

Compte-Rendu de l'Assemblée Générale

-

Vendredi 22 Juin – Angers

TABLE RONDE : « Accès aux soins en zone rurale »

1. Intervention Franck Flachenberg : les particularités des interventions santé en zone rurale

Les trois grands types d'accessibilité aux soins : l'accès à l'information, l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière aux services

⇒ **L'accessibilité géographique** : problème le plus évident du fait de l'enclavement souvent plus fort en zone rural qu'en zone urbaine.

Autre frein à l'accessibilité géographique en zone rurale : la rareté, le manque de couverture sanitaire des établissements de santé qui touchent en premier lieu la campagne puisque généralement le système de santé est construit à partir des villes pour être diffusé ensuite à l'ensemble du territoire.

Pour faire face au problème d'accessibilité géographique, les politiques de santé communautaire ont été mises en place dont le but est d'offrir une offre de proximité : dispositifs qui reposent sur les relais communautaire, les volontaire de santé villageois, etc...

Aujourd'hui les évaluations montrent les limites d'une action qui repose sur une participation bénévole.

Si l'on fait reposer la pérennité d'une action santé sur une participation bénévole alors que la personne est en situation de survie économique, il va être difficile d'obtenir le maintien de la motivation. Conscient du problème, beaucoup d'ONGs donnent des t-shirt ou des vélos pour se déplacer mais il semble que cela renforce la motivation durant la durée du projet c'est tout.

Si on met en place un nouveau dispositif de santé, quel qu'il soit, le seul moyen de le pérenniser c'est d'obtenir de l'inclure dans le package de soins global du système de santé dont il dépend. C'est-à-dire obtenir son ancrage institutionnel. Cf guide pérennité.

⇒ **L'accessibilité à l'information** : il est moindre en zone rurale du fait du taux d'illettrisme plus grand, un temps moins grand qui peut être consacré à l'écoute, le manque de diffusion des médias dans les campagnes (radio, journaux peut disponibles).

Ceci est toutefois à relativiser car le milieu rural des PEDs est en pleine mutation.

En matière de sensibilisation et par le passé, on avait coutume de dire qu'il fallait faire du théâtre, des spots radio en zone rurale et réserver les spots télé pour la ville, distinction qui n'est plus forcément pertinente.

Ceci dit, il n'en reste pas moins vrai que pour un ensemble de zones enclavées une action de sensibilisation devra passer par une campagne itinérante de village en village.

Auquel cas, ce qui semble fonctionner, c'est de ne pas se contenter de passer son petit film de sensibilisation mais y adjoindre un film grand spectacle pour accéder à l'ensemble de la population rassemblée.

En matière d'accessibilité à l'information, le rapport OMS 2004 fait valoir que c'est avant une histoire de classes sociales plus que de milieu rural ou urbain. Quand on est d'un milieu plus « aisé » on a plus facilement accès à l'information, une meilleure connaissance et une plus habitude de faire jouer ses droits, etc..

⇒ **L'accessibilité économique** : problématique aujourd'hui importante du fait de la fin des politiques de gratuité dans le monde.

Le revenu est souvent moindre en milieu rural que dans les villes. En dehors de la question de ce que les gens peuvent payer pour leur santé, s'ajoute également un problème de disponibilité en argent. A certaines périodes de l'année, les paysans n'ont pas de liquidité. C'est pourquoi il peut être utile lorsqu'on met en place un système de soins payant, de considérer les saisons.

Une expérience qui marche pour prendre cela en compte c'est de mettre parallèlement en place un fond de solidarité sur la base des tontines qui préexistent souvent (femmes qui se réunissent toutes les semaines ou tous les mois et ont l'habitude de mettre un peu d'argent de côté)

Les gens capitalisent ainsi leur argent et peuvent le dépenser pour d'autres choses, dont lorsqu'un des membres tombe malade.

En dehors du coût de la consultation et des prescriptions qui vont avec quel est le coût de l'accès aux soins quand il s'agit d'aller en ville pour se faire soigner ? (en zone rurale les soins se limitent souvent au premier niveau et le patient est souvent référé) : si on veut prendre en compte les populations les plus vulnérables on est bien obligé de considérer toutes les dépenses réelles pour accéder aux soins de ville.

. Le prix de la consultation

. Le prix du déplacement

. Le prix de l'hébergement sur place (il dissuade souvent les gens de venir. Ceux qui vont se faire soigner en ville sont souvent ceux qui ont de la famille, ou des proches en ville. Les autres ne peuvent pas faire face au coût)

. Le prix du manque à gagner si c'est la personne qui ramène l'argent dans la famille.

Cela fait beaucoup parfois et de fait on observe souvent une forte exclusion économique au service

Alors que peut-on faire pour pallier cette exclusion?

- les mutuelles/assurances semblent fonctionner en ville, pour les classes moyennes. Moins en milieu rural et presque pas pour les populations vulnérables économiques.

- autre solution, monter en partenariat avec les autorités un fond social. Certaines ONGs ont pris l'ensemble de ces coûts en compte lorsqu'ils ont mis en place des fonds sociaux.

La difficulté réside pour pouvoir identifier ceux qui peuvent et ne peuvent pas payer. Il n'y a pas de fiches de salaires. Ce qui fait la fortune de quelqu'un ce n'est pas forcément ce qu'il gagne, ce peut être de quelle famille il appartient. En effet, ce qui va jouer en cas d'épisode malade c'est souvent la possibilité ou non d'aller voir un oncle pour obtenir l'argent pour se payer le médecin.

Il existe aujourd'hui des outils économique pour évaluer ce qu'on appelle la capacité contributive d'une population, ce qu'elle peut payer. Par exemple, une classification du revenu basée sur la forme de la maison (en chaume, en dur, le cheptel, etc.).

Il existe par ailleurs d'autres études économiques pour mesurer la capacité à payer des gens, le pourcentage d'exclusion etc.

Enfin, **3 autres types de particularités** du système de soin en milieu rural qui concernent les élus, la communauté, le personnel soignant:

- les **politiques de décentralisation** : ajoute un acteur de plus au niveau communal. Le problème étant que les communes rurales ont la responsabilité du financement de la santé alors qu'il lève très peu d'impôts locaux .

D'où la nécessité d'agir au niveau local mais de maintenir un lien au niveau central.

- La **communauté**. Les politiques de santé communautaire sont souvent en place en milieu rural. Elles consistent donc en des structures de santé gérées par des membres élus de la population. Là aussi, il faut prendre en compte ce nouveau type d'acteurs, d'autant que la relation personnel soignant – comité de gestion est souvent délicate..
- Le **personnel de santé** : l'enclavement rend difficile le maintien du personnel dans les centres de santé, il y a beaucoup plus de roulement. Ce pourquoi, il peut être utile, si l'on travaille à la mise en place d'une structure sanitaire périphérique de réfléchir à des compensations, type logement de fonction, etc..c'est vrai que tenir un centre de santé en plein désert n'est pas évident. Autre tactique : former du personnel provenant de la zone. Mais pour s'assurer que la personne formée en ville revienne, l'expérience montre qu'il vaut mieux contractualiser entre la personne et sa commune car ainsi la parole donnée est mieux respectée (parole de revenir exercer un temps dans la zone d'origine).

En 2004 on a mené des études dans un groupe pérennité avec AOI pour voir ce qui marchait et ce qui ne marchait pas en terme de pérennité. C'est-à-dire, 3 ou 4 ans après l'intervention on repasse et on voit ce qui reste. Car il y a souvent des échecs.

Quelles sont les leçons à retenir de ces études :

1. une véritable co-élaboration des projets pas une simple validation
2. une contractualisation claire, précisant droit et devoir de chacun dans le projet et après l'arrêt de l'appui apporté
3. une bonne analyse du cadre institutionnel, juridique au démarrage du projet
4. une planification de la montée en puissance du partenaire dans le projet
5. une bonne quantification du coût pour le maintien du fonctionnement de la structure
6. une véritable stratégie de communication pour l'ancrage institutionnel.
7. un langage vérité sur les possibilités – ou non – de pérennité

2. ILLUSTRATIONS : LE POINT sur DIFFERENTES SITUATIONS et PROJETS

LAOS : Christopher Holmgren

Christopher Holmgren a présenté le travail d'analyse de situation réalisé pour le démarrage de la mise en place d'une stratégie dans l'accès aux soins en zone rurale.

Pour cette analyse, nous avons travaillé sur plusieurs sites dont

- Vang Vien
- Sant tong

Quelle analyse ?

On se rend compte que les enquêtes épidémiologiques ne sont pas très utiles. Mais les tendances et les chiffres sur l'absence de TT sont intéressants : une aggravation des données est nette, et l'absence de TT dénote le manque d'accès aux soins dentaires.

Le travail d'analyse est plutôt recentré sur des interviews à l'aide de questionnaires, dans les hôpitaux, les villages, les centres de santé. Plusieurs acteurs sont interviewés :

- Directeur hôpital
- Volontaire Santé Villageois
- Chef de santé du district
- Dentiste de l'hôpital
- Chef de village
- ONG qui travaille sur place : savoir ce qu'ils font sur place

Les principaux questionnements se posent autour des ressources

- personnel :
- équipement
- consommable : dans les centres de santé : quel type d'approvisionnement ? (notamment en médicaments)

Du côté des cabinets dentaires, le contrôle de l'infection est mauvais voire absent, et la fréquentation assez faible.

Conclusion :

Si l'on cherche à mettre en place une stratégie d'offre de soins en milieu rural, il faut réfléchir à la pérennisation possible de ce service.

Aujourd'hui, au Laos, il est peut-être trop tôt pour commencer à penser à une offre de soins publique alternative en dentaire type ART?

L'approche prévue consiste à monter un projet pilote à coût limité et que l'on puisse facilement évaluer. Une extension ne sera envisageable que si les résultats sont suffisamment convaincants et pérennisables.

CAMBODGE Bernard Decroix – François Courtel

Le retour sur une expérience de formation d'infirmiers dentaires (ID) a été présentée: formation depuis plus de 10 ans d'infirmiers généraux dans un RTC (Regional Training Center) à Kampong Cham

Contexte :

Population en milieu rural : 80%

Population vivant en dessous du seuil de pauvreté 38%

Les ressources humaines du secteur dentaire

Dentistes: \approx 400

Infirmiers dentaires: 320

Dentistes traditionnels \approx 300

Démarrage de la formation

en 1992 , le nombre de dentistes est réduit (moins de 100)

Les dentistes traditionnels compensent ce manque, mais ne sont pas formés

Suite à un atelier pour le 1er programme national, il a été décidé de mettre en place la formation

Le personnel formé

Infirmiers généraux affectés dans des centres de santé

Ils ont une double activité médicale et dentaire

Durée de la formation

De 6 mois à 1 an (3 modules ou 5 modules)

Actes enseignés

Extractions et soulagement de la douleur

ART
Détartrage
Programmes de prévention dans les écoles

Centre de formation

Il est intégré dans l'école de formation des infirmiers à Kompong Cham (province importante)

Formations pratiques au centre :

Evaluations du centre de formation
5 évaluations (rapports disponibles)

Aspects + :

-> qualité du centre : hygiène, enseignants, structure, curriculum, manuels d'enseignement...

Aspects - :

- longtemps soutenu par des ONG ... transitions difficiles lors de l'arrêt du soutien: fuite des enseignants, moins de candidats intéressés (fin des per-diems pour le personnel formé), perte de motivation des enseignants, besoin de ré-adapter la formation...

Evaluations du travail des infirmiers

En 2002 (Dr Tepirou, master santé publique) :
70 % du personnel exerce une activité mixte (dentaire / médicale)
14 % uniquement dentaire
16 % ont arrêté l'activité dentaire

Activité des infirmiers (en moyenne mensuelle)

15 extractions
10 traitements ART
9 détartrages

Avis des infirmiers sur les obstacles pour effectuer plus de soins dentaires :

- Manque de matériel et consommables
- Trop occupés par les tâches médicales
- Manque de soutien des supérieurs
- Manque de budget pour les activités dentaires
- La population manque de connaissance des pathologies dentaires

Projet pilote en 2005-2006 :

Comment évolue l'activité quand ils ont suffisamment de matériel et de supervision ?
L'équipement et supervision de 3 centres pendant 1 an a entraîné une **forte augmentation de l'activité**

		Extractions	ART
Activité de référence T 0	centre de santé 1	33	0
Trimestre 1		144	42
Trimestre 2		176	53
Trimestre 3		87	19
Trimestre 4		107	49
Activité de référence T 0	centre de santé 2	25	0
Trimestre 1		44	18
Trimestre 2		104	54
Trimestre 3		130	17
Trimestre 4		143	27
Activité de référence T 0	Centre de santé 3	62	0
Trimestre 1		118	84
Trimestre 2		110	78
Trimestre 3		104	103
Trimestre 4		165	74

Evolution de l'activité des 3 centres

Analyse sur la formation

Aspects + :

- Qualité du centre de formation
- Bonne répartition géographique des infirmiers dentaires (dentistes en ville et infirmiers dentaires en province)
- Les infirmiers dentaires remplacent progressivement les dentistes traditionnels
- Les infirmiers dentaires permettent à la population rurale d'avoir accès à des soins de qualité proche de chez eux
- Forte activité s'ils sont soutenus

Aspects - :

- Evolution du centre de formation ??
- Manque de soutien une fois formés, manque de matériel...
- Activité limitée sans soutien
- Hygiène variable selon les centres, mais c'est souvent meilleur que les dentistes...
- La durée de formation est-elle justifiée ?

Réflexions :

- La durée de formation est-elle justifiée ? 6 à 1 an est sûrement trop long.
- Est-ce adapté de les former aux détartrage ?
- Quel avenir pour la formation ? Les étudiants ne se bousculent plus, car il n'y a plus de per-diem et ils doivent partir 6 mois à 1 an loin de chez eux...
- Les meilleurs enseignants sont partis
- Ils se demandent s'ils doivent intégrer la formation dans la formation initiale des infirmiers

MADAGASCAR : Christophe Herran – Alexis Thiriez

Formation et suivi de médecins généralistes communautaires à Madagascar Le programme de l'ONG santé Sud

Installation, suivi et formation de 43 médecins de 2002 à 2006.
Il est prévu l'installation de 30 autres médecins de 2006 à 2009.

AOI est partenaire de Santé Sud :

2 objectifs

Le projet consiste à donner une formation complémentaire en traitement de l'urgence dentaire et en contrôle de l'infection et à des médecins généralistes installés en zone rurale.

Programme de formation

- Juillet 2005: formation de 4 médecins au traitement de l'urgence dentaire et 13 en contrôle de l'infection.
- Septembre 2006: formation de 11 médecins en traitement de l'urgence dentaire et 15 en contrôle de l'infection.

Formation progressive

- Contrôle de l'infection pour le médecin débutant.
- Traitement de l'urgence dentaire pour le médecin confirmé.
- Perfectionnement en traitement de l'urgence dentaire.

Mission du 8 au 18 avril 2007

- Supervision formative pour 10 médecins en TUD.
- Évaluation du contrôle de l'infection de 7 cabinets médicaux

Résultats de 13 médecins en traitement de l'urgence dentaire

- 7 médecins sur 13 font 13 consultations bucco dentaires par mois.
- 5 médecins sur 13 font 9 extractions par mois

Facteurs favorables

- Médecins libéraux.
- Intégrés dans des aires de santé de 7 à 10 000 personnes.
- La CTA organise un suivi et une formation continue de qualité.
- La formation, le matériel et les consommables sont de qualité.
- Les besoins existent, la demande????

Les freins de l'activité,

enquête auprès des médecins.

- Freins économiques: périodes de soudure et tarification trop élevée.
- Automédication.
- Tradipraticiens.
- Freins culturels: peur de l'hémorragie, extraction qui diminue la force.

de manière plus générale.

Économiques et culturels: le prestige social passe avant la santé.

La personnalité joue beaucoup : timidité ou non du confrère, problème de vocation

Résultats en contrôle de l'infection de 7 cabinets.

- 4 ont une partie réservée à l'hygiène-désinfection.
- Distance au point d'eau de 140 m.
- Aiguilles et tranchants: 4 ont un container, 2 des bouteilles plastiques, 1 ne sépare pas.
- Élimination des déchets en fosse perdue ou brûlés et enfouis.

Pré désinfection

- Protocoles affichés.
- Trempage immédiat: un des médecins ne le fait pas.
- Temps d'immersion respecté.
- Gants de ménage.

Désinfection à la vapeur d'eau.

- Protocole affiché.
- État, fonctionnement de la cocotte minute: légères traces de rouille dans 3 cas.
- Temps respecté.
Entretien sols et surfaces
- Nettoyage journalier.
- Nettoyage hebdomadaire, désinfection des sols et surfaces: 4 sur 7.
- 3 médecins sur 7 emploient une aide ménagère.

Recommandations

- En Traitement de l'urgence dentaire : favoriser le regroupement de médecins pour des sessions cliniques entre eux.
- Faire des supervisions plus rapidement après les formations.
- Finaliser et signer la convention avec le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes.
- En contrôle de l'infection: préciser certains points pour améliorer la formation et les protocoles.

Conclusion

Les résultats en contrôle de l'infection sont satisfaisants.

Une partie des médecins a une activité trop faible en traitement de l'urgence dentaire. Ceci reste une activité annexe pour les médecins

Les recommandations doivent être appliquées pour améliorer le volume d'actes: on parlera à ce moment d'un véritable service rendu à la population.

BURKINA FASO : Isabelle Thiébot

En essayant de travailler dans le domaine de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement comme le Burkina Faso, nous devons cibler les priorités de ce champ de la santé générale qui n'est déjà pas une priorité, en comparaison aux plus problèmes de santé plus graves que rencontrent ces populations ; Nous avons donc décidé de travailler sur le soulagement de la douleur.

D'autre part, les services dentaires que nous avons réhabilités il y a quelques années sont sous-utilisés voire pas du tout utilisés. Cependant, à Orodara, un petit cabinet en zone rurale semble mieux fonctionner que dans certaines villes... ?

Dans la région d'Orodara, la priorité est donnée aux centres de santé (CSPS) : Choix de 5 CSPS, selon les critères suivants :

- Motivation
- + 50 Km d'Orodara
- Ressources suffisantes en infrastructure et personnel

Stratégie d'Accès aux soins :

Formations de personnel en poste aux actes d'urgence en odonto-stomatologie . Ces personnels travaillent dans les CSPS et ne pratiquent quasiment que des extractions.

- On diminue la distance et les coûts
- Actes limités au soulagement de la douleur (essentiellement extractions)

Quels Résultats ?

- 3 infirmiers en poste sur 9 formés au départ
- 15 à 17 ext° par mois. (La première année)
- Ext° = 2000 FCFA + coût des antibiotiques

→ c'est une offre de soins qui reste utilisée par la population

Or la demande de la population au départ est axée sur un accès géographique et financier amélioré

- Lorsque l'acte est réalisé en ville (Orodara), le coût de l'extraction, de l'ordonnance et du déplacement représente jusqu'à 1/5 du salaire mensuel

Avec les infirmiers dentaires, on les diminue de moitié : la population est prête à faire cet effort.

Problèmes et blocages ?

- Le problème reste toujours l'accès économique, y compris pour la prévention : ex du coût du dentifrice qui pour une famille de plusieurs enfants n'est pas négligeable. Cependant il y a une qualité objective des soins reconnue par la population.
- Problèmes du départ de l'infirmier ; Pb des mutations (lié à la formation locale → la question se pose de développer la formation au niveau national ?)
- Pb de la motivation du personnel à tous les niveaux.
- Pb de l'ancrage institutionnel : AOI finance encore formation et supervision
- Pb de la contractualisation : il faut penser au départ de l'AOI, quel est alors le rôle de l'ONG sur un projet pilote
- Pb de l'ancrage professionnel : il y a au B. Faso peu de dentistes avec un profil de santé publique pour pouvoir coordonner sur le long terme cette formation et l'activité des AOS
- Pb des salaires et des Perdiem
- Cette formation n'est pas un programme transversal

Conclusion :

Le projet représente une expérience globalement positive, même si la situation n'est pas totalement réussie pour être élargie au niveau national.

D'importants problèmes de pérennité et d'intégration se posent encore aujourd'hui.

