé, la DPS et la GTZ intervenant au niveau des CHD et CSB dans le cadre du développement des Soins de Santé Primaire et de l'appui aux districts sanitaires, la CF, la JICA, l'IRCOD et l'IPM intervenant au CHUM, sommet du système de référence.

-d'autre part dans la prise en compte de l'intégration du CHUM dans la DPS pour contribuer à la satisfaction des besoins identifiés lors de l'état des lieux réalisé en août 1999.

Ces besoins, auxquels répondent les objectifs du Projet, ont été à nouveau exprimés et formalisés dans le document de Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) 2000-2004 du CHUM. Il s'agit des besoins en équipements biomédicaux, en réhabilitation et en formation de toutes les catégories du personnel y compris les cadres paramédicaux et le personnel d'appui en vue de l'amélioration des prestations de services.

5.2. La cohérence est *bonne*

Les objectifs du Projet sont cohérents avec ceux de la Politique Hospitalière définie dans le document de Politique Nationale de Santé 1996-2000 (réactualisé en 1998), avec le PEH du CHUM, et avec le Business Plan du Ministère de la Santé 2002-2006 qui met en œuvre la politique sectorielle santé du Document Stratégique de Réduction la Pauvreté (DSRP) établi par le Gouvernement malgache.

Plus précisément, la politique hospitalière vise à :

-« assurer la prise en charge efficace des cas référés et à rendre crédibles les centres hospitaliers essentiellement vis à vis des usagers

-améliorer la fonctionnalité des centres hospitaliers

-et pérenniser les activités dans les centres hospitaliers »

En ce sens, le SPP II contribue à la mise en œuvre des projets médical et de soins infirmiers, à améliorer la logistique et la gestion du CHUM.

Par ailleurs, le projet reste cohérent avec le Business Plan 2002-2006 qui maintien les mêmes orientations en particulier le développement de l'accessibilité aux soins de santé et le système de référence qui figurent parmi les axes stratégique définis dans l'Objectif Général N°5 « Amélioration de la performance du système de santé ».

Pour la JICA, le secteur santé étant un des domaines d'intervention prioritaires de l'assistance du Japon en Afrique, ce projet est cohérent dans la mesure où il répond aux besoins d'amélioration de la santé publique et du fonctionnement du CHUM en tant qu'hôpital de référence. Le projet est également cohérent avec la politique de coopération de la JICA à Madagascar, qui met l'accent sur l'amélioration de la santé materno-infantile dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

Il faut également souligner la cohérence de ce projet avec une des orientations de la politique d'aide du Japon souhaitant la pérennisation du projet par son appropriation effective par le CHUM.

De même pour la Coopération Française, ce projet se situe dans les orientations stratégiques d'appui dans le secteur sanitaire portant notamment sur le renforcement institutionnel et la politique hospitalière. D'autre part, il est dans la continuité des projets déjà mis en œuvre à Madagascar d'appui à la réforme hospitalière et de renforcement des ressources humaines.

5.3. L'effectivité est *moyenne*

La complémentarité et la coordination des partenaires est bonne.

Les interviews des responsables du Projet et les observations faites ont permis de confirmer l'effectivité de la complémentarité du projet tripartite tant au niveau des interventions qu'en terme d'attributions.

L'appropriation du projet par la partie malgache est aussi effective. La mise en œuvre des activités du CHUM est coordonnée au cours des réunions hebdomadaires de la Direction à laquelle participent les experts japonais et français permettant un suivi continu des activités du Projet.

Le comité de suivi dirigé par le CHUM se réunit tous les six mois pour apprécier l'état d'avancement du projet et pour formuler des recommandations. D'autre part, une réunion de coordination des partenaires, dirigée par la DPS et impliquant le CHUM, qui se tient régulièrement tous les mois (la 24ème ayant eu lieu en septembre 2003), permet la synergie des actions des différents partenaires techniques et financiers.

La collaboration multipartite rencontre des problèmes quotidiens, parfois décisionnels dans la réalisation et l'avancement du projet, dans la solution desquels la Direction du CHUM joue un rôle essentiel de coordination.

Cependant, au regard des actions spécifiques mises en œuvre par la Coopération Française, l'effectivité est mauvaise. En effet, le montant des sommes actuellement engagées et correspondant aux actions effectivement réalisées ne représente que 25% du montant total du projet FSP après deux années de mise en œuvre (annexe 8).

Pour la partie japonaise, la dotation en équipements biomédicaux et matériels prévus a été totalement effectuée (annexe 9).

Selon les attributions définies dans la convention du Projet, la partie malgache a effectué de 1997 à 2001 87% des réhabilitations prévues dans le cadre du projet les 13% restants étant pris en charge par les partenaires (annexe 10).

5.4 L'efficience n'est pas appréciable

Dans la mesure où les actions entreprises et réalisées sont complémentaires voire synergiques, et en regard des dépenses actuellement engagées et du temps mis à leur réalisation, on peut considérer ce projet comme efficient.

Cependant, dans un tel projet avec une approche multi partenariale et en l'absence de référence à un projet similaire dans d'autres établissements sanitaires du pays, il est difficile d'en apprécier l'efficience en terme de coût efficacité.

Les constats suivant sont cependant à souligner:

-Les acquisitions de matériels et d'équipements ont contribué à l'amélioration de la qualité des services et 95 % des équipements biomédicaux sont fonctionnels à ce jour 15 septembre 2003.

-Les personnels formés à l'extérieur et sur place continuent à travailler au CHUM contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de services offerts à la population.

5.5 L'efficacité est bonne

Le nombre de patients au CHUM a constamment augmenté et le projet a atteint son objectif en trois ans. Plusieurs facteurs y ont contribué et il n'est pas possible de les classer ici. Toutefois l'équipe d'évaluation conjointe a considéré les facteurs suivants comme déterminants :

5.5.1 L'augmentation de la crédibilité du CHUM

La comparaison des résultats des enquêtes conduites en 2001 et 2003 a révélé un niveau de satisfaction accru dans tous ses aspects sauf pour le temps d'attente. En fait, il s'avère que la qualité des services s'est améliorée en quelques années. Depuis que le service Néonatal a été créé la mortalité néo natale a baissé de manière remarquable. Le nombre d'examens de radiologie et de laboratoire a augmenté. Le niveau d'hygiène et de propreté a été amélioré. En plus de la qualité des services cliniques, celle des services administratifs a aussi été améliorée. La mise en place du Service Porte est un événement qui a nettement amélioré la relation avec le public et son information.

5.5.2 L'amélioration des équipements

La modernisation des équipements n'a pas été le seul facteur dans l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la motivation et la mise en confiance du personnel. En regard du nombre d'admissions en néonatal, il est clair que celui-ci a commencé à augmenter après l'installation des équipements.

5.5.3 L'amélioration de l'information et des relations avec le public

Des efforts ont été faits pour diffuser une meilleure information sur le CHUM. En plus des mass media, d'autres moyens ont été utilisés. Un dépliant montrant les services disponibles, les heures de travail et les prix est distribué au Service Porte, dans les hôpitaux de district et les centres de santé de base. Une journée " Porte Ouverte de la santé" a été organisée.

Une formation technique récemment mise en place pour les établissements de santé périphériques a permis également de toucher la population par le biais de ses prestataires. Toutefois l'impact sur les districts éloignés semble limité malgré les efforts faits pour atteindre ces sites.

5.5.4 L'augmentation du nombre de patients référés

Bien que le développement du système de référence soit une des activités principales de ce projet, il n'y a pas encore de données disponibles pour montrer que le système de référence s'est amélioré. En revanche, plusieurs constats vont dans le sens d'une amélioration :

-une Unité de Renforcement du Système de Référence (URSR) a été mise en place et les chefs de service du CHUM se sont effectivement rendus dans plusieurs des districts

d'intervention du projet avec des informations sur le CHUM et des fiches de liaison. La relation entre le CHUM et la DPS a été améliorée par ce processus.

-une vedette, des charrettes et des radios VHF ont été installées dans certaines régions reculées pour faciliter les communications et améliorer les conditions de référence des patients.

-l'activité du service Néonatal montre en 2003 une augmentation des patients venant des districts reculés par rapport à 2001, mais on constate en même temps une augmentation des auto-références. Ceci est particulièrement net en Gynéco Obstétrique où l'augmentation du taux d'accouchement est surtout le fait des accouchements normaux.

Il faut signaler d'autre part le rôle de la DPS et de la GTZ qui œuvrent pour le système de référence dans les établissements périphériques.

5.5.5 Les formations

Un plan de formation a été établi et réactualisé en juin 2003.et les formations actuellement conduites pendant le projet sont résumées dans le tableau présenté en annexe 11.

A la date du 26 septembre 2003, 12 personnels ont reçu une formation au Japon et 8 à La Réunion. Le retard pris par rapport au plan prévu est du en partie à celui des activités du projet et par ailleurs à la crise socio politique de 2002.

Seulement deux des personnes formées ont quitté leur poste d'origine et toutes les autres contribuent au projet dans leurs services.

Certains des résultats des entretiens montrent que :

-la formation des techniciens de maintenance au Japon était bonne dans la mesure où ils y ont acquis les principes de la maintenance de base et se sont familiarisés avec les équipements électroniques. Cependant elle n'a pas répondu aux besoins dans la mesure où ils n'ont pas acquis les compétences leur permettant d'assurer les réparations qui ne sont pas assumées par les fournisseurs à Madagascar.

-les membres du Comité d'Hygiène ont suivi à La Réunion une mis à jour de leurs connaissances et compétences qu'ils ont transmises au reste du personnel de l'hôpital.

-l'infirmière major du Bloc Opératoire a participé à la mise en place du Conseil de Bloc à la suite de la formation en gestion hospitalière qu'elle à reçue à La Réunion.

-la pédiatre formée au Japon a mentionné que tout le contenu de la formation reçue n'était pas directement applicable à la situation au CHUM. mais lui a toutefois permis d'avoir un impact important sur la gestion et le comportement du personnel.

5.5.6 Baisse de la barrière financière

Réduire la barrière financière est probablement le moyen le plus efficace pour améliorer l'accès à l'hôpital ce qui a été défini dans l'objectif 3. Toutefois le résultat n'a pas été obtenu, les activités afférentes concernant le financement des indigents ont commencé seulement en juillet 2003.

Si la suspension de la PFU a été un facteur inattendu de réduction de la barrière financière elle ne semble pas avoir été la seule raison de l'augmentation du nombre de patients, cet objectif ayant déjà été atteint avant la suspension de la PFU.

5.5.7 Autres facteurs

Concernant l'objectif d'augmentation du nombre de patients au CHUM, l'amélioration actuelle du système d'enregistrement au Service Porte a pu cependant introduire un biais dans l'augmentation constatée, dans la mesure où dans le passé tous les patients reçus au CHUM n'étaient pas tous enregistrés.

Par ailleurs, cet objectif a peut-être été fixé à un niveau trop bas, ce qui peut expliquer l'importance et la rapidité de sa réalisation. Il semble nécessaire soit de le redéfinir, soit de l'abandonner.

5.6. Impact

Des impacts tant positifs que négatifs ont été constatés.

5.6.1 Impacts positifs

L'impact le plus positif de ce projet apparaît dans l'établissement du partenariat entre le CHUM et la DPS. Leur collaboration a permis au personnel du CHUM de visiter les districts ruraux, de rencontrer et d'encadrer le personnel de santé, et de prendre conscience des problèmes de santé publique en périphérie.

Par ailleurs, il a été observé un développement des collaborations entre les services, notamment entre la Maternité, la Pédiatrie, les services chirurgicaux et le SUSI.

Un autre impact remarquable est le développement de l'esprit et du travail en équipe et la mise en place d'outils de gestion comme par exemple les fiches individuelles de patients et de référence contre référence.

Au cours de ce projet, la méthode d'approche participative pour la résolution des problèmes a été adoptée tout au long du processus, que ce soit lors du développement du plan d'action, de sa mise en œuvre et de son monitorage. Le fait d'être habitué à une telle approche est le signe d'un fort potentiel pour la poursuite de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Enfin, en raison du nombre accru des patients, le CHUM a augmenté ses recettes et amélioré sa gestion budgétaire. Cette amélioration de la balance financière constitue également un grand potentiel pour son avenir.

5.6.2 Impact négatif

Le seul objectif d'augmenter le nombre de patients comporte un risque éventuel de surcharge de l'hôpital et ceci apparaît déjà pour le service de Gynéco obstétrique.

Des références non justifiées peuvent être la cause éventuelle de cette augmentation de charge et cet aspect doit être sérieusement pris en considération.

5.7. La pérennisation est en bonne voie

Ce projet est encore en cours et il n'est pas possible de se prononcer sur sa pérennisation à ce stade. L'équipe d'évaluation conjointe a pu cependant constater une forte potentialité de pérennisation sous réserve de considérer les points suivants sur lesquels la suite du projet devra porter ses efforts.

5.7.1 Pérennisation financière

L'appui financier apporté aux activités et mini-projet par les partenaires japonais et français est minimal. Le partenaire malgache essaie d'optimiser au maximum le coût des activités en les intégrant entre elles comme par exemple les formations des personnels périphériques organisées lors de la réunion mensuelle à la DPS.

La condition financière du CHUM s'améliorant, certaines ressources pourraient être mobilisées pour financer sa participation aux activités de formation et de supervision des formations sanitaires périphériques qui relèvent actuellement de la DPS.

5.7.2 Facteur humain

La plupart des activités sont de l'initiative des partenaires malgaches fortement motivés et qui se les ont appropriées. La motivation s'est nettement affirmée pendant la crise

socio politique, où les activités prévues telles que la mise en place de l'URSR, la réunion des partenaires et la réunion du « Staff Néonatal » se sont poursuivies sans la présence des conseillers japonais et français.

Un autre signe positif apparaît dans le transfert de responsabilité et de compétence entre les membres du « Core Group » de l'URSR et la jeune génération. Désormais les activités ne sont plus effectuées individuellement mais en équipe.

Cependant, il a été noté une insuffisance du personnel du CHUM concernant en particulier les anesthésistes, les paramédicaux, le personnel d'appui et de maintenance, ce qui limite le bon fonctionnement et l'organisation des services

5.7.3 Facteurs organisationnels

Les différentes activités et mini projets tels que l'URSR, le Comité d'Hygiène, le Conseil de Bloc et le « Staff Néonatal » qui participent à la pérennisation du projet devraient être institutionnalisés, intégrés par les structures de l'hôpital et pris en compte financièrement dans le budget du CHUM.

5.7.4 Maintenance des équipements

Une très grande quantité d'équipements a été mise en place et la rénovation des installations a été conduite. Toutefois, la non disponibilité des appuis techniques et l'insuffisance d'approvisionnement en pièces détachées par les fournisseurs constitue un problème majeur.

Le support budgétaire du financement de la maintenance est également un souci. L'IRCOD a créé un fonds renouvelable mais qui ne concerne que ses dons et ne couvre pas les équipements donnés par la JICA. A long terme, les coûts d'amortissement pour le renouvellement de ces équipements ne sont pas pris en compte dans le budget du CHUM.

VI. RECOMMANDATIONS

Les propositions suivantes vont dans le sens de la pérennisation du Projet et devront être interprétées en fonction des commentaires exprimés dans le chapitre précédent (§5.7).

6.1 A l'endroit du MINSAN

6.1.1 Allouer au CHUM les crédits d'investissement permettant de poursuivre le plan de réhabilitation défini dans le cadre du Projet Tripartite.

6.1.2. Poursuivre dans la voie de l'autonomie financière du CHUM et des autres établissements sanitaires de la province pour permettre la maintenance et l'amortissement des équipements et de déterminer la tarification basée sur le prix de revient de l'offre de service.

6.1.3. Développer dans les autres provinces le modèle de collaboration performant constaté entre le CHUM et la DPS de Mahajanga (par exemple l'URSR).

6.1.4. Prendre en compte le problème fondamental de la maintenance par :

-la mise en place au niveau national d'un système de sécurisation des contrats d'approvisionnement et de maintenance entre les hôpitaux et leurs fournisseurs.

-le développement de la capacité technique de l'équipe de maintenance des établissements sanitaires de référence par la formation continue et le suivi par des experts,

-la création d'un corps de Techniciens de Maintenance Biomédicale dont la formation doit être institutionnalisée.

6.1.5. Organiser des réunions d'échange d'expériences entre les responsables des hôpitaux de référence.

6.2. A l'endroit de la JICA et de la Coopération Française

6.2.1. Après le projet, assurer conjointement avec le CHUM le suivi de sa pérennisation

6.2.2. Afin de réaliser toutes les actions prévues dans le projet FSP 2000-0018, prolonger la convention de financement et maintenir en place l'assistance technique.

6.2.3. La JICA devrait considérer une poursuite de son appui en assistance technique au CHUM.

6.3. A l'endroit du CHUM :

6.3.1.Etendre l'approche par équipes inter service à l'ensemble du CHUM.

6.3.2.Formaliser les conventions de soins avec le secteur privé.

6.3.3.Valider et appliquer les critères de référence pour tous les niveaux du système.

6.3.4.Généraliser l'utilisation des fiches de référence et exploiter les résultats qu'elles peuvent fournir.

Antananarivo, le 30 septembre 2003

Les membres de la mission d'évaluation

Pour Madagascar

Dr RAVAOMANARIVO Jeannine
Service de Suivi et Evaluation du Ministère de la Santé

DR GIVANCE
Directeur du CHR de Toamasina

Pour la France

Dr François-Marie LAHAYE
Direction du Développement et de la Coopération Technique
Ministère des Affaires Etrangères

Pour le Japon

Dr YASUDA Tadashi
Medical Officer
International Medical Center of Japan

Mr TAKE Naoki
Consultant