

# Rapport de mission AOI pour Santé Sud

## 27 Août - 11 Septembre

-----

### 1. Cadre d'intervention.

A l'exemple de son expérience au Mali, Santé Sud développe un projet d'installation de médecins en zones rurales pour contribuer à résoudre deux problèmes; le chômage des médecins malgaches et la sous- médicalisation des campagnes. Les bénéficiaires directs sont les médecins à la recherche d'un emploi et les bénéficiaires indirects, les populations rurales.

Ce programme est mis en œuvre par une "Cellule Technique d'Appui" à la médecine privée communautaire basée à Antananarivo qui réalise:

- l'installation des médecins en quatre étapes: choix des sites et des candidats, étude de faisabilité, contractualisation, supervisions.
- un appui institutionnel(gestion, organisation, vie associative).
- la formation continue(qualité des soins).

L' action se déroule dans les provinces d'Antananarivo et de Tuléar.

Le projet a démarré en décembre 2002.A ce jour, 43 médecins sont installés assurant la couverture médicale d' environ 400.000 personnes.

L' AOI, partenaire de Santé Sud, intervient pour la mise en place intégrée d'un programme de traitement d' urgence dentaire et d' hygiène désinfection dans les cabinets médicaux.

### 2. Les objectifs

Notre mission intervient après celle de juillet 2005 qui consistait à former 4 médecins en traitement d'urgence dentaire (TUD) et 13 autres médecins en hygiène désinfection(HD).

Cette année, l'objectif est double:

- supervision de 2 médecins en TUD avec HD intégrée et 3 médecins en HD,
- formation de 11 médecins en TUD et 15 autres en HD.

Comme l'an dernier, la formation en HD est destinée à des médecins récemment installés, le TUD étant réservé à des praticiens qui ont déjà atteint ou dépassé les objectifs de l'étude de faisabilité, en terme de revenus et d'activité.

### 3. Déroulement de la mission

#### 3.1 Supervision des 5 médecins en hygiène désinfection

Cette supervision s'est déroulée sur 5 jours et nous n' avons visité que 5 cabinets en raison de l'enclavement de certains sites. C'est la conséquence de l' installation de médecins dans des trous de la carte sanitaire, là où n'existe pas d'autre offre de soins.

Voici les résultats des grilles d'évaluation qui représentent des valeurs moyennes des 5 cabinets.

- Ancienneté dans l'installation: 2 ans.

➤ Nombre de consultations par jour: 13

➤ Locaux:

- Une salle de consultation et une salle d'examen.
- Les sols sont en ciment , ciré dans 4 cabinets.
- 3 cabinets ont un éclairage solaire, les 2 autres s' éclairent à la bougie.

➤ Accès à l' eau:

Les puits sont proches sauf un qui se trouve à 800 mètres. La qualité de l'eau est médiocre et les médecins traitent leur réserve d'eau avec Sur'eau qui est une solution d'hypochlorite de sodium .Ce produit a une bonne accessibilité géographique et économique parce qu'il est diffusé dans le cadre d'un programme national en partenariat avec plusieurs ONG.

Seul un des médecins utilise une eau de source qui arrive par adduction et robinet collectif à 60 mètres de son cabinet.

Tous ont une réserve d'eau en bon état provenant de la dotation initiale.

➤ Traitement des déchets:

Tous jettent les aiguilles et les tranchants dans une boîte sauf un qui mélange tout.

Seulement 2 sur 5 séparent les déchets sanglants des déchets courants: ils sont incinérés ou enfouis.

Pour les déchets courants , ils sont soit jetés , soit incinérés.

➤ Procédure de pré désinfection.

L'instrumentation métallique est mise à tremper de suite après l'acte opératoire mais 2 des médecins utilisent une solution d'eau de Javel. Nous leur avons fait part de cette incompréhension et avons souligné l' effet nocif de fixation des protéines .

Les 3 autres praticiens utilisent de l' eau savonneuse conformément à nos recommandations. Les temps de trempage sont respectés ainsi que le reste du protocole.

➤ Désinfection à la vapeur d'eau :

Seuls 2 praticiens ont affiché les protocoles mais tous les connaissent et les appliquent, notamment le temps respecté.

Les cocottes minute sont en bon état mais une est en aluminium qui provoque la corrosion de l'instrumentation: nous avons recommandé de la changer.

L'état de l'instrumentation est satisfaisant et nous avons recommandé de ne faire de désinfection à froid au Javel qu' exceptionnellement en raison du risque sévère de corrosion.

Les bouteilles de gaz de 9 Kg à 150 000 Fmg sont chères mais leur durée d'utilisation moyenne de 3 mois en fait une méthode de désinfection économiquement accessible.

➤ Entretien des sols et surfaces :

3 des médecins ont un aide uniquement pour l'entretien des locaux.

Dans tous les cabinets ,un balayage est assuré quotidiennement et un lavage des sols une à deux fois par semaine.

### **3. 2 Supervision des 2 médecins en TUD**

Prévenus de notre visite, quelques patients attendaient pour une consultation bucco dentaire. Nous avons constaté que les docteurs Roger et Haja avaient une bonne maîtrise des extractions dentaires.

Accueil, interrogatoire, examen exo et endo-buccal satisfaisants, techniques d'anesthésie et chirurgicale maîtrisées, prescription médicale et conseils post opératoires appliqués.

Nous avons recommandé à un des médecins une meilleure ergonomie, notamment la préparation du plateau chirurgical dont découle en partie l'asepsie du soin.

Après examen des relevés mensuels d'activité sur un an, le Dr Haja a 13 consultations bucco dentaires par mois qui ont entraîné 7 extractions. Le Dr Roger a fait 10 extractions par mois avec 3 complications sur 10 mois qui ont nécessité la référence dont il a assuré le transport.

### **3.3 Session de formation en traitement d'urgence dentaire**

Elle s'est déroulée du dimanche 3 au jeudi 7 septembre. Nous avons formé 11 médecins divisés en 2 sous groupes pour les travaux pratiques puis 4 groupes pour la clinique.

L'organisation de la session s'est faite en fonction de l'arrivée des patients, en général nombreux le matin.

Au programme 7 modules théoriques issus directement du polycopié AOI "Formation des Médecins Généralistes Communautaires en soins de santé bucco dentaire":

- anatomie
- recommandations en hygiène dans les centres de soins ( Power point AOI)
- examen clinique, questionnaire médical (travail en groupe)
- pathologie buccodentaire
- prescription médicale
- prévention en santé buccodentaire
- intégration du TUD dans l'activité du Médecin Généraliste Communautaire.

Egalement au programme, 3 travaux pratiques en sous groupes:

- reconnaissance d'instruments
- techniques d'anesthésie sur modèles
- techniques d'extractions , manipulation d'instruments sur modèles

Comme l' an dernier nous avons favorisé une méthode participative, des séances animées de questions réponses, du travail par petits groupes. Nous avons utilisé des outils pédagogiques simples et adaptés: maquettes dentées avec fausse gencive souple, scanners, dents extraites, planches anatomiques...

Pas d'électricité donc pas d'ordinateur ce qui nous convient parfaitement.

Et pour une session essentiellement clinique, des patients traités dans les conditions réelles d'un cabinet médical de campagne: 52 patients et 72 dents extraites soit 6,5 dents par praticien.

Lors de l'enquête auprès des médecins, nous avons calculé que les services de référence sont en moyenne à 54 km du cabinet, soit 3 heures de taxi brousse et parfois une partie à pied.

Le coût du transport et de l'extraction dans le cabinet dentaire du CHR ou du centre hospitalier de district s'élève à 12000 Ariary soit 4.5 euros, une somme exorbitante pour le paysan malgache.

L' évaluation post formation nous enseigne :

- points forts:
  - pédagogie active, répétition des messages importants,
  - participation active des médecins,
  - nombre suffisant de patients,
  - ambiance décontractée, camaraderie formateurs MGC,
  - matériel individuel et complet,
  - bons supports visuels.

- points faibles:
  - pas de supervision immédiate après la formation,
  - répartition inéquitable des patients entre les MGC,
  - durée trop courte de la session.

### **3.4 Session de formation en contrôle de l' infection**

Comme l'an dernier, elle s'est déroulée sur une journée et demie. Douze médecins plus récemment installés y participaient.

L'enquête préliminaire nous apprend que l'accès à l' eau est à 55 mètres en moyenne sauf 3 cabinets où l'eau est à un kilomètre. 7 cabinets sont desservis par de l'eau de puit tandis que 5 ont accès à de l'eau de source. En raison de la mauvaise qualité, les médecins font un traitement au Sur'eau, solution d'hypochlorite de sodium.

7 cabinets disposent de 2 pièces de travail mais 5 n'en ont qu'une.

Nous présentons "Recommandations en hygiène dans les centres de soins en zone rurale", document Power Point en 85 diapositives de l' AOI. Ce diaporama complet nécessite une grande partie de la matinée pour présenter quelques données théoriques, la transmission de l'infection, la prévention d'une contamination c'est à dire l'évaluation du patient, la protection individuelle, le traitement de l'instrumentation, les sols et surfaces et l'établissement de protocoles.

2 groupes de travaux pratiques ont participé à l'asepsie des soins avec mise en situation et traitement de l'instrumentation.

## **4. Les critères de mise en place du programme de TUD**

L'analyse ne se réduit pas à la formation mais de manière plus large à la mise en place du programme de TUD.

### **4.1 . Demande de soins**

#### **➤ Facteurs de réussite**

- La demande en urgence dentaire doit être exprimée au cabinet médical: l'enquête lors de la formation TUD donne une moyenne de 12 patients par mois pour les médecins qui ne pratiquent pas encore les extractions.
- L'aire de santé doit avoir une population suffisante : 9500 habitants en moyenne pour les 11 médecins formés
- A Madagascar le CAO est élevé, beaucoup plus qu'en Afrique de l'ouest: 6,8 à 18 ans, 13,1 à 35-44 ans. La faible teneur en fluor des eaux de boisson et le manque d'hygiène en sont les principales raisons. Le stage clinique a confirmé que la demande était inférieure aux besoins dans un contexte bucco dentaire catastrophique.
- La ressource économique doit être suffisante, les zones rurales à Madagascar étant rarement prospères. La région d' Andranomena , lieu de la formation, est une région de terres fertiles où l'agriculture est riche et variée.

#### **➤ Facteurs d' échec**

- Nous ne négligeons évidemment pas la tradition de l'épargne zébu qui concurrence durement la dépense de santé. Le facteur culturel est indissociable de la composante économique.
- Une enquête de population sur les 50 patients que nous avons traités eut été utile. Quelques questions simples aurait permis de mieux connaître la demande, de mieux cerner "l'empêchement de vivre": la douleur vous a t'elle empêché de dormir, de travailler au champ, de manger?

## 4.2 . Offre de soins

### ➤ Facteurs de réussite

- **Activité suffisante du cabinet:**  
Les médecins formés en TUD sont installés depuis 17 mois en moyenne, ils ont dépassés leurs objectifs par rapport à l'étude de faisabilité et ont souvent signé une convention avec le district dont ils assurent la couverture vaccinale. Le TUD représente donc pour eux une extension du PMA , une source de revenu en plus, facteur de pérennité.
- **La qualité des soins**  
Facteur fondamental de réussite, c'est le cheval de bataille des 2 médecins coordinateurs de la cellule technique d'appui: c'est également le notre en termes de qualité d'accueil, d'anesthésie lente, de chirurgie délicate, de conseils post opératoire, de prise en charge de la douleur .Ce sont aussi la compétence, la qualité de la désinfection, la bonne tenue des locaux, le respect des protocoles...En zone rurale où le praticien ne peut travailler que parfaitement intégré à la communauté, sa renommée est intimement liée à la qualité des soins.
- **Formation de base et formation continue de qualité.**  
Pendant les études de médecine, les étudiants font un stage de stomatologie où ils sont sensibilisés aux problèmes bucco dentaires. L'évaluation de nos sessions de formation donnent des résultats satisfaisants, surtout pour leur aspect clinique, transposables à la réalité du terrain.
- **Services de référence opérationnels:**  
Ce sont les troisième et quatrième objectifs de la Politique Nationale de Santé Bucco-dentaire, à savoir la création de 46 nouveaux cabinets dentaires et la réhabilitation de 69 cabinets existants. Ainsi les 111 districts sanitaires auront un cabinet dentaire fonctionnel. Localement, il faut noter l'initiative d'un des praticiens qui a emmené un de ses patients en moto au cabinet dentaire du CHD : voilà un exemple de référence effective.
- **Intégration du TUD:**  
Le contrôle de l'infection et le TUD sont intégrés annuellement dans les formations du programme Santé Sud Madagascar pour les médecins débutants et confirmés .  
L'activité est également intégrée par un Relevé Mensuel d'Activité(RMA) spécifique au bucco-dentaire que nous avons simplifié et rendu trimestriel.  
La mise en place du contrôle de l' infection profite à la sécurité de toute l'activité du cabinet, notamment le traitement de l'instrumentation chirurgicale.  
L'intégration au niveau du district sanitaire est plus difficilement mesurable: il n'existe qu'une ligne sur le RMA standard qui part au district .
- **Plateau technique de qualité:**  
Les praticiens ont un équipement de base suffisant: bureau, armoire de rangement, lit d'examen, matériel de lavage et désinfection très adaptés. Ils reçoivent de l' AOI un kit dentaire 20 instruments avec une dotation en consommables.
- **Renouvellement en consommables:**  
Les praticiens passent leur commande à la CTA qui transmet dans différents dépôts. Ce système est pérenne et les médecins viennent régulièrement se réapprovisionner dans la capitale.
- **Tarifification:**  
Il est recommandé par le coordinateur médical de pratiquer des prix peu élevés pour favoriser l'accès des traitements au plus grand nombre. Nous avons fait ensemble une étude de coût d'où

il ressort qu'on peut pratiquer 2 tarifs différents pour les molaires et les monoradiculées: nous avons recommandé aussi la modération en cas d'extractions multiples. Mais les anesthésiques de qualité( Articaine) sont onéreux.

#### ➤ **Facteurs d' échecs**

- Abandon de poste  
2 médecins sur 4 formés en TUD ont quitté le programme l'an dernier. Ces cas sont rares surtout pour les praticiens en deuxième étape déjà bien implantés. Ces praticiens sont des libéraux et ne sont donc pas soumis aux incessantes mutations.
- Manque de supervision post formation:  
C'est le facteur d' échec le plus important ; après 5 jours de formation, le médecin est livré à lui même et peut être déstabilisé après avoir été confronté à une difficulté. C'est ce que plusieurs d'entre eux ont formulé lors de l'évaluation. Il a été demandé au médecin coordinateur du programme de superviser l' activité dans les 3 à 6 mois après formation;nous lui avons laissé les documents prévus à cet effet et lui avons demandé de transmettre les RMA bucco-dentaires. Il pourra le faire dans la mesure ou il passe un à deux jours dans chaque cabinet pour une supervision globale et formative.

## **5. Recommandations**

Elle tiennent à renforcer la formation et à installer durablement le service d'urgence dentaire dans l'activité du cabinet médical: 3 solutions sont envisageables:

- Supervision intégrée par le médecin coordinateur qui passe une à deux journées dans chaque cabinet: il serait possible qu' il s' occupe également de superviser l' activité dentaire et l'hygiène désinfection à condition que son emploi du temps lui en laisse le loisir. Des documents lui ont été transmis à cet effet.
- Supervision par un membre de l' AOI ce qui prendrait beaucoup de temps pour visiter les onze cabinets et représenterait donc un coût plus élevé. Mais la supervision serait faite par un chirurgien dentiste mieux préparé à gérer les difficultés .
- La troisième solution est intermédiaire; l'AOI pourrait organiser des stages de perfectionnement par petits groupes de médecins proches géographiquement, environ 6 mois après la formation .Il s' agirait de stages cliniques qui auraient de double avantage de superviser et de former. Nous savons par expérience que la faible activité et le manque de suivi entraînent à moyen terme l' arrêt de l' activité.

## **6. Conclusion**

A Madagascar, les mauvais indices bucco dentaires de l' OMS sont vérifiés sur le terrain:l'état dentaire catastrophique a pour conséquence des infections sévères et des douleurs récurrentes: la vie quotidienne de ces personnes en est perturbée . Par l'accessibilité économique et géographique du service rendu, le programme de TUD apporte une réponse adaptée et trouve pleinement sa justification.

Cette offre de soins d' urgence s'intègre dans la Politique Nationale de Santé Bucco Dentaire qui grâce au programme préventif de sel fluoré, tendra à améliorer l'état dentaire de la population malgache.

L 'AOI continuera les formations et le suivi du programme de façon à l' étendre aux autres médecins : nous serons attentifs à favoriser la qualité des soins et un niveau d' activité suffisant :ce sont les conditions essentielles de la pérennité.