



Evaluer • Echanger • Eclairer



Santé dentaire
Solidarité
Développement



Evaluation Externe du Projet d'appui au développement intégré de la santé orale à Laos et à Madagascar Phase 2 (2017 – 2020) Rapport final et annexes 479 Ev AOI

Octobre 2021

Martin BEVALOT

Chef d'équipe consultant Santé Publique, expert Suivi Evaluation

Emilie DECAT

Expert Associé Chirurgien-dentiste, expert évaluation en santé

Didier BERTRAND

Chargé d'évaluation Laos Consultant chercheur sociales santé et santé, MEAL

Ignace Bien-Aimé RANDRIAMIDONA

Chargé d'évaluation Madagascar Médecin Master Management Santé Publique

Onimanitra FARAMBAHINY

Chargé d'évaluation Madagascar Médecin Master en Sciences de la Santé Publique

Sommaire

Résumé Exécutif	3
Acronymes	11
Liste des figures et tableaux	12
1. Rappel des objectifs et enjeux de l'évaluation	13
2. Appréhension du contexte et compréhension des enjeux	13
2.1. Contexte général	13
2.2. République Démocratique Populaire Lao	15
2.3. Madagascar	15
2.4. Historique du projet	16
3. Méthodologie de l'évaluation	18
4. Résultats de l'évaluation	22
4.1. La démarche de l'AOI	22
4.2. Résultats de l'évaluation : Madagascar	23
4.2.1. Analyse des résultats.....	23
4.2.2. Partenariats	31
4.2.3. Pérennité et transférabilité	34
4.2.3.1. La pérennité du volet PCI	34
4.2.3.2. La pérennité du volet Fluor	35
4.2.3.3. La transférabilité/ Mise à l'échelle	36
4.3. Laos	37
4.3.1. Analyse des résultats.....	37
4.3.2. Partenariats	48
4.3.3. Pérennité et Transférabilité	53
4.3.3.1. La pérennité	53
4.3.3.2. Transfert / Mise à l'échelle	54
5. Analyse transversale globale	56
5.1. Transfert ou mise à l'échelle	56
5.2. Prise en compte du genre	57
5.3. Dynamique Inter-pays	58
5.4. COVID	59
6. Conclusion	60
7. Recommandations pour la Phase 3	60
7.1 Globales	60
7.2. Madagascar	61
7.2.1. Recommandations stratégiques	61
7.2.2. Recommandations opérationnelles.....	62
7.3. Laos	62
7.3.1. Recommandations stratégiques.....	62
7.3.2. Recommandations opérationnelles.....	62
8. Annexes	65

Résumé Exécutif

Rappel des objectifs

Cette évaluation concerne le programme d'appui au développement intégré de la santé orale au Laos et à Madagascar à l'issue de la phase 2 cofinancée par l'AFD (2017-2021). Cette évaluation a pour objectif de mesurer et d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs du programme. Elle a également un objectif d'identification des mécanismes d'efficacité en lien avec les critères de transférabilité et de déploiement, l'analyse des partenariats et des relations inter pays. Enfin cette évaluation apporte des éléments d'analyse permettant de compléter une nouvelle proposition pour une 3ème phase.

Méthodologie de l'évaluation

Une méthodologie mixte d'enquête qualitative et quantitative, itérative et à forte dimension participative a été développée. Afin de conduire ce processus évaluatif, tous les acteurs du programme ont été sollicités et mis à contribution sur la base systématique d'une démarche participative et d'une adaptation aux réalités et contraintes du programme et de ses acteurs ainsi que du contexte général de la Covid 19. En outre, la position d'externalité des consultants a permis de faire bénéficier les parties prenantes d'un regard neuf sur leur action.

Une revue de la littérature comportant la documentation mise à disposition a été réalisée. Des entretiens semi directifs répartis de la manière suivante ont été réalisés : AOI siège et inter pays : 8, Madagascar : 22, Laos : 32. Des groupes de discussions ont été réalisés : Au sein des CSB à Madagascar : 15 personnes réparties en 2 groupes : 1 par CSB. Au Laos, ces discussions de groupes ont réuni des cadres de la santé ; des enseignants; des soignants hospitaliers (50 personnes). Dans le cadre des études de cas, des structures de santé ou de formation ont été visitées par les enquêteurs de terrain : 2 CSB à Madagascar, 2 hôpitaux et 2 facultés au Laos.

Limites

Un certain nombre de limites sont venues impacter l'évaluation : L'accès au Laos et à Madagascar était impossible pour le chef d'équipe et l'experte associée dû aux restrictions COVID, l'échantillonnage et les choix des « étude de cas » a également été contraints par la situation sanitaire, la grande majorité des entretiens ont été réalisés à distance, la tenue d'ateliers préliminaires n'a pu avoir lieu, certains interlocuteurs n'étaient pas disponible, la mise à disposition de la documentation par AOI a été laborieuse.

Résultats de l'évaluation

Démarche AOI

La démarche AOI est le fruit d'une réflexion et d'une évolution au fil des années. D'une approche projet - assistance technique et gestion des fonds - elle s'est progressivement orientée vers un leadership national. Désormais l'AOI se positionne comme un facilitateur et un créateur de lien pour la mise en œuvre de projet ancré localement. AOI met en relation et aide à la collaboration des acteurs locaux dans un objectif commun prédéfini. L'action d'AOI se définit par un mot clef : la Transversalité.

MADAGASCAR

Analyse des résultats

Le projet s'est réalisé dans une dynamique multi acteurs et transversale. AOI est reconnue pour le renforcement de capacité et la mise en lien des acteurs du système de santé aussi bien des niveaux centraux, que intermédiaires et périphériques. Ainsi, à travers l'amélioration transversale des conditions de soins dans les centres de santé, et la mise à disposition d'un réseau d'expert, AOI contribue à l'amélioration de la santé générale et indirectement orale.

Soutien à une filière intégrée de fluoration et d'iodation du sel (de la production à la disponibilité pour les usagers :

L'ensemble des activités prévues ont pu être réalisées, sauf à l'IOSTM. Sur le volet iodation et fluoration du sel, on observe que 70% de la population consomme du sel iodé et fluoré aux normes, avec une prise de conscience, une appropriation et un engagement des gros producteurs de sel. Le programme a permis de soutenir une filière intégrée de fluoration et d'iodation du sel. L'AOI a joué un rôle de facilitateur concernant la discussion entre grands et petits producteurs. Des réunions ont également été organisées entre AOI, SSOABD, l'UNICEF et le SNUT. Le paysage du sel à Madagascar est complexe, la répartition de la production entre gros, moyens et petits producteurs rend les actions difficiles à mettre en œuvre. L'iodation bénéficie du soutien de nombreux bailleurs, quand la fluoration n'est actuellement soutenue que par l'AOI. Les programmes d'iodation et de fluoration ont commencé respectivement en 1995 et en 2005. L'iodation et la fluoration du sel sont désormais une obligation pour tout producteur de sel puisque dictés par un décret datant de 2014 et d'un arrêté d'application de 2019.

Laboratoire de contrôle et dentifrices fluorés

Concernant le laboratoire de contrôle et dentifrices fluorés, En collaboration avec l'OMS, un atelier Fluor a été mené en 2017 à Madagascar. Cet atelier a permis de définir des normes concernant le niveau de fluor des dentifrices fluorés, d'établir un cahier des charges à destination des fabricants et producteurs et un plan d'analyse relatif au contrôle du fluor dans ces dentifrices. Enfin cet atelier a permis de définir un plan d'action actualisé concernant les sels iodés et fluorés, une redéfinition du rôle des différents acteurs, ainsi qu'un plan de communication. Suite à cet atelier des techniciens ont été formés par l'université du Brésil. Des relations, bien que non institutionnalisées ont continué entre l'équipe du laboratoire et les deux techniciens suivant les besoins en expertise suite à la formation. Par ailleurs, Il a été mentionné l'autosuffisance financière du laboratoire ACSQDA, grâce aux frais de contrôle de qualité des dentifrices fluorés que ce soit des productions locales ou des importations. Il a également été décidé que les contrôles qualité des sels produits devaient être également réalisés par les producteurs eux-mêmes. La législation sur les normes de dentifrices est une réelle avancée, ainsi que l'inscription récente des dentifrices fluorés sur la liste des médicaments essentiels permettant une diminution des taxes d'importation.

Renforcement des cadres

Il y a eu un turnover important des principaux interlocuteurs centraux du projet depuis le début de la phase. En effet, en 24 mois, le Directeur de la DLMNT a changé 2 fois, le chef de service SSOABD a également changé et l'équipe du service bucco-dentaire a perdu petit à petit ses effectifs. Ces turnovers ont quelque peu affecté la fluidité de mise en œuvre des actions. La collaboration et l'intégration d'acteurs à différents niveaux, ainsi que l'ancrage au niveau du district, qui est une structure décentralisée et pérenne permet de surmonter cette situation et de ne pas interrompre le projet, mais met en danger cet axe de renforcement.

Prévention et contrôle des infections dans les Centres de Santé de Base

la 2nde phase, le projet a été étendu et un autre district a été impliqué, Ambatolampy, district dans la région de Vakinankaratra, Province d'Antananarivo. AOI s'aligne ainsi sur la politique du Ministère de la Santé Publique dont l'objectif principal du PDSS 2015-2019¹ est d'optimiser l'offre de service et des soins de base de qualité. Au niveau des CSB, l'équipe a pu s'appuyer sur les équipes de Management du district sanitaire (EMAD) pour la réalisation conjointe des activités sur le terrain. Des résultats notables en termes d'amélioration des protocoles, hygiène des mains, tri des déchets, propreté du centre, évalué par l'AOI et les responsables du district. Quelques points de vigilance ont été relevés pouvant remettre en question la pérennité des résultats obtenus : absence de normes nationales en matière de PCI, système de paiement aux actes était une condition de mise en œuvre des activités, insuffisance de financement pour certains CSB.

¹ Plan de développement du secteur santé 2015-2019/ Ministère de la santé publique

IOSTM

Concernant le volet sur l'amélioration de la sécurité des soins au niveau de la faculté dentaire de Majunga (IOSTM), le calendrier des activités a été modifié du fait de difficultés rencontrées au niveau du bâtiment.

Partenariat

La réalisation des différents volets d'activités a été menée avec le partenaire principal du projet, le SSOABD. Le turnover a été très important jusqu'à très bas hiérarchiquement dans l'équipe à partir de juin 2019 et a entraîné le ralentissement des activités menées en commun. Le DLMNT souligne la nécessité d'amélioration de l'approche de l'AOI réclamant sa plus grande implication dans tous les processus du projet (élaboration du PTA, clarté du budget alloué par le projet, priorisation des activités, identification des cibles et des besoins du Ministère, ...). L'opposition historique entre les partenaires de l'iodation et la fluoration du sel se sont inévitablement retrouvées au niveau institutionnel, avec une petite équipe SSOABD renforcée et soutenue par AOI et le SNUT, soutenu par l'Unicef. AOI participe au CNS (Comité National du Sel). Ce comité multisectoriel regroupe commerce, justice, producteurs, Office National de Nutrition et les partenaires tel que l'Unicef. AOI est présent aux réunions du CNS mais n'y est pas suffisamment transparente sur son plan d'action. Très peu de relations semblent exister entre AOI et d'autres partenaires. Les interactions avec d'autres ONG restent limitées comparativement à d'autres ONG qui ont des domaines d'action similaire. Une relation de partenariat forte a été établie avec le district sanitaire et les CSB Ambatolampy. Chacun y connaît ses rôles et responsabilités. Le partenariat est basé sur la motivation des équipes, ainsi, on peut trouver des nouveaux d'implication de l'AOI différents selon la motivation trouvée chez leurs interlocuteurs.

Pérennité

Certaines approches mises en place permettent ainsi de contribuer à la pérennité des actions et changements mis en œuvre. L'approche décentralisée à travers l'approche district permet d'avoir une approche cohérente avec le système de santé malgache et impacte ainsi directement le renforcement du système de santé. L'intégration et l'implication des équipes cadres des CSB au niveau district dans le suivi de la mise en œuvre du projet au niveau des CSB est un facteur de pérennité important. Concernant la dimension financière, il faut également souligner l'importance de l'autosuffisance financière du centre pour achat de consommable et produit d'entretien grâce au système de contribution des bénéficiaires, aidée d'autres dispositifs comme le PBF et la Commune. Un certain nombre de points de vigilance sont à surveiller : structuration du transfert de compétences aux nouveaux arrivants, définition d'objectifs clairs et partagés, niveau de contribution des bénéficiaires, régularité de la supervision, disponibilité du matériel. Concernant le volet fluor, l'impasse dans lequel se trouve le projet va nécessiter l'ouverture vers d'autres partenaires, et le rétablissement d'une communication avec l'Unicef, à travers les différentes plateformes en cours de mises en place.

Transférabilité

Plusieurs critères de sélection des centres de santé ressortent comme indispensable pour envisager le développement des activités de renforcement de la qualité des soins : Activité minimum dans les CSB, Taille de l'équipe suffisante pour supporter le turn-over au niveau des CSB, identification de leaders à même de pouvoir incarner l'approche AOI, réhabilitation à budget modéré, accessibilité des centres, implication des autorités locales.

LAOS

Analyse des résultats

Les activités prévues pour la phase 2 ont été réalisées ou sont en cours. Des actions de plaidoyer et d'accompagnement sont menées afin d'améliorer la qualité des soins de santé au Laos en particulier avec (i) le renforcement des cadres du Ministère de la Santé et de la stratégie concernant l'HPCI, (ii) l'amélioration de l'intégration des activités et (iii) la révision des directives nationales, l'appui au

fonctionnement des comités de PCI, la mise en place de matériels de formation à l'intention des cadres de santé. Le contexte est plutôt favorable, les différents acteurs sont engagés dans le processus.

Accès au fluor

Le soutien à l'iodation et la fluoration du sel était soumis à la parution d'un décret rendant obligatoire l'iodation et la fluoration du sel par les producteurs. Malgré le long et intense travail de plaidoyer, l'engagement annoncé du ministère de la Santé et les résultats acquis en matière de production et de contrôle de qualité, le projet a dû être mis en veille, faute de décret.

Prévention et contrôle des infections

À l'échelle nationale, le programme a permis l'élaboration et l'application de directives harmonisées en matière de PCI sur les 3 hôpitaux de district qui sont cités comme des modèles. A l'échelle des hôpitaux et centres de santé le programme a permis d'améliorer l'approche et les pratiques en PCI (Prévention et Contrôle des Infections) de manière transversale dans les 3 formations sanitaires concernées (hôpitaux de districts) par la mise en place d'unité centralisée. Les audits finaux montrent que la PCI est parfaitement appliquée dans les hôpitaux de district et que la majorité des professionnel-le-s ont intégré la PCI dans leurs pratiques courantes. Cela peut être attribué au soutien et à la dynamique créée par AOI au fil du projet, mais aussi à la sensibilisation du gouvernement de la RDP lao et du ministère de la santé pendant la pandémie de la Covid 19. Bien qu'il soit difficile de mesurer exactement en raison de la COVID qui impacte négativement la fréquentation des hôpitaux, les partenaires rapportent que les rénovations et la mise en place de PCI centralisée ont eu une influence sur la fréquentation des hôpitaux de districts qui sont devenus plus attrayants et rassurants.

Le turn-over des femmes de ménages est un élément important à considérer et souvent sous-estimé car il s'agit d'un maillon décisif de la mise en œuvre de la PCI. Si les femmes de ménage n'appliquent pas certaines normes en matière de PCI alors les efforts du corps médical seront vains. L'usage et la maintenance des autoclaves à travers des cahiers de suivi, des tests n'est pas suffisamment réalisé. Enfin la mise en pratique des normes PCI semble plus effective chez les femmes que chez les hommes. Cette opposition se retrouve dans la répartition des fonctions, puisque les médecins sont majoritairement des hommes et qu'ils ont tendance à moins s'impliquer que les infirmières majoritairement des femmes. Cela s'explique donc par le partage des tâches entre les niveaux hiérarchiques en santé et par les relations de genre dans la société lao.

Renforcement des capacités en formation PCI dans les 3 facultés

AOI intervient depuis près de 20 ans au sein de l'université des sciences de la santé au travers du partenariat renouvelé plusieurs fois avec la faculté dentaire son partenaire initial et majeur au Laos. Suite à la première phase, l'action a été étendue aux autres facultés de santé. La PCI est désormais une matière reconnue qui justifie des unités et crédits d'enseignement. La mise à jour, en cours ou le développement de nouveaux curriculums est en lien avec les connaissances actuelles. Les enjeux de la PCI sont intégrés avec une bonne dynamique créée autour de groupes d'enseignant surtout au sein de la faculté des sciences infirmières (FSI). L'enseignement est complet puisqu'il repose aussi bien sur de la théorie que sur de la pratique. Seule la partie pratique est pour l'instant effective. La rénovation des salles de pratique est un des points forts à souligner, permettant de réaliser les enseignements pratiques dans de bonnes conditions. Le retard dans l'avancement au niveau du renforcement des capacités en formation PCI dans les 2 facultés a été justifié dans les facultés par la forte occupation des personnels universitaires et leur manque de temps. Ils ne priorisent pas suffisamment le développement des curriculums par rapport à leurs enseignements techniques ou leur pratiques privées.

Par ailleurs on constate un manque de compétence pédagogique : les enseignants ont été formés aux pratiques de PCI mais ne sont pas compétents pour enseigner la PCI : ils ont besoin de développer leurs compétences en méthodologie pédagogique en plus de leurs compétences techniques. De plus, comme cela a pu être constaté au sein des hôpitaux, à la faculté de médecine, la PCI est confrontée à

des obstacles d'ordre socio culturel qui deviennent professionnels : Les médecins ont l'habitude que les infirmières soient « à leur service », ils se déchargent facilement de leurs tâches sur elles.

Partenariat

Un certain nombre de points ressortent des partenariats (i) Approche AOI : ne pas se substituer, accompagner mais sans intervenir directement, autonomie des partenaires ; (ii) Evaluation de situations en début qui lance la dynamique avec les hôpitaux ; (iii) Ancrages locaux forts (districts et facultés): sans entremises des niveaux supérieurs qui permet d'assurer une meilleure pérennité face aux changements dans la hiérarchie et aussi plus de latitude ou flexibilité quand le projet est bien validé en amont et que la confiance règne ; (iv) Accompagnement des partenaires sur la mise en œuvre par exemple on ne fait pas que donner le matériel on apprend à l'utiliser et le réparer localement.

Concernant le partenariat avec les hôpitaux, une analyse de situation et des besoins a été réalisé pour identifier les hôpitaux à soutenir. Une planification conjointe des activités a été réalisée. Les hôpitaux n'ont pas l'habitude de travailler ainsi avec les ONG. Le circuit classique consiste à travailler avec le Ministère de la santé après que des actions aient été définies. Au niveau des PTF des synergies ont été développées avec le département de la médecine curative du Ministère de la Santé et avec l'équipe de la coopération bilatérale Lao-Luxembourg, un partenariat informel avec la fondation Fabre. A l'inverse du Ministère de la Santé, la formalisation des relations avec les facs s'est faite essentiellement à travers un processus de feuille de route.

Les niveaux d'engagement sont variables suivant les disponibilités des partenaires, leur mode de fonctionnement interne, la sensibilité à la PCI. Initialement un partenariat existait avec l'Association Dentaire Lao, acteur de la société civile. Cette association s'avère être très peu dynamique et vieillissante.

Pérennité

Volet universitaire

Plusieurs éléments confirment la dynamique dans laquelle s'est engagée l'université des Sciences. En effet, un responsable de l'enseignement PCI a été nommé au sein de chaque faculté et des groupes de travail d'enseignants ont été formés. L'inscription de la PCI dans les curriculums avec des unités et crédits de formation assurent qu'elle ne disparaisse pas de la formation. Quelques points de vigilance ont été relevés : Positionnement des nouveaux diplômés chargés de la supervision de la salle de médecine, mobilisation des enseignants en médecine, accompagnement pédagogique, formation de tous les enseignants.

Volet hospitalier

AOI a accompagné ici des changements de pratiques et de comportements qui ont une application réelle, cohérente et transversale au sein des établissements. Le plus important concerne les changements apportés dans le système mis en place et sa gouvernance : des comités sont mis en place, des organigrammes, des plans d'action, des outils et protocoles sont disponibles et utilisés. Les comités PCI semblent s'engager à continuer le travail entamé avec confiance et enthousiasme.

Transfert/ Mise à l'échelle

La question du transfert du projet a été évoquée avec tous les interlocuteurs. Ce qui ressort systématiquement est le développement d'abord vers les centres de santé des hôpitaux, une fois ces derniers devenus modèles. Les mêmes critères de choix ressortent systématiquement dépendant d'un état des lieux : i) qualification et motivation des personnels, (ii) Accessibilité, (ii) Possibilité de chantier ; (iii) capacité de financement propre, (iv) taille et type d'activité de la structure, (v) fréquentation suffisante, (vi) implication autorités de la province.

Des points de vigilance sont à signaler tels que: assurer la formation des formateurs, résistance au changement en milieu rural.

Analyse transversale globale

Transfert ou mise à l'échelle

Dans l'analyse des partenariats, il apparaît dans la démarche AOI une capacité d'adaptation très importante au turnover, permettant au projet de s'appuyer bien sûr sur les institutions mais d'abord sur des personnes ou des équipes ressources au sein de ces institutions ou établissements, qui sont porteuses du projet. Des liens forts de collaboration et d'appui sont tissés qui perdurent au-delà de la définition d'un projet. AOI devient partenaires ressources, dans son domaine d'expertise pour faire évoluer une dynamique ou répondre à des besoins en évolution ou soudains, comme cela a pu se voir dans la crise pandémique supportée. AOI a accompagné en parallèle du projet évalué ses partenaires pour créer des outils de communication sur les soins en temps de COVID, doter en EPI.

Pour envisager un transfert ou une mise à l'échelle, un certain nombre de facteurs sont indispensables pour faciliter la mise en œuvre/ réplication de l'axe PCI dans un autre pays : (i) une bonne compréhension de l'approche AOI, (ii) capacité financière minimum, (iii) accessibilité géographique, (iv) capitalisation.

Prise en compte du genre

Le projet dans son axe d'amélioration de la qualité des soins oriente son action indirectement sur l'amélioration des soins de santé de base, et donc des services de Santé Maternelle et infantile. En cela, le projet bien que non clairement orienté genre, dans sa dimension transversale a des activités impactant la santé des femmes. Toujours en ce qui concerne le volet Prévention et Contrôle des Infections, le constat est que les hommes sont moins soucieux de l'hygiène et délaissent plus facilement aux femmes ces tâches, moins considérées et relevant plus facilement du nettoyage. Il est intéressant de constater que le renforcement de l'esprit d'équipe dans les CSB et hôpitaux appuyés permet de contrer cet implicite répartition des tâches entre les personnels. En effet, des tâches sont dévolues au médecin, comme acteurs à part entière de ce contrôle des infections, et la formation et les connaissances qui en ont découlées ont donné la légitimité aux infirmières de faire des rappels à la règle aux médecins négligents.

Dynamique interpays

L'expertise de l'AOI s'enrichit du développement dans chacun des contextes de déploiement et permet une prise de recul des équipes. L'expertise devient transversale, et permet une adaptation des processus mis en œuvre dans un pays au bénéfice de l'autre. On peut citer par exemple : (i) Recherche sur la fluoration des sels humides au Laos appliquée à Madagascar, (ii) Renforcement de la faculté de chirurgie dentaire de Vientiane comme modèle pour l'IOSTM. Comme le montre ces exemples, la dynamique inter-pays se développe plus au bénéfice de Madagascar qui se nourrit des expériences du projet au Laos. Un voyage d'une personne ressource malgache vers le Laos a également permis la motivation pour la réplication d'un modèle à l'IOSTM. Dans cette phase en revanche, l'impression est que les échanges directs entre les partenaires des deux pays ont finalement eu lieu grâce au suivi d'AOI Paris. Un exemple fort de la dynamique inter-pays est trouvé dans les interactions avec le Brésil. En effet, il a été créé un partenariat dynamique avec l'Université de Piracicaba au Brésil entre l'équipe du laboratoire de recherche et l'ACSQDA à Madagascar. Les relations d'expertise sont organisées par le siège de l'AOI. En ce qui concerne les équipes pays de l'AOI, les échanges semblent restreints à des réunions impliquant le siège, il existe très peu d'échanges directs entre les deux équipes.

COVID

La crise pandémique mondiale a provoqué des ralentissements dans la mise en œuvre du projet, avec des experts en PCI non disponibles, l'impossibilité de visites et de formations présentielles ou de voyages d'expertises internationaux. De plus, l'environnement des soins s'en est trouvé encore plus strict avec des procédures drastiques à appliquer et des coûts de fonctionnement augmentés. Elle a marqué l'entrée dans une « nouvelle ère de soins » introduisant un nouveau paradigme majeur : La PCI est devenue centrale dans le renforcement des systèmes de santé. La bonne application des mesures PCI est cruciale dans le suivi des patients mais ce besoin s'est retrouvé démultiplié.

Recommandations globales

Remarque : Des recommandations par pays sont également développées dans le document principal.

- Constitution d'un comité scientifique ressource pour le projet et la formalisation des partenariats techniques afin de les sécuriser localement malgré les éventuels turn-over et permettre une autonomisation des partenaires dans le recours aux experts. Ce comité serait international aussi bien avec des experts évoluant dans d'autres pays (ex : Brésil) que des experts des pays d'intervention. Cette création de dynamique scientifique permettrait de renforcer les interactions entre les différents experts et ainsi avoir des avis scientifiques sur différents sujets.
- Amélioration de la dynamique interpays entre le Laos et Madagascar : la dynamique transversale n'est pas effective et a tendance à passer par AOI Paris systématiquement. A ce niveau, un dispositif pourrait être mis en place, permettant de valoriser davantage
- Mettre en place un système de suivi évaluation AOI intégrant l'approche AOI (indicateurs spécifiques) et permettant de suivre l'évolution du projet. Le suivi évaluation classique avec une approche MEAL tel qu'il existe chez beaucoup des acteurs de la solidarité internationale, n'est pas suffisamment adapté à l'approche AOI. Tout l'enjeu d'un système M&E fidèle à l'approche AOI serait d'une part de pouvoir renseigner un certain nombre d'indicateurs en reprenant les indicateurs du cadre logique. Mais également de développer un set d'indicateurs permettant de mesurer l'effet levier d'AOI, les changements de comportements que le projet a apporté, etc,...
- S'associer à d'autres ONG pour compléter l'approche et l'expertise. Une des particularités d'AOI est de travailler sur des axes très différents : la PCI, le dentifrice, lode et fluor. Si AOI veut continuer à intervenir dans d'autres départements d'un hôpital tel que la SMNI (Santé Materno Néonatale et Infantile), il pourrait être intéressant de se rapprocher d'ONG ayant une longue expérience et expertise pour identifier les besoins spécifiques dans ces types de département.
- Avec le contexte sanitaire COVID qui perdure, développer une stratégie pour s'appuyer davantage sur les ONG locales. La COVID 19 a été un accélérateur d'une tendance initiée depuis plusieurs années : la délocalisation de l'aide. Il serait intéressant dans ce cadre-là d'aller plus loin dans la démarche et d'essayer d'identifier d'autres acteurs en capacité de mettre en œuvre certains volets.
- Maintenir l'effort sur le développement d'un vivier d'experts locaux pouvant intervenir sur les différentes thématiques : En complément de la recommandation précédente, au-delà des ONG locales, le développement d'un vivier d'expert sur les thématiques d'AOI permettrait de s'appuyer sur de l'expertise local ayant une connaissance approfondie de la zone. Ces expertises suivant les besoins pourraient s'associer avec les experts internationaux suivant les besoins.
- Plaidoyer pour le renforcement des structures existantes pour être plus fonctionnel : La politique actuelle du nouveau président malgache est de construire des nouvelles structures de santé alors que beaucoup de structures de santé sont déjà existantes et sont non fonctionnelles. Il est donc important que l'action d'AOI s'inscrive dans autour de CSB déjà l'existant.

Acronymes

AES	Accident d'exposition au sang
AFD	Agence française de développement
ADL	Association des dentistes Lao
AOI	Aide odontologique international
ACSQDA	Agence de contrôle sanitaire et de la qualité des denrées alimentaires
ANFA	Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire
CAO	Carié Absente Obturé (Indice)
COSIM	Conseil supérieur des imams
CSB	Centre de santé de base
CSB2	Centre de santé de base de niveau 2CSD
CSM	Compagnie salinière de Madagascar
CSSD	Central Supply Service Department
DASRI	Déchets d'activités soins infectieux
DHCR	Department Curative Health Rehab
DLMNT	Direction de la lutte contre les maladies non transmissibles
DHHP	Department health hygiene promotion
DRS	Direction régionale de la santé
EPI	Equipement de protection individuelle
FSD	Fac Soins Dentaires
FSI	Faculté des soins infirmiers
FM	Faculté de Médecine
IF	Iodé et fluoré
INSTAT	Institut National de la Statistique
IOSTM	Institut d'odonto-stomatologie de Madagascar
MNT	Maladies Non Transmissibles
MoH	Ministère de la Santé Publique (Laos)
MSP	Ministère de la Santé Publique (Madagascar)
MoU	Memorandum of Understanding
MSI	Marie Stopes International
NSEGS	Nouvelle Société d'Exploitation des Grands Salins de Menabe
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASSOBA	Projet d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base
PBF	Performance Based Financing
PDSS	Projet Développement Système Santé
PCI	Prévention contrôle des infections
PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SBD	Soins bucco-dentaires ou Santé bucco-dentaire
SNUT	Service de la nutrition
SSOABD	Service de santé oculaire, auditive et bucco-dentaire (Madagascar)SNUT
UHS	University of Health Sciences
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
USS	Université des sciences de la santé

Liste des figures et tableaux

Liste des tableaux

Tableau 1	➤ Répartition du nombre de personnes rencontrées par Institutions
Tableau 2	Répartition des différents groupes de discussion menés entre pays, catégories de personnes et institutions
Tableau 3	Comparaison des scores PCI (grille simplifiée entre 2019 et 2021 à l'hôpital de Naxaythong
Tableau 4	Comparaison des scores PCI (grille simplifiée entre 2019 et 2021 à l'hôpital de Xaythani
Tableau 5	Comparaison des scores PCI (grille simplifiée entre 2019 et 2021 à l'hôpital de Hardxayfong

Liste des figures

FIGURE 1	CARTE DU DISTRICT D'AMBATOLAMPY
FIGURE 2	L'OFFRE DE SOINS PUBLICS A VIENTIANE
FIGURE 3	PYRAMIDE SANITAIRE LAOS

1. Rappel des objectifs et enjeux de l'évaluation

Cette évaluation concerne le programme d'appui au développement intégré de la santé orale au Laos et à Madagascar à l'issue de la phase 2 cofinancée par l'AFD (2017-2021). Cette évaluation a pour objectif de mesurer et d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs du programme. Elle a également un objectif d'identification des mécanismes d'efficacité en lien avec les critères de transférabilité et de déploiement, l'analyse des partenariats et des relations inter pays. Enfin cette évaluation apporte des éléments d'analyse permettant de compléter une nouvelle proposition pour une 3ème phase. Un focus particulier a été mis sur les processus, les modalités de partenariat, les stratégies, la démarche d'intervention, les changements auxquels le projet contribue et l'adaptation des activités aux contextes. Une méthodologie mixte d'enquête qualitative et quantitative, itérative et à forte dimension participative a été développée. Afin de conduire ce processus évaluatif, tous les acteurs du programme ont été sollicités. Une adaptation aux réalités et contraintes du programme, de ses acteurs, surtout au contexte général de COVID 19 a été nécessaire.

Une matrice d'évaluation est disponible en Annexe (annexe 1).

2. Appréhension du contexte et compréhension des enjeux

2.1. Contexte général

Les maladies bucco-dentaires sont un problème de santé publique majeur affectant 3,5 milliards de personnes dans le monde (2017). L'affection principale est la carie de la dent permanente avec 2,3 milliards de personnes touchées². Malgré ses conséquences sévères sur la qualité de vie et les comorbidités, elle reste trop peu traitée dans beaucoup de pays à faible revenus (90% sont non soignées). Les maladies bucco-dentaires sont ainsi classées dans les 100 maladies affectant l'espérance de vie en bonne santé puisqu'on estime à 224 années perdues dans le monde pour 100 000 personnes des suites des maladies bucco-dentaires³.

Ces affections sont souvent évitables et traitables à un stade précoce. Mais les soins bucco-dentaires ne font souvent pas partie du paquet primaire de soins et peu de pays à faible revenus ont un réel système de soins dentaires⁴. Les traitements sont coûteux et l'accès aux soins reste limité⁵. Peu de politiques de santé globale intègrent la santé bucco-dentaire. La récente pandémie a entraîné une interruption majeure des soins dentaires dans les pays à faible revenus (60% des pays ont rapporté une interruption partielle et 17% une interruption majeure des soins au début de la pandémie)⁶.

Ainsi, la promotion de la santé orale s'inscrit dans l'Objectif de Développement Durable n°4 : "Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges". La santé bucco-dentaire fait l'objet d'un plan stratégique de l'OMS 2016-2025.

Le dernier rapport du conseil exécutif de l'OMS en date du 23 décembre 2020 sur l'amélioration de la santé bucco-dentaire confirme les freins à la mise en place d'un système de prévention et de soins. Le manque d'engagement politique et de ressources financières atteste de la faible place occupée par la santé bucco-dentaire dans les politiques de santé. Les capacités techniques des cadres en santé ainsi que la faiblesse des synergies empêchent la mise en place de programmes cohérents et intégrés. Les

2 Spencer L James et al., « Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet* 392, n° 10159 (novembre 2018): 1789-1858, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).

3 W. Marcenes et al., « Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010 », *Journal of Dental Research* 92, n° 7 (juillet 2013): 592-97, <https://doi.org/10.1177/0022034513490168>.

4 Habib Benzian et al., « Political Priority of Global Oral Health: An Analysis of Reasons for International Neglect », *International Dental Journal* 61, n° 3 (1 juin 2011): 124-30, <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00028.x>.

5 « The Burden of Restorative Dental Treatment for Children in Third World Countries », *International Dental Journal* 52, n° 1 (1 février 2002): 1-9, <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2002.tb00589.x>.

6 « Rapport du directeur général: Santé bucco-dentaire - Améliorer la santé bucco-dentaire dans le cadre des travaux portant sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles à l'horizon 2030 » - 23 décembre 2020 - Comité exécutif de l'OMS.

méthodes de prévention essentielles et universelles telles que l'utilisation des fluorures sont sous-utilisées. Enfin, trop peu de données sont encore disponibles concernant l'état de santé bucco-dentaire, celle-ci n'étant toujours pas prise en compte dans les grandes enquêtes de santé.

Dans des pays à faible revenus où le coût des soins dentaires ne peut être assumé⁴, une stratégie de prévention primaire est nécessaire. Les principales méthodes de prévention bucco-dentaire consistent à éduquer à l'hygiène bucco-dentaire, promouvoir une alimentation saine par la réduction des sucres libres, et à augmenter l'exposition aux fluorures⁷. Cette exposition peut être professionnelle, communautaire par les eaux de boisson et le sel⁸, ou encore individuelle par l'utilisation de dentifrices fluorés⁹.

De plus, les gestes de soins, à fortiori les soins bucco-dentaires sont des gestes à fort potentiel d'infections qui demandent des pratiques d'hygiène et de stérilisation rigoureuses. En 2010, l'OMS a lancé l'alerte sur la prévalence de 2 à 20 fois plus importante des Infections Associées aux Soins dans les pays en développement.

Selon une étude conjointe OMS/Unicef Wash dans les établissements de santé¹⁰, en 2016, 16% des établissements de santé dans le monde ne disposaient d'aucun service d'hygiène. Seuls 36% des établissements de santé d'Asie du Sud Est avaient un service de base d'hygiène (zone de lavage des mains fonctionnelle aux toilettes dans les zones de soins).

79% des établissements du Laos avaient une zone de lavage des mains dans la zone de dispensation des soins, pour 43% à Madagascar. On observe de plus une forte disparité entre établissements de base et hôpitaux, mieux pourvus. Les plans nationaux pour l'hygiène sont souvent inexistantes ou non appliqués, alors qu'ils sont pourtant moteurs dans l'évolution des pratiques. Enfin, les études montrent qu'une modification des pratiques dans les centres de soins améliore la qualité des soins et modifie les comportements au sein même des foyers.

La mise en place de mesures d'hygiène de base font l'objet de guides¹¹ et concernent :

- L'hygiène et le lavage des mains
- Le port d'équipement de protection individuels - EPI (gants, blouses, protection du visage)
- La prévention des Accidents d'exposition au Sang - AES
- L'hygiène respiratoire
- Le nettoyage des locaux
- L'élimination des déchets (DASRI)
- Le matériel de soins, le linge et la stérilisation.

Dans ce contexte, l'Aide Odontologique Internationale (AOI) a orienté son action sur la prévention de la carie, la formation des cadres et professionnels, et la sécurité des soins en général. Présente depuis 1999 au Cambodge, elle y a mené un projet entre 2000 et 2015. Les résultats obtenus ont encouragé un élargissement à Madagascar où elle est présente depuis 1998 et au Laos depuis 2005.

Ainsi, un projet cofinancé par l'AFD a été mis en œuvre depuis 2013 visant trois objectifs spécifiques :

- Améliorer la mise en place du programme intégré de promotion de la santé

⁷ Howard Pollick, « The Role of Fluoride in the Prevention of Tooth Decay », *Pediatric Clinics of North America*, Oral Health in Children, 65, n° 5 (1 octobre 2018): 923-40, <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.014>.

⁸ Solveig Vautey et al., « Fluoruration du sel et carie dentaire, état de la question », *Santé Publique* Vol. 29, n° 2 (9 mai 2017): 185-90.

⁹ « Rapport Technique "Fluorures et Santé Bucco-dentaire" OMS 1994 », consulté le 4 février 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40069/WHO_TRS_846_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹⁰ « L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire - OMS - 2016 », consulté le 9 avril 2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249610/9789242508475-fre.pdf?sequence=1>.

¹¹ « OMS - Aide mémoire - Mesures de base contre les infections liées aux soins - 2007.pdf », consulté le 9 avril 2021, https://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_FR3rA.pdf?ua=1.

- Améliorer l'accès aux soins de qualité
- Renforcer les compétences des cadres de santé

La particularité de ce projet tient dans l'application du même programme dans des contextes politiques, économiques et géographiques différents.

2.2. République Démocratique Populaire Lao

Le Laos ou République Démocratique Populaire Lao est un pays d'Asie du Sud-Est, sans accès à la mer, enclavé entre la Birmanie et la Chine au Nord-Ouest, la Thaïlande à l'Ouest, le Cambodge au Sud et le Viêt-Nam à l'Est. Le Laos est un pays politiquement stable à parti unique où s'exerce un contrôle et des restrictions de la liberté d'expression, empêchant le développement d'Organisations de la Société Civile.

Il compte plus de 7 millions d'habitants en 2019 (source Banque Mondiale) avec une espérance de vie de 64 ans pour les hommes et 67 pour les femmes.

L'indice carieux au Laos est élevé. En effet, l'indice CAO (Carié – Absente – Obturé) des enfants de 12 ans est de 2 en 2010 (variant de 1,1 à 3,9 selon les provinces), et de 8 pour les enfants de 6 ans sur dents temporaires¹². Une étude sur près de 300 enfants scolarisés à Vientiane en 2012 montre une prévalence carieuse de 85%, presque toutes non traitées¹³.

Les facteurs de risque sont importants avec une consommation de sucres en augmentation. En effet, en 2012, chaque habitant consomme en moyenne 9,9kg de sucre (pour 1,7kg en 1991)⁹.

En ce qui concerne les moyens de prévention communautaire, la fluoruration des eaux de boisson, mesurée à travers le pays en 1999 a montré des taux bien inférieurs à la norme recommandée par l'OMS (0,5 à 1mg/L). Mais, la capacité de production locale de sel est suffisante pour couvrir les besoins du pays (24 tonnes en 2015 pour 10 usines réparties à travers le pays)¹⁴. Le Laos a entamé depuis 2006 une stratégie de fluoruration du sel, avec l'intégration progressive des producteurs de sel du pays.

2.3. Madagascar

Madagascar est situé dans l'Océan Indien à 400 km à l'est du Mozambique. C'est une île d'une superficie de plus de 587 000 km², s'étendant sur une longueur de 1 500 km du nord au sud (la quatrième plus grande île du monde). Sa population, estimée à plus de 25,5 millions d'individus en 2019 (projection de l'INSTAT) est majoritairement rurale (65% selon la Banque Mondiale 2016). Avec 70% de sa population vivant sous le seuil de pauvreté et des taux de sous nutrition et de mortalité infantile et maternelle élevés, Madagascar se classait au 161^{ème} rang (sur 189 pays) de l'indice du développement humain en 2018 (PNUD, 2018). Les crises politiques et institutionnelles successives, dont celle de 2009 à 2014, ont eu un impact très sévère sur son développement socio-économique et ont aggravé la pauvreté. La passation de pouvoir en 2019 montre une évolution positive plus démocratique.

La santé bucco-dentaire a une représentation institutionnelle à travers le service de la santé oculaire, auditive et bucco-dentaire (SSOABD). Selon ses équipes¹⁵, la prévalence de la carie dentaire est très importante, variant de 80 à 98% à travers le pays. Il existe une politique nationale de santé bucco-dentaire, mais aux moyens très limités. Les soins dentaires ne sont pas inclus dans le paquet minimum

¹² « Lao People's Democratic Republic - Oral Health Country/Area Profile Project », consulté le 4 février 2021, <https://capp.mau.se/country-areas/lao-peoples-democratic-republic/>.

¹³ « Besseling et al. - 2013 - Pilot survey on dental health in 5-12-year-old sch.pdf », consulté le 4 février 2021, <https://www.stichtingbridgethegap.nl/website/wp-content/uploads/2015/06/Pilot-survey-on-dental-health-in-5%E2%80%9312-year-old-school.pdf>.

¹⁴ « Lao-Salt-Producers-Group-Presentation-English-1.pdf », consulté le 4 février 2021, <https://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads/2014/11/Lao-Salt-Producers-Group-Presentation-English-1.pdf>.

¹⁵ « 2.santé-bucco-dentaire-à-Madagascar-2-.pdf », consulté le 4 février 2021, <https://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads/2014/09/2.sante%CC%81-bucco-dentaire-a%CC%80-Madagascar-2-.pdf>.

d'activité. En 2016, 1088 dentistes sont en exercice à Madagascar, soit un dentiste pour 23 000 habitants en moyenne (de 1/9000 à 1/150000 selon les zones). Seuls 8,38% des CSB2 du pays ont un dentiste en exercice.

La production de sel à Madagascar couvre 88% des besoins du pays. Un programme de fluoration du sel a été initié en 2005 mais les contrôles qualité avaient montré un manque de respect des normes. Il a été redynamisé en 2015 pour renforcer les contrôles et l'appui institutionnel. Un décret en ce sens a été signé et vulgarisé en 2015.

2.4. Historique du projet

Le programme a pour objectif de répondre aux mêmes problèmes identifiés dans les deux contextes où il se déploie, mais avec une déclinaison différente des activités.

Lors de la phase 1 du projet (2013-2017), les déclinaisons dans chaque pays ont pris des modalités différentes et/ou ont donné des résultats variables décrites dans le rapport d'évaluation de cette phase.¹⁶

Problème 1 : L'exposition des populations aux fluorures est insuffisante.

Les actions de fluoration du sel et des dentifrices ont été décidées dans chacun des deux pays et validées par un décret. Elles ont permis l'accompagnement de producteurs de sels nationaux pour la mise aux normes et l'accompagnement de leur production.

En juin 2017, à Madagascar, un atelier national de promotion de l'accès au fluor s'est tenu avec l'OMS, visant à définir les normes, la législation, l'accès, les contrôles qualité et les stratégies d'action. L'engagement du ministère de la santé et des deux plus gros producteurs de sel était particulièrement favorable à la suite du projet. Des résolutions consensuelles sur la promotion de l'accès au fluor pour la prévention de la carie dentaire à Madagascar ont été élaborées. Ces résolutions font partie des documents de référence nationale tel que le cadre Plan de développement du secteur santé (PDSS), le Plan national stratégique de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles (MNT) 2017-2022, le Plan national d'action pour la nutrition Phase III de 2017-2021 et le Décret 2014-1771 du 19 novembre 2014 qui définit les mesures d'adoption de la Politique nationale de lutte contre les troubles liés à la carence en iode et fluor.

Au Laos jusqu'en 2017, à la différence de Madagascar, il n'y avait pas de décret obligeant la production de sel fluorés. La reprise des activités était en attente de l'application de ce décret.

- **Orientations stratégiques de la phase 2** : Dans les deux pays, la stratégie de fluoration s'orientait sur la communication auprès des professionnels comme de la population, sur la mise en place de contrôles qualité de routine, et le développement d'une synergie d'action avec l'UNICEF (iodation du sel). Plus spécifiquement au Laos, il fallait encore renforcer la filière et ancrer la stratégie de fluoration au niveau politique (obtention du décret, création d'un groupe technique d'appui).

Pour l'accès aux dentifrices fluorés, l'atelier de juin 2017 a abouti à des résolutions, applicables dans les deux pays, et à accompagner.

Problème 2 : Les pratiques de soins ne sont pas sécurisées et engendrent des risques majeurs d'infections.

Cet axe du projet a été un succès dans les deux pays lors de la phase 1. Les modalités d'intervention y ont été bien différentes.

¹⁶ <https://f3e.asso.fr/ressource/evaluation-projet-appui-dvt-sante-bucco-dentaire/>

A Madagascar, où la sécurité des soins est souvent inadéquate, la première phase du projet consistait à appuyer techniquement et financièrement la mise en place de protocoles d'hygiène et de stérilisation au sein de 9 CSB, incluant les soins dentaires mais également la petite chirurgie et la maternité. Des médecins généralistes ruraux de l'ONG Santé Sud ont été formés aux soins d'urgence.

Au Laos, le programme s'est concentré d'abord sur la faculté dentaire de Vientiane, à travers l'appui des enseignants, le développement d'outils (planification et évaluation) et l'intégration d'une formation à la PCI dans les curriculums d'étude. Il a aussi accompagné avec d'autres partenaires la mise en place de guides et protocoles en matière de sécurité des soins, et la création de comités d'hygiène hospitaliers.

➤ **Orientations stratégiques de la phase 2 :**

Au Laos, un élargissement à d'autres universités était planifié, ainsi que l'accompagnement de la mise en œuvre du plan national.

A Madagascar, la stratégie s'est orientée vers un élargissement à d'autres formations sanitaires (20 CSB du District d'Ambatolampy). Sur le modèle du Laos, la faculté de Majunga devait aussi bénéficier d'un appui technique. Enfin, une stratégie de plaidoyer pour une politique nationale et une harmonisation des protocoles devait être engagée.

Dans les deux pays, il était prévu également l'élargissement aux professionnels du secteur privé.

NB : La pandémie mondiale a confirmé la pertinence de l'action en termes de PCI et l'AOI a contribué à la réalisation de 3 vidéos sur la prise en charge des patients au cabinet dentaire en contexte de pandémie COVID 19.

Problème 3 : Les cadres de santé ont besoin de renforcer leurs compétences et capacités, en termes de prévention des infections liées aux soins, mais aussi organisationnelles et gestionnaires.

Au Laos, cet axe a surtout été développé avec le partenaire principal, la faculté de chirurgie dentaire.

A Madagascar, le SSOABD est un partenaire majeur qui souffre toujours de son manque de budget. Son équipe a toutefois permis de mettre en lumière la santé buccodentaire et de réaliser des actions pertinentes de prévention.

➤ **Orientations stratégiques de la phase 2 :**

Au Laos, la stratégie visait à accompagner les cadres du ministère de la santé (qui devaient être renouvelés) et l'Association des Dentistes Lao dans sa redynamisation (congrès, sécurisation de cabinets privés).

A Madagascar, des actions devaient être menées pour accompagner le SSOABD dans son développement, ainsi que dans l'appui à des organisations professionnelles.

3. Méthodologie de l'évaluation

➤ Orientation méthodologique

Une méthodologie mixte d'enquête qualitative et quantitative, itérative et à forte dimension participative a été développée. Afin de conduire ce processus évaluatif, tous les acteurs du programme ont été sollicités et mis à contribution sur la base systématique d'une démarche participative et d'une adaptation aux réalités et contraintes du programme et de ses acteurs ainsi que du contexte général de Covid 19. En outre, la position d'externalité des consultants a permis de faire bénéficier les parties prenantes d'un regard neuf sur leur action.

➤ Les outils de l'évaluation



- Revue de la littérature

La revue de la littérature a permis de définir le cadre général de l'analyse, d'établir un certain nombre d'hypothèses pouvant être confrontées aux données qualitatives et quantitatives et d'apporter un premier faisceau de réponses aux questions évaluatives formulées pour l'ensemble des critères. De manière générale, les documents analysés ont été (i) Les documents liés à l'élaboration du Programme (diagnostic initial, rapport d'évaluation du programme antérieur, élaboration d'une situation de référence au démarrage...) ; (ii) Les documents liés à sa conception

- Entretiens individuels semi-directifs

Des entretiens ont été menés avec les parties prenantes du programme en présentiel et à distance. Pour cela, des guides d'entretien semi-structurés ont permis de conduire ces entretiens (Annexe 2). Ils ont été élaborés sur la base des questions évaluatives afin de solliciter les points de vue, les réflexions et les expériences des personnes interrogées, ainsi que les perspectives envisagées. Ces guides ont été adaptées à chaque catégorie d'interlocuteur, selon l'axe du projet concerné.

Les entretiens se répartissent de la manière suivante :

AOI siège et interpays	
AOI	2
Experts techniques	6
Madagascar	
Equipe locale AOI- Coeff Ressource	2
IOSTM	1
DLMNT	1
SSOABD	1
SNUT	1
AFD	2
Ambassade de France	1
ACSQDA	1
UNICEF	3
Producteurs de sel	2
District Sainitaire	1
DRS	1
Chef CSB	3
Total	22
Laos	
Ministère de la Santé / MoH	1
ADL	1
Direction de l'UHS Faculté de Médecine	5
Faculté des Sciences Infirmières – FSI	3
Faculté de Chirurgie Dentaire	2

Partenaires et experts techniques locaux	9
Equipe locale AOI	4
Directions hospitalières	5
Personnels de santé hospitaliers	2
Total	32

➤ TABLEAU 1 : REPARTITION DU NOMBRE DE PERSONNES RENCONTREES PAR INSTITUTIONS



Une liste des personnes rencontrées par pays est disponible en annexe 3.



- **Groupes de Discussion**

Des groupes de discussion ont été organisés dans cette évaluation.

A Madagascar, ils ont été réalisés au sein des CSB visités pour les études de cas avec les personnels (15 personnes en 2 groupes, 1 par CSB) et des agents communautaires (11 en deux groupes, 1 par CSB). Au Laos, ces discussions de groupes ont réuni des cadres de la santé ; des enseignants; des soignants hospitaliers. Ils se sont répartis de la manière suivante:

Madagascar	
CSB	15
Agents communautaires	11
Total	26
Laos	
FSI	5
FM/UHS	7
FSD	7
Hôpitaux	31
Total	50



➤ TABLEAU 2 : REPARTITION DES DIFFERENTS GROUPES DE DISCUSSION MENES ENTRE PAYS, CATEGORIES DE PERSONNES ET INSTITUTIONS



- **Etudes de cas**

Dans le cadre des études de cas, des structures de santé ou de formation ont été visitées par les enquêteurs de terrain :

- 2 CSB à Madagascar
- 2 hôpitaux et 2 facultés au Laos

Ces études de cas avaient pour but d'approfondir les questions relatives à la prévention et au contrôle des infections (PCI) dans les formations sanitaires et universités de formation des professionnels de santé.

Chaque étude de cas devait permettre d'interroger la mise en œuvre des changements induits par le projet, l'adaptation au contexte des activités, la perception du partenariat créé avec l'AOI, la pérennité des changements, l'implication des différentes parties prenantes, et les perspectives à court et moyen terme.

Quatre études de cas ont été réalisées, deux par pays d'intervention.

A Madagascar, elles concernaient deux CSB accompagnés lors de la phase 1 du projet (CSB Ambohitrimanjaka et CSB Ivato), les CSB soutenus dans le cadre de la phase 2 n'étaient pas accessibles dans ce contexte sanitaire.

Au Laos, deux études de cas ont pu avoir lieu : L'Université des Sciences de la Santé (USS) avec la faculté de médecine et la faculté des sciences infirmières, et une autre à l'hôpital communautaire de district de Naxaythong.

➤ **Méthode d'analyse**

L'ensemble des entretiens ont été rapportés par des comptes rendus détaillés reprenant les différents critères d'évaluation par les équipes basées au Laos et à Madagascar. Ces comptes rendus ont ainsi pu être revus par l'équipe basée en France afin de garantir que les comptes rendus étaient de qualité et répondaient aux questions évaluatives.

A partir de ces comptes rendus, l'analyse a été réalisée suivant les questions évaluatives en s'assurant que chaque question évaluative était bien adressée. Certaines questions évaluatives ne sont pas complètement traitées étant donné le manque d'éléments (documents ou entretiens) collectés. L'ensemble des analyses réalisées proviennent de différentes sources et ont été triangulées.

➤ **Calendrier de l'évaluation réalisée**

L'évaluation a commencé par une réunion de cadrage le 7 Avril 2021. Une seconde a été nécessaire, le 19 Avril 2021 pour présenter la démarche AOI telle qu'envisagée par les équipes et les activités du projet dans chacun des deux pays d'intervention. Le 11 Mai 2021, le premier entretien a été réalisé avec Bernard Decroix et Thierry Marsais, lors d'une visite au siège de l'AOI à Paris. Cela a permis de compléter la connaissance du déploiement du projet, des interrogations et lancer la phase de récolte des données. La phase de collecte d'information sur le terrain, dans chaque pays a eu lieu entre le 20 Avril et le 10 Juin 2021. 3 restitutions ont eu lieu au Laos à Madagascar et à Paris. A Paris la restitution s'est également déroulée pendant l'assemblée générale.

➤ **Limites de l'évaluation**

Cette évaluation a souffert du contexte pandémique, empêchant les déplacements internationaux, intra pays, ainsi que la tenue d'ateliers ou les réunions en groupe.

- L'accès au Laos et à Madagascar était impossible pour le chef d'équipe et l'experte associée dû aux restrictions COVID. La proposition initiale prévoyait l'organisation des collectes de données à distance avec un dispositif de consultants basés localement. Néanmoins l'éloignement d'une partie de l'équipe d'évaluation est un facteur impactant non négligeable pour une bonne compréhension de l'ensemble des réalités du projet évalué. Des échanges réguliers ont eu lieu entre les équipes d'évaluation France, Laos et Madagascar. Dans chacun des pays, la COVID 19 a également impacté fortement la phase de recueil de données.
- L'échantillonnage et les choix des « étude de cas » a donc également été contraints par la situation sanitaire : Ainsi les CSB visités à Madagascar ont été accompagnés en phase 1 du projet et les données n'ont pu être exploitées comme « études de cas ». Les CSB initialement prévus, à savoir Arivonimamo et Ambatolampy (hors Analamanga) ont été remplacés par les CSB Ambohitrimanjaka et Ivato. Du fait de la hausse de nombre de cas de Covid 19 au niveau de la région d'Analamanga, le gouvernement Malgache a ordonné la restriction de déplacement vers d'autres régions. Cependant, des entretiens par téléphone avec le Directeur régional de la santé et le médecin inspecteur ont été menés par téléphone. Au Laos, la Covid n'a finalement eu que peu d'impact sur les structures visitées (hôpitaux en activité réduite).
- La grande majorité des entretiens ont été réalisés à distance. Les entretiens à distance ne permettent pas de complètement appréhender l'attitude, la gestuelle de la personne

interrogée. La vidéo peut atténuer cette limite, mais la qualité du réseau internet ou le manque d'accès internet ont amené à conduire des entretiens par téléphone.

- Il était initialement prévu d'organiser des ateliers préliminaires de lancement de l'évaluation avec les partenaires et finaux de présentation des résultats. Ces ateliers n'ont évidemment pas pu être organisés à distance.

D'autres limites, non liées au contexte ont également été identifiées :

- Une grande majorité des personnes interrogées n'a pas voulu se faire enregistrer y compris dans les équipes AOI, ce que nous respectons mais avec une analyse réalisée en France, cela a pu augmenter les défauts d'interprétation. De plus, de nombreux entretiens ont été menés en langue locale, malagasy ou lao ou en anglais. Cela a pu créer un biais, notamment au Laos où le consultant local a fait appel à un traducteur.
- Les points de clarification faits par AOI à plusieurs reprises au fil de l'évaluation, nécessaires pour une bonne compréhension de l'approche et du projet AOI, peuvent créer un biais d'analyse par leur parti pris.
- Certains entretiens n'ont pu être menés du fait de l'absence de réponse aux sollicitations d'entretiens ou de non disponibilité de certaines personnes ressources : Nous n'avons pu rencontrer un représentant de l'OMS à Madagascar, la principale experte en PCI qui accompagne l'AOI dans son projet, le vice-directeur du département du Ministère de la Santé qui a signé le MoU au Laos, ni les principaux experts en PCI lao.
- Les critères de l'évaluation ont mis en avant le partenariat, la transférabilité, la démarche inter pays. L'analyse des résultats n'était pas une priorité, ni la satisfaction des bénéficiaires secondaires (usagers de santé, étudiants,...) . Hors au-delà des termes de références contractuels il demeure complexe d'apprécier la qualité d'un partenariat sans visibilité sur l'atteinte ou non des objectifs dans le cadre de ces partenariats. Ce problème est d'autant plus important pour la transférabilité, car sans indicateurs objectivement vérifiable comment s'assurer que les activités réalisées soient transférables ou à transférer. Cette question de fond est apparue tout au long de l'évaluation.
- Il a persisté un manque de clarté dans la communication faite par AOI sur le projet phase 2. Il aura fallu trois journées d'échange, dont une en présentiel à Paris pour expliciter le projet. Malgré cela, le rapport de démarrage a montré des incompréhensions importantes de l'ensemble des 5 consultants expérimentés ayant des profils et parcours différents.
- Le processus de mise à disposition de la documentation par AOI a été laborieux. Après plusieurs envois de documents, il est apparu qu'il manquait toujours de nombreux documents. Ces documents sont apparus petit à petit et certains documents clefs sont apparus très tardivement, la dernière semaine de rédaction de ce rapport. Une partie n'a toujours pas été fournie au moment d'écrire ce rapport. Cela soulève des questions de disponibilité des documents. Cela a été une entrave importante pour les entretiens et le croisement des données. Cela n'a pas permis la pertinence requise dans le recueil des données comme dans l'analyse. De plus, un certain nombre d'éléments ont été fournis par l'AOI oralement sans document, ce qui empêche une analyse claire et surtout non biaisée des positionnements dans les partenariats. En effet, très peu de documents de suivi-évaluation sont disponibles, les échanges de formation et visites ont été peu documentés.

4. Résultats de l'évaluation

4.1. La démarche de l'AOI

La démarche AOI est le fruit d'une réflexion et d'une évolution au fil des années. D'une approche projet - assistance technique et gestion des fonds - elle s'est progressivement orientée vers un **leadership national**. Désormais l'AOI se positionne comme **un facilitateur et un créateur de lien** pour la mise en œuvre de projet ancré localement. AOI met en relation et aide à la collaboration des acteurs locaux dans un objectif commun prédéfini. L'action d'AOI se définit par un mot clef : **la Transversalité**.

Son objectif principal d'améliorer la santé orale est poursuivi **(i) en permettant un accès de la population aux fluorures, (ii) en permettant les soins de qualité, bucco-dentaires mais plus généralement de santé, avec comme point d'entrée pertinent, la PCI globale des centres de santé et hôpitaux cibles, et (iii) en renforçant les cadres et les institutions.**

L'approche dans les deux pays d'intervention comprend **beaucoup de similitudes** : il s'agit d'une approche transversale **sans intention de se substituer aux personnes en responsabilité**. Dans ce cadre, AOI s'appuie sur la recherche de personnes-clés motivées ou engagées dans une dynamique de santé publique.

Elle les accompagne et les renforce afin **d'appuyer des initiatives existantes ou de susciter le changement à travers un effet levier**. La notion de pérennité est centrale dans la mise en œuvre des activités, impliquant l'appropriation du projet par les bénéficiaires. Ceci est facilité par un financement limité de la part d'AOI, et une adaptation au contexte. **L'adaptation permanente du projet permet l'obtention d'un compromis d'activités et de résultats correspondant aux ressources disponibles aussi bien techniques que financières.**

L'approche AOI est marquée par un esprit de solution, d'accompagnement pour identifier les problèmes, *« pas de contraintes venant de AOI mais une incitation à la réflexion commune »*.

Son expertise en santé bucco-dentaire est reconnue et peu de partenaires existent dans ce domaine. Son ouverture sur la santé générale, semble être un sujet d'inquiétude de certains partenaires dont c'est le domaine d'activités (faculté de chirurgie dentaire de Ventiane, DLMNT à Madagascar, ADL au Laos, ...).

Par ailleurs les **dispositifs de mise en œuvre** de l'approche AOI ne sont pas les mêmes entre les 2 pays :

A Madagascar, la stratégie d'intervention est mise en œuvre à travers **COEF ressources**. COEF Ressources est un cabinet d'études et de conseils spécialisé en Ressources Humaines, évaluation de projets/programmes, Audit et appui organisationnel et communication.

Un coordinateur bénévole, impliqué dans AOI depuis une vingtaine d'années, **basé en France** se rend à Madagascar pour des **missions de suivi**. Le coordinateur est à l'origine de la présence d'AOI à Madagascar et a joué un rôle très actif dans la stratégie PCI. Dentiste de formation en activité, son expertise a permis à Coeff ressource d'améliorer son approche en particulier avec le DLMNT/ SSOABD. **L'implication de COEFF ressources permet un pilotage du projet et une interaction avec les autorités sanitaires d'autant plus contextualisé.** De plus, le contexte malgache, instable, notamment au niveau des cadres institutionnels, rend complexe le développement de projets à long terme impliquant les autorités et un renforcement de leurs capacités. **La présence d'une équipe locale indépendante assure ainsi la stabilité absente au niveau institutionnel.** Ceci s'est confirmé avec l'atteinte des résultats et la réalisation des activités malgré un contexte pandémique déstabilisant et empêchant tous déplacements externes.

Au Laos, la stratégie de mise en œuvre est un peu différente. **Une cheffe de mission expatriée**, ayant une formation en sciences humaines et sociales est basée au Laos. Les aspects techniques sont eux du ressort **d'un consultant basé en Indonésie** et qui intervient depuis plusieurs années avec AOI.

Ce binôme permet une répartition des tâches et des responsabilités pertinentes. En effet, **les missions du consultant permettent de dynamiser les activités et de mobiliser les bénéficiaires sur des actions ponctuelles importantes**, comme des actions de formations par exemple. Au Laos, il faut également considérer **l'importance jouée par la conseillère technique laotienne ex-employée du Ministère de la santé** qui, de fait, comme de coutume au Laos, peut apparaître comme une co-directrice locale.

Des responsables et des experts techniques viennent aussi régulièrement en mission au Laos en appui, organisé par AOI Paris. Ce triumvirat bien équilibré permet d'assurer un fonctionnement souple et efficace, la directrice pays a une bonne connaissance du Laos et les capacités diplomatiques pour travailler en souplesse, **les questions stratégiques de direction de projet et relations ou négociations avec les autorités peuvent être discutées en amont et en interne.**

L'expert technique est ainsi libéré des aspects logistiques ou organisationnels car sa mission a été préparée par l'équipe pays qui comprend aussi une comptable secrétaire administrative et une infirmière qui intervient avant tout sur le terrain.

Il est à noter que malgré l'existence d'une dynamique interpays, les relations existent uniquement à travers AOI Paris. Il n'existe finalement que très peu d'échanges directs entre les équipes Laos et Madagascar. **AOI Paris reste la cheville ouvrière entre les deux pays d'intervention et les experts.**

4.2. Résultats de l'évaluation : Madagascar

4.2.1. Analyse des résultats

Le projet s'est réalisé dans une dynamique multi acteurs et transversale. AOI est reconnue pour le renforcement de capacité et la mise en lien des acteurs du système de santé aussi bien des niveaux centraux, que intermédiaires et périphériques. Ainsi, à travers l'amélioration transversale des conditions de soins dans les centres de santé, et la mise à disposition d'un réseau d'expert, AOI contribue à **l'amélioration de la santé générale et indirectement orale.**

A Madagascar, tous les projets long terme ont beaucoup souffert suite à la pandémie. **La présence d'une équipe locale forte et autonome a permis la réalisation de la plupart des objectifs, indépendamment de la poursuite des missions d'expertise externe.**

L'ensemble des activités prévues ont pu être réalisées, sauf à l'IOSTM. En effet, le projet concernant l'IOSTM a pris beaucoup de retard. Ceci s'explique par une lourdeur administrative pour le choix du prestataire, et à la difficulté de trouver des entreprises locales compétentes pour assurer la réhabilitation du bâtiment universitaire. Cette difficulté a cependant été surmontée car la directrice de l'IOSTM a confirmé que la date prévue pour la réalisation des travaux cadre bien avec la rentrée universitaire.

- Soutien à une filière intégrée de fluoration et d'iodation du sel (de la production à la disponibilité pour les usagers)

Sur le volet iodation et fluoration du sel, on observe que **« 70% de la population consomme du sel iodé et fluoré aux normes », avec une prise de conscience, une appropriation et un engagement des gros producteurs de sel.** En effet, le producteur principal de sel à Madagascar, CSM continue à s'engager à ioder et fluorer le sel de cuisine commercialisé localement et permet à lui seul de couvrir l'équivalent de 70% du sel de cuisine consommé à Madagascar (estimation selon la quantité de sel produite et la consommation journalière par habitant). Il est toujours soutenu techniquement afin de stimuler son engagement.

Le programme a permis de soutenir une filière intégrée de fluoration et d'iodation du sel. **L'AOI a joué un rôle de facilitateur** concernant la discussion entre grands et petits producteurs. Des réunions ont également été organisées entre AOI, SSOABD, l'UNICEF et le SNUT.

Toutefois, une étude de l'Unicef sur le paysage du sel et un échantillonnage des sels consommés montrent que **seul 41,9% des sels recueillis au sein de ménage malgaches sont iodés** (résultats de l'analyse d'iodation des sels de consommation pondérés – Unicef). Cela s'explique entre autre par la production de sel non iodés et non fluorés chez la plupart des moyens et tous les petits producteurs et par les reconditionnements/mélanges avec des sels non iodés et non fluorés au fil de la filière. En outre, l'étude de l'UNICEF s'est focalisée uniquement sur les iodes dans les sels. Pourtant, les iodes sont habituellement instables après fixation, contrairement aux fluors. Ainsi, ce faible taux d'iode dans les sels n'est pas forcément extrapolable pour les fluors. Ainsi, une étude sur les deux filières intégrées s'avère indispensable afin d'assurer que le consommateur bénéficie réellement d'un sel iodé et fluoré aux normes.

Le paysage du sel à Madagascar est complexe, la répartition de la production entre gros, moyens et petits producteurs rend les actions difficiles à mettre en œuvre.

L'iodation bénéficie du soutien de nombreux bailleurs, quand la fluoration n'est actuellement soutenue que par l'AOI. L'engagement de certains producteurs du centre et du sud du pays reste compliqué et crée beaucoup de frustration. Les productions de sel du Sud du pays, non iodé et non fluoré, se vendent à bas prix, ces producteurs ayant peu d'investissement matériel et ne supportant aucun surcoût lié à l'iodation/fluoration.

Même si les producteurs ont reçu les mêmes types d'appui, certains producteurs **ont eu l'impression que la stratégie AOI était de se focaliser principalement sur les grands producteurs**, plus en mesure d'investir (financièrement mais aussi en termes de capacité de gestion et de réalisation de business-plan, ...).

La fourniture en intrants était en partie gérée par Salama jusqu'à il y a 3 ans, mais seulement destinés aux secteurs publics. A ce jour, l'importation et la distribution est uniquement prise en charge par le groupe Taloumis, association des deux gros producteurs malgaches (CSM/NSEGSM). Cela pourrait permettre la facilitation des achats par les petits et moyens producteurs et l'obtention de prix intéressants. Cela créerait une dynamique positive derrière les gros producteurs mais cela nécessite que les institutions s'en saisissent et crée un cadre institutionnel étatique, le groupement Taloumis étant favorable à cette démarche. En parallèle, La COSIM du Menabe aurait déjà commencé une démarche de Revolving found sur l'iodate de potassium avec l'Unicef Copenhague. Ces informations témoignent l'importance du partenariat public et privé dans le cadre de cette intervention.

Les programmes d'iodation et de fluoration ont commencé respectivement en 1995 et en 2005. **L'iodation et la fluoration du sel sont désormais une obligation pour tout producteur de sel puisque dictés par un décret datant de 2014 et d'un arrêté d'application de 2019.**

Par ailleurs, Madagascar a élaboré le PNAN III (Plan National d'Action pour la Nutrition) en 2017 et les partenaires s'alignent sur ce document de référence national pour la mise en œuvre de la fortification alimentaire. (Axe stratégique 1 concernant la prévention de la malnutrition et l'intervention 5 axé sur la fortification alimentaire). L'ANFA (Alliance Nationale de la Fortification Alimentaire) joue également un rôle important dans l'opérationnalisation de ce plan, mais nécessite une redynamisation actuellement.

En 2016, Parmi les 66 échantillons locaux analysés, 37 sont adéquatement iodés, soit 56% et 6 sont adéquatement iodés et fluorés, soit 9,00%. En 2020, la quantité maximum de sel iodée et fluoré produit est celui de CSM Diégo (44 600 T) suivi de NSEGSM avec 20 000 T. Il a également été constaté aussi que tous les sels importés ne sont pas fluorés.

Ces résultats montrent qu'il **est désormais possible pour le pays de produire une quantité suffisante de sel iodé et fluoré à la portée de chaque consommateur grâce à l'engagement des grands producteurs.** Au lieu de favoriser la fluoration du sel, certains acteurs ont véhiculé l'idée que ce n'était pas réaliste, le surcoût devant être supporté par le consommateur final. Il représente 9% du

coût du sel (Selon le consultant de l'UNICEF). **Ce surcoût a été mis en avant par les petits et moyens producteurs comme contraintes majeures puisque sans valeur ajoutée pour la vente.** En effet, le bénéfice est exclusivement l'enjeu de santé publique. Sans réelle campagne de communication d'ampleur et pour des producteurs aux revenus très modestes et aux conditions de vie difficiles, ce surcoût représente un frein majeur « *Ce ne sont que quelques centimes, mais ce sont des centimes qui comptent pour ces producteurs* ». Dans les arguments des producteurs récalcitrants, **il est également mis en avant le fait que le temps nécessaire à produire des sels fluorés et iodés est beaucoup plus important que les sels non fortifiés.** Il faudrait pouvoir fluorer et ioder à la même vitesse afin de ne pas ralentir la production et idéalement effectuer iodation et fluoration simultanément.

Une lettre a ainsi été envoyée au SSOABD par les producteurs du Menabe en décembre 2019 pour rendre compte de leur impossibilité à fluorer dans les délais exigés et sans appui financier. **De plus, la non fluoration-iodation par les producteurs du Sud entraîne de fortes disparités des prix, déstabilisant fortement la concurrence dans le cas où ces moyens producteurs seraient dans l'obligation d'ioder et fluorer.** Une coordination effective entre les producteurs de sel est très intéressante pour fixer non seulement le prix mais aussi la mise en application du décret. Le prix du sel iodé et fluoré vendu aux consommateurs varie entre 500 à 1200 Ariary¹⁷ le kilogramme, quand le sel brut sans fortifiant se vend entre 200 et 400 Ariary¹⁸ le kilogramme.

L'approche d'AOI était de trouver des solutions locales en montrant qu'un type de matériel fabriqué localement pouvait être financièrement accessible et permettrait d'opérer l'iodation et la fluoration du sel.

L'appui aux producteurs du Menabe fait suite à une demande du SSOABD et les essais sur la bétonnière font partie d'une recherche-action. L'objectif était de trouver des solutions accessibles, afin que les producteurs s'en saisissent et investissent. D'autres actions pour des mélangeurs adaptés étaient en cours suite aux essais de la bétonnière pour rechercher une solution adaptée aux petits et moyens producteurs. Vu que la bétonnière offerte n'a pas bien répondu à l'attente des producteurs, la proposition de SSOABD a été de réaliser une étude de faisabilité avant de se lancer à un investissement. Cette action aurait été entravée par le COSIM et l'UNICEF. Ils étaient prêts à appuyer pour l'achat d'une machine correspondante, mais l'appel d'offre n'a jamais été lancé.

Cela s'explique en particulier par la dynamique relative au décret. **Avec la promulgation du décret, l'UNICEF, s'est retrouvée confrontée à une difficulté supplémentaire dans son programme d'iodation déjà complexe à Madagascar.** De plus, les démarches d'AOI et de l'Unicef sont différentes et Unicef s'est sentie contrainte de prendre en charge un volet supplémentaire dans sa stratégie d'accompagnement et de soutien des filières. Un changement de comportement semble malgré tout s'opérer. **L'UNICEF n'a pas comme stratégie la fluoration mais avec ce nouveau décret, l'UNICEF est officiellement dans l'obligation de s'en emparer.**

AOI se trouve ici dans une « impasse », face à des petits et moyens producteurs réticents, et une frustration ressentie par les producteurs engagés dans la démarche. Les contrôles existent mais il reste compliqué de mettre en œuvre une réelle stratégie de pénalisation qui risquerait de déstabiliser le marché et de mettre en difficultés économique des petits producteurs, fragiles.

La plupart **des goulots d'étranglement** du projet sont liés à la gestion des petits et moyens producteurs :

- Le non application de textes réglementaires en vigueur;
- Le non-respect des normes recommandées soit 30- -60ppm au niveau des producteurs pour l'iode et 200- -300ppm pour le fluor
- Le faible système de suivi et l'absence de contrôle à tous les niveaux ;

¹⁷ Entre 10 et 25 cents

¹⁸ Entre 4 et 8 cents

- La Non accessibilité à l'iodate de potassium et Fluorure de potassium ;
- Le cout élevé des matériels et équipements

Des structures de **dialogue transversales** ont été créé, notamment le Comité National du Sel (et les Comités régionaux du Sel) qui souffrent encore d'un turn-over important des représentants, mais permettraient la création d'un dialogue entre les différentes parties prenantes. **Cette plateforme, soutenue par Unicef**, pourrait permettre une meilleure appréciation des partenariats publics/privés, un partage des plans d'actions et une mise en commun des activités (visite de terrain, ...) et permettrait idéalement **de réconcilier les discours en direction de la filière**.

Par ailleurs, Il est à noter qu'AOI s'est inscrit ici dans une démarche scientifique rigoureuse, permettant la réalisation d'une **cartographie de la teneur en fluor des eaux de boisson à Madagascar en 2016-2017, publiée en 2019 dans le journal « Community Dental Health »**¹⁹. Seules quelques zones, essentiellement dans le sud du pays ont été identifiées comme ne nécessitant pas de supplémentation en fluor de la population, mais ces zones ne sont pour l'instant pas concernées par le sel fluoré produit dans le Nord du pays et distribué.

Enfin il est important de souligner que ce sujet divise et est resté un sujet de tension important au fil de l'évaluation avec deux tendances qui s'opposent. Les partenaires ont fait état de ces deux tendances menées par 2 camps distincts, **l'un mené par AOI, avec le SSOABD et la DLMNT et l'autre mené par UNICEF avec le Service Nutrition (SNUT)**. L'OMS Madagascar n'a pas pu être rencontré mais il semblerait qu'il pourrait représenter une voie alternative permettant une fluidification des discussions, une clarification des rôles et éventuellement une avancée sur le sujet Un renforcement de la coordination multisectorielle centrale et décentralisée a une importance capitale pour la viabilité du projet.

➤ Laboratoire de contrôle et dentifrices fluorés

En collaboration avec l'OMS, **un atelier Fluor** a été mené en 2017 à Madagascar. Cet atelier a permis **de définir des normes concernant le niveau de fluor des dentifrices fluorés**, d'établir un cahier des charges à destination des fabricants et producteurs et un plan d'analyse relatif au contrôle du fluor dans ces dentifrices. Enfin cet atelier a permis de définir un plan d'action actualisé concernant les sels iodés et fluorés, une redéfinition du rôle des différents acteurs, ainsi qu'un plan de communication.

Suite à l'atelier fluor, M. Jaime Curry de **l'université du Brésil** (Université de Piracicaba) a **formé 12 personnes** (6 Ministère de la Santé et 6 Ministère du Commerce). Mais seules 4 personnes étaient ensuite en capacité de prendre le relais technique exigeant de la démarche.

L'université du Brésil a également reçu dans son laboratoire **2 techniciens ACSQDA** (Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires) pour les former aux analyses fluor pendant une semaine (sel, dentifrice, eau). Les analyses ont ensuite régulièrement été contrôlées à distance par le Brésil et l'accompagnement s'est poursuivi sur la qualité, la méthode, les calibrations, les résultats. **Des relations, bien que non institutionnalisées ont continué entre l'équipe du laboratoire et les deux techniciens suivant les besoins en expertise suite à la formation**. L'ACSQDA avait prévu de former d'autres de ses techniciens mais cela a dû être annulé à cause de la COVID.

Suite à ces formations, le laboratoire de l'ACSQDA, ainsi que les producteurs de sel ont été dotés en matériels et des lots de démarrage des réactifs d'analyses. Par ailleurs, Il a été mentionné **l'autosuffisance financière du laboratoire ACSQDA, grâce aux frais de contrôle de qualité des dentifrices fluorés que ce soit des productions locales ou des importations**.

¹⁹ <http://www.aoi-fr.org/wp-content/uploads/2014/09/4.Cartographie-en-fluor-eau-de-boisson-4.pdf>

En outre, il a été décidé que les contrôles qualité des sels produits devaient être également réalisés par les producteurs eux-mêmes. Les contrôles de routine sont exigés par lot de production de 500T (un certificat par lot). Pour le plus gros producteur, cela correspond à une production journalière, il a donc été convenu que les contrôles seraient mensuels.

Il existe donc un système de contrôle de la production à travers des laboratoires régionaux et des producteurs, ainsi qu'un système de contrôle des produits vendus et importés, dépendant lui du SNUT et appuyés depuis 1995 par l'UNICEF. Des comités de contrôle sont déjà mis en place au niveau régional, représentées notamment par les agents du ministère du commerce, de la gendarmerie, du Ministère de la Justice, et du Ministère de la Santé. Contrairement à l'iode, le contrôle de la teneur en fluor reste complexe à mettre en œuvre sur le terrain, faute de matériel. **Selon un rapport de l'Unicef, les contrôles inopinés sur l'iodation mais surtout sur la fluoration restent très insuffisants pour permettre le réel engagement.**

Une plateforme de partage des résultats de contrôle de l'iodation fluoration est en cours d'élaboration.

Les dentifrices fluorés sont importés et produits à Madagascar, permettant l'accessibilité de la population. Un complément d'action a également eu lieu à travers la fluoration du sel pour l'exposition des populations au fluor.

Un contrôle strict de qualité est mené par le Ministère de la Santé à travers l'ACSQDA et a été réalisé de manière systématique suite à l'atelier fluor. Cependant la formulation des dentifrices reste inadéquate, ceci étant lié au manque de fluor soluble disponible. **L'appui à l'ACSQDA a permis de réaliser des contrôles de qualité des dentifrices suivi d'une délivrance de certificat de consommabilité.**

La sensibilisation de la population sur les dentifrices fluorés est réalisée via les réseaux sociaux mais il reste difficile de savoir dans quelle mesure cela a permis une réelle prise de conscience. Actuellement, beaucoup de malgache ne connaissent pas l'importance du fluor, comparé à celle de l'iode. Selon le service de nutrition, d'autres canaux de communication doivent être utilisés pour transmettre des messages clés harmonisés. **Dès 2017, la stratégie de communication sur le sel iodé a été mise en place, mais n'inclue pas le fluor.** Dans ce cadre, les outils de communication sur le sel iodé sont déjà identifiés, sur la base de la revue des supports existants et le pré-test des messages au niveau des groupes de participants locaux. Une mise à jour de ces processus doit être instaurée en intégrant la sensibilisation sur le fluor afin d'harmoniser la communication. Il est important aussi de gérer les rumeurs liées au sel iodé et fluoré (effet secondaire sur l'hypertension) qui influence l'atteinte des résultats.

La dernière analyse de dentifrices a concerné un échantillon de dentifrices du Laos recueillis au marché. Cette analyse a été simultanément réalisée à Madagascar et au Brésil et a permis de valider la qualité des contrôles des laboratoires de l'ACSQDA. Cette analyse a permis de contribuer au **montage d'un dossier d'accréditation du laboratoire pour la réalisation d'analyse internationales.**

La sensibilisation des producteurs locaux de dentifrice a entraîné une prise de conscience des producteurs et l'amélioration de la qualité des dentifrices en respectant la norme (Tonident).

La législation sur les normes de dentifrices est une réelle avancée, ainsi que l'inscription récente des dentifrices fluorés sur la liste des médicaments essentiels (permettant une diminution des taxes d'importation)²⁰. Toutefois, le manque de système de pénalisation et de contrôle des ventes des dentifrices non conformes est toujours un problème.

En ce qui concerne les laboratoires, il a également été rapporté de fortes difficultés d'approvisionnement et d'acquisition des matériels liées aux lourdeurs administratives et une absence de plan de travail et d'objectifs définis sur lequel baser les activités.

L'ACSQDA mentionne également l'importance de la redynamisation des 5 laboratoires périphériques (Toliara I, Toamasina I, Mahajanga I, Fianarantsoa et Antsirabe II);

²⁰ <https://www.editionsmdp.fr/actualites/actualites/l-actualite-socio-professionnelle-du-chirurgien-dentiste/enfin-3-produits-dentaires-dans-la-liste-de-l-oms.html>

➤ Renforcement des cadres



Il y a eu un **turnover important des principaux interlocuteurs centraux du projet** depuis le début de la phase. En effet, en 24 mois, le Directeur de la DLMNT a changé 2 fois, le chef de service SSOABD a également changé et l'équipe du service bucco-dentaire a perdu petit à petit ses effectifs. Ces turnovers ont quelque peu affecté la fluidité de mise en œuvre des actions. En effet, presque l'ensemble des actions de renforcement de capacités de l'équipe du Ministère ainsi que **tout ce qui a pu être capitalisé durant la mise en œuvre de la première phase du projet ont été remis à l'état d'avant-projet**. Pour certain volet d'activité, tel que l'amélioration de l'accès aux soins de qualité, l'équipe du projet a dû s'appuyer sur les équipes du district sanitaire pour la réalisation conjointe des activités sur le terrain (formation, suivi). **Avec ces nouvelles équipes du Ministère, la perception du projet n'est pas la même**. Par exemple, dans le cadre de PCI, le service de DLMNT suggère qu'il faut prioriser l'appui des services de dentisterie au lieu de se tourner vers les services de maternité et de petite chirurgie. Toutefois, au niveau central, l'AOI réalise toujours des visites de courtoisie auprès de chaque nouveau Secrétaire Général du Ministère de la Santé, en présentant/plaidant sur les projets ainsi que leurs approches, qui restent valider et accepter par les dirigeants qui se succèdent.

La collaboration et l'intégration d'acteurs à différents niveaux, ainsi que l'ancrage au niveau du district, qui est une structure décentralisée et pérenne permet de surmonter cette situation et de ne pas interrompre le projet, mais met en danger cet axe de renforcement.

➤ Prévention et contrôle des infections dans les Centres de Santé de Base

Concernant la stratégie PCI, une évolution a eu lieu entre la 1^{ère} et la 2^{ème} phase. La 1^{ère} phase a été déployée autour de 9 CSB, il s'agissait d'une approche plus centralisée, verticale avec comme chef de file, l'équipe centrale du SSOABD. Cela concernait l'entièreté des CSB, la médecine, la maternité et les cabinets dentaires.

Pour la 2^{ème} phase, le projet a été étendu et un autre district a été impliqué, Ambatolampy, district dans la région de Vakinankaratra, Province d'Antananarivo, situé à 70 km au Sud Est de la capitale, et traversé par la RN7. Il compte 215 000 habitants et 24 CSB. Un de ces CSB, le CSB 2 de Behenjy



FIGURE 1 : CARTE DU DISTRICT D'AMBATOLAMPY

avait déjà bénéficié de ce projet lors de la 1^{ère} phase, et a connu un réel progrès en termes des offres de services et de qualité des soins de base aussi bien sur la santé orale que générale, suscitant ainsi l'intérêt du médecin inspecteur de développer à tout le district. La plupart des CSB n'avaient ni l'eau courante, ni l'électricité, mais sont en grande partie accessible par la piste. **L'ensemble des CSB du district ont reçu des autoclaves, des filtres à eau, du matériel d'accouchement, de pansement et de sutures du projet PASSOBA (Projet d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base)** de financement UE et mis en œuvre par l'UNICEF (2012-2017). **Le début de l'action a coïncidé avec l'évaluation et la mise en œuvre du PBF de la Banque mondiale.** La disponibilité de ces matériels a permis de déployer la stratégie de l'AOI en appuyant les partenaires en se basant sur les moyens existants et en s'adaptant au contexte local. AOI, par l'intermédiaire des experts, a initié les formations des agents de santé pour que ces derniers puissent utiliser ces matériels et atteindre les objectifs communs de PCI.

20 CSB étaient concernés sur 24 avec une approche district, moins centrale. L'ensemble du CSB était concerné, la présence d'un cabinet dentaire ne faisant plus partie des critères de sélection de l'intervention.

AOI s'aligne ainsi sur la politique du Ministère de la Santé Publique dont l'objectif principal du PDSS 2015-2019²¹ est d'optimiser l'offre de service et des soins de base de qualité. A court terme, ce PDSS prévoit, la mise en place des normes des plateaux techniques au niveau des formations sanitaires permettant de mettre en œuvre le PMA et le renforcement de l'application des précautions universelles dans les formations de santé. Les prérequis nécessaires à l'action étaient :

- La mise en place de la contribution des usagers pour garantir la pérennité du projet, en accord avec la commune.
- La formation de tous les personnels de l'ensemble des CSB.
- Un appui adapté au contexte, garantissant la sécurité des soins (activité, RH, bâtiment, financement limité).

Au niveau des CSB, l'équipe a pu s'appuyer sur les équipes de Management du district sanitaire (EMAD) pour la réalisation conjointe des activités sur le terrain. Des visites ont été réalisées, de diagnostic, de mobilisation, de clarification des besoins et d'évaluation, conjointement avec au moins une personne du District Sanitaire. Un plan d'action et de suivi de recommandation a été mise en place au niveau de chaque CSB.

Comme en phase 1, la sécurité des soins ne se limite pas à la dotation de matériels de base (bacs de trempage, matériels de nettoyage, système de haute désinfection, ...) ou à la réhabilitation du bâtiment (salle de stérilisation, salle d'accouchement et salle de soins), mais s'étend également au renforcement de capacité de cadres et des personnels médicaux et à leur appropriation des enjeux en tant qu'équipe.

Le projet s'est développé depuis la fin octobre 2018 avec la première réunion d'explication et d'implication des CSB. Fin décembre 2018, une deuxième réunion de clarification et d'établissement des projets par CSB a eu lieu.

Plusieurs vagues de formation ont eu lieu en 2019, accompagné de dotation en matériel, réhabilitation, documents de suivis (en janvier / Mai / Août / Décembre) et des missions de suivis ont régulièrement été menées pour accompagner chaque CSB (entre 1 et 5 suivis par CSB).

En plus des résultats notables en termes d'amélioration des protocoles, hygiène des mains, tri des déchets, propreté du centre, évalué par l'AOI et les responsables du district, des éléments positifs ont pu être relevés :

- **Une augmentation de 60 à 90 % de la fréquentation** a été rapportée au niveau des CSB et les usagers semblent satisfaits de l'offre de service de qualité. Toutefois, aucune évaluation ne permet de l'objectiver.
- **La motivation des personnels de santé à mettre en œuvre les normes PCI dans les CSB visités** fait partie des points forts constatés, avec une prise de conscience des enjeux en termes

²¹ Plan de développement du secteur santé 2015-2019/ Ministère de la santé publique

de maladies professionnelles également. Les changements de comportement forts sont constatés, une responsabilisation des rôles et responsabilités de chacun également.

- La valorisation des matériels de stérilisation disponibles, dotés par le projet PASSOBA mais non utilisés par les personnels faute de formation est un point majeur car AOI est le seul partenaire ayant formé sur l'utilisation des autoclaves déjà présents. Le fait de fournir des matériels adaptés aux contextes locaux et de travailler sur l'existant en l'améliorant est une réelle plus-value (absence ou coupure fréquente d'électricité et utilisation de l'autoclave, fonctionnel par le gaz). Le système de stérilisation, considéré comme de haute désinfection semble efficace et bien adapté au contexte même si sa validation scientifique suscite encore des débats. Certains centres montrent toutefois un nombre de cycles de stérilisation insuffisants par rapport à l'activité et beaucoup semblent encore utiliser le système de désinfection à l'eau chlorée (en suractivité, ou pour correspondre aux demandes d'autres partenaires comme PBF).

Quelques éléments ont été relevés, nécessitant de la vigilance et pouvant mettre en jeu la pérennité des résultats obtenus :

- **L'absence de normes nationales en matière de PCI**, a engendré le développement de stratégies différentes dans d'autres projets (FBP, ACCESS): la gratuité des soins, la norme sur la stérilisation (haute désinfection) des matériels. Les acteurs de terrain reconnaissent accepter les recommandations des partenaires pour pouvoir bénéficier de financements mais quand les partenaires partent, ils font ce qu'ils trouvent juste.
- **Le système de paiement aux actes était une condition de mise en œuvre des activités.** Il est bien accepté par la population car adapté aux ressources et facilité par la commune, la Direction Régionale de la Santé (DRS) et le District Sanitaire mais doit être discuté avec chaque équipe centrale en place comme projet pilote (hors CSU). Les cahiers de comptes sont pour la plupart existants et bien tenus. Ce système de financement a parfois été arrêté par la mise en place du projet Voucher (qui finance le CSB à travers la remise par le patient d'un voucher, distribué par les partenaires aux indigents). Cela ne diminue pas les moyens du centre mais demandera de réinstaurer le système de financement par les usagers à l'arrêt du projet Voucher.
- **Certains CSB se sont plaints de financements malgré tout insuffisant.** Le PBF (Financement basé sur les Résultats) dont la mise en place a eu lieu presque simultanément, permet en partie de compenser, car finançant les soins respectant les normes qualité définies, normes respectées en termes de PCI grâce à la mise en œuvre des nouvelles procédures PCI.
- **Le projet s'inscrit dans une dynamique locale** (commune, district, usagers, personnels) et transversale cohérente (PBF, contexte, ...). Un manque d'intégration a pu être rapporté avec l'absence de synergie entre les activités PCI aux activités de routine du district et des planifications (Plan de Travail Annuel).
- **Les personnels ont également regretté l'absence d'objectifs clairs.** Il existe pourtant une grille scorée et les besoins d'amélioration y sont inscrits dans le cahier de suivi du CSB. Ils regrettent pourtant l'absence d'objectifs trimestriels et annuels précis et bien définis. Pourtant c'est le principe de subsidiarité de l'AOI, dans l'optique de l'appropriation par les agents de santé, de laisser les agents définir eux-mêmes leurs objectifs et les activités correspondantes puis à AOI de les appuyer/orienter pour les atteindre.
- **Le transfert de compétences reste difficile**, entravant la continuité de l'activité en cas de turn-over des agents, le phénomène est d'autant plus accru dans les petites équipes.
- **Le manque de ressources humaines dans certains CSB peut rendre difficile la mise en œuvre complète des normes PCI.** Les Maires de la commune ont prêté main forte à cette situation en payant des personnels journaliers pour renforcer le service d'hygiène hospitalier.
- **Le problème lié au manque d'eau potable a alourdi la charge financière des CSB.** Le bidon 20 litres d'eau coûte environ 500 Ariary, mais le besoin journalier est au minimum 10 bidons par jour (1,5 Euro). Une orientation vers d'autres projets qui financent l'adduction d'eau potable en milieu hospitalier s'avère nécessaire.
- Les activités de TUD (traitement des urgences dentaires) ou soulagement de la douleur ont été suspendues, les nouveaux dirigeants ayant considéré ce volet comme non prioritaire.

- Niveau de contribution du projet à l'amélioration de l'enseignement (environnement, formation, etc.) en PCI à Madagascar à l'IOSTM

Concernant le volet sur l'amélioration de la sécurité des soins au niveau de la faculté dentaire de Majunga (IOSTM), **le calendrier des activités a été modifié** du fait de problèmes au niveau du bâtiment. En effet, une mission d'évaluation de septembre 2019 a montré un état de délabrement du bâtiment de la faculté ne permettant pas la réhabilitation prévue et ne permettant la mise en place d'un système pérenne de stérilisation (adduction d'eau, structure du bâtiment, ...). **Cette évaluation a montré que des travaux liés à l'infrastructure et sa remise aux normes étaient nécessaires avant de pouvoir débiter les activités prévues initialement.** Une recherche de financement complémentaire a été entreprise afin de faire face aux surcoûts. Ce premier diagnostic devait être complété par un second diagnostic plus approfondi par une structure spécialisée, dont la recherche locale a considérablement retardé le projet.

Selon le Directeur de l'IOSTM, le processus de sélection des entreprises issues de l'appel d'offre a aussi retardé la mise en œuvre des activités suite à la restriction de déplacement liée au Covid 19. Cependant, la date prévue pour la réception technique n'a pas été reculée.

Durant toutes ces étapes, plusieurs séances de réunions / discussions avec les membres du personnel enseignants et la direction ont permis la création de l'équipe d'enseignants, les contenus des formations qui seront dispensées, la mise en place des nouvelles procédures, l'agencement de la salle de soins.

4.2.2. Partenariats

A Madagascar, la réalisation des différents volets d'activités a été menée avec le partenaire principal du projet, le SSOABD. Il a été renforcé en équipement informatique et en capacité avec un master de santé publique, AOI étant le seul partenaire stable du SSOABD. Le turnover très important jusqu'à très bas hiérarchiquement dans l'équipe à partir de juin 2019 a entraîné le ralentissement des activités menées en commun. L'opposition historique entre les partenaires de l'iodation et la fluoration du sel se sont inévitablement retrouvées au niveau institutionnel, avec une petite équipe SSOABD renforcée et soutenue par AOI et le SNUT, soutenu par l'Unicef. Très peu de relations semblent exister entre AOI et d'autres partenaires. Les interactions avec d'autres ONG restent limitées comparativement à d'autres ONG qui ont des domaines d'action similaire.

Une dynamique d'harmonisation centrale semble toutefois se construire à travers l'initiation de réflexions autour d'une stratégie nationale et de procédure de sécurisation des soins avec la SPIM (Société de Pathologies Infectieuses de Madagascar), l'OMS Madagascar, MSI (Marie Stops International), et l'AOI. Une relation de partenariat forte a été établie avec le district sanitaire et les CSB Ambatolampy. Chacun y connaît ses rôles et responsabilités. On envisage le positionnement AOI dans cette approche district comme un pilier entre le niveau central et le niveau district, compensant les limites d'un pays très centralisé.

- Institutions

La réalisation des différents volets d'activités a été menée avec le **partenaire principal du projet, le SSOABD**. Il a été renforcé en équipement informatique et en capacité avec un master de santé publique, AOI étant le seul partenaire stable du SSOABD.

Le turnover très important jusqu'à très bas hiérarchiquement dans l'équipe à partir de juin 2019 a entraîné le ralentissement des activités menées en commun. Ces mutations ont entraîné le départ des membres de l'équipe ayant reçu un renforcement de capacités sur les différents volets du projet. Les remplaçants n'ont pas la même formation en santé publique, ni la même compréhension du projet

et le **niveau d'implication est assez mitigé**. Ce problème a toutefois été bien contourné par l'ancrage intermédiaire voir périphérique du projet.

Une convention de partenariat a été signée avec les ministères en janvier 2020. A la demande de la DLMNT, les signataires sont les hauts responsables au niveau du Ministère de la Santé (Ministre, DGFS et DGMP) et non plus la DLMNT comme auparavant. Bien que l'AOI ait fait parvenir une copie de cette convention à la DLMNT, il semblerait que celle ait été reçue très tardivement. Le directeur de la DLMNT nous a pourtant affirmé qu'il n'y avait pas de convention, refusant son existence car reçue tardivement. Bien que des documents semblent exister et que le DLMNT trouve le projet intéressant, voire indispensable, la démarche AOI initiant les projets au départ des bénéficiaires pour ensuite les formaliser semblent créer des **frustrations hiérarchiques**. Par exemple, le SSOABD a nié avoir été informé du démarrage actuel du projet concernant l'IOSTM. Ainsi, **bien que l'ancrage périphérique et l'appui sur des personnes ressources semble être garant de la continuité du projet, il semble nécessaire de réadapter la communication avec les autorités centrales pour éviter les frustrations et améliorer la compréhension mutuelle.**

Le DLMNT souligne également la nécessité d'amélioration de l'approche de l'AOI réclamant sa plus grande implication dans tous les processus du projet (élaboration du PTA, clarté du budget alloué par le projet, priorisation des activités, identification des cibles et des besoins du Ministère, ...). On note ainsi une volonté importante du DLMNT de mieux valider/ contrôler l'action mise en œuvre par AOI. Le directeur souhaite pouvoir discuter des activités avant mise en œuvre et qu'on lui rende compte des activités réalisées. L'AOI étant dans une adaptation permanente de ses activités à l'appropriation des bénéficiaires, il n'y a pas de PTA prévisionnels. Cela empêche l'optimisation des activités par la mise en commun avec celles des différentes directions et un chevauchement d'activités a été rapporté par la DLMNT avec les activités de l'AOI. Pour les activités de routine, comme les visites de terrain, ou autres déplacements, une planification et une mise en commun pourrait par exemple être envisagée.

Le directeur du DLMNT, dentiste de formation, considère que bien que le volet PCI soit une réussite, l'AOI devrait davantage se focaliser sur son domaine d'expertise et celui du SSOABD et appuyer les cabinets dentaires, peu fonctionnels et très touchés par la crise pandémique. Le DLMNT souhaite avoir une relation plus directe avec AOI afin que le partenariat ne se cantonne pas au niveau du SSOABD.

Cela confirme le manque de compréhension mutuelle et la nécessité de mettre en place un mécanisme de concertation et d'échanges entre entre AOI et le DLMNT et SSOABD.

L'opposition historique entre les partenaires de l'iodation et la fluoration du sel se sont inévitablement retrouvées au niveau institutionnel, avec une petite équipe SSOABD renforcée et soutenue par AOI et le SNUT, soutenu par l'Unicef. Cela a entraîné des tensions au sein même des deux Directions et en complique les synergies, engendrant des difficultés de communication et coordination en particulier autour de l'organisation de journées de la TDCI (Trouble de carence en Iode). Des difficultés persistantes ont également été observées concernant l'élaboration des outils de communication qui apparaissent comme insuffisamment harmonisées sur l'intégration de l'iode et du fluor. Les reproches sont identiques et chacun restent sur une position ferme de reproche envers l'autre « camp ». Les invitations sont envoyées tardivement, les stratégies et activités ne sont pas partagées, ni conjointes.

Pour les producteurs et les autres intervenants de la filière, la non harmonisation des discours, les différences de calendrier et le changement d'interlocuteur entraîne une confusion, voire une échappatoire offerte de non adhésion au processus.

L'appui Unicef et AOI s'inscrivant dans une démarche totalement différente, l'harmonisation des stratégies n'est pas réalisable. La question des budgets et des plans de travail de l'AOI a été soulevées à plusieurs reprises par le SSOABD, la DLMNT et l'Unicef car ils ne sont pas connus, et les empêchent de tenter une adaptation voire une intégration des activités de l'AOI dans leurs stratégies.

Toutefois, Les acteurs gouvernementaux participent activement à la mise en œuvre du projet avec par exemple la création d'une association « Filaminana anatin'ny », association des gendarmes, de personnels de laboratoire, de staff de MSP et de producteurs de sels qui réalise un sondage conjoint des sels qui sortent de Morondava.

Enfin, **AOI participe au CNS (Comité National du Sel)**. Ce comité multisectoriel regroupe commerce, justice, producteurs, Office National de Nutrition et les partenaires tel que l'Unicef. AOI est présent aux réunions du CNS mais n'y est pas suffisamment transparente sur son plan d'action. La communication concernant ces activités de fluoruration pourrait être renforcée. Les points de vue à nouveau sont très opposés et ne permettent pas une synergie d'action, par exemple, l'Unicef souhaiterait que l'AOI aide au financement de ce comité en tant que principal soutien de la filière de fluoruration, ce à quoi AOI se refuse... De plus, dans une opposition si ferme, tout partage d'information semble être une faiblesse offerte ou un argument contre soi et donc difficile à partager.

➤ Autres Partenaires Techniques et Financiers

Très peu de relations semblent exister entre AOI et d'autres partenaires. Les interactions avec d'autres ONG restent limitées comparativement à d'autres ONG qui ont des domaines d'action similaire. L'ambassade de France joue ce rôle de mise en contact entre les acteurs, par exemple au niveau de la santé communautaire, avec Santé Sud. Le partenariat avec l'AFD reste peu développé avec AFD Madagascar, pour 2 raisons principales : à Madagascar, il y a une absence de programme Santé dans le secteur de concentration et le type de convention fait qu'elle est gérée par le siège de l'AFD.

Concernant l'ambassade de France, on constate une assiduité de l'AOI à participer à la réunion périodique et des journées de rencontre annuelles des acteurs Français. Par ailleurs, l'ambassade de France est elle-même impliquée à la mission conjointe au sein de de l'IOSTM.

Le projet d'appui aux CSB a bénéficié de l'appui en amont du projet PASSOBA (financement UE mené par l'UNICEF) qui a doté entre autres les CSB d'autoclaves. De même, la mise en place du Financement Basé sur les Résultats, mis en place dans le District d'Ambatolampy concomitamment au projet AOI ne semble pas intégré avec les activités encouragées par l'AOI. Le projet « Voucher » mis en place dans certains CSB appuyé a permis de façon temporaire d'alléger la charge de la participation des bénéficiaires, qui peuvent désormais se rendre au CSB gratuitement, celui-ci étant dédommagé ensuite par les partenaires. Tous ces projets œuvrent vers l'amélioration de la qualité des soins, mais peu de synergies semblent exister. Un exemple a été beaucoup relevé, concernant le processus de désinfection, le PBF encourageant l'utilisation de l'eau chlorée (comme minimum nécessaire) quand **l'AOI préconise l'utilisation d'autoclaves ou de cocotte minutes lorsqu'elles sont disponibles.** Aucun de ces procédés ne s'opposent, toutefois une priorisation pourrait être instaurée et clarifiée. Les personnels ont rapporté être parfois perdus dans les différentes directives, valider systématiquement les demandes des partenaires pour obtenir leur financement ou appui et finalement adapter eux-mêmes les procédures.

Une dynamique d'harmonisation centrale semble toutefois se construire à travers l'initiation de réflexions autour d'une stratégie nationale et de procédure de sécurisation des soins avec la SPIM (Société de Pathologies Infectieuses de Madagascar), l'OMS Madagascar, MSI (Marie Stops International), et l'AOI. Un atelier aurait déjà dû avoir lieu mais a été empêché par la crise COVID.

Aucun partenaires WASH n'a pu être rencontré ou identifié dans cette étude.

Plusieurs partenaires et experts ont constaté le frein que représente le budget faible d'AOI dans un pays comme Madagascar. **Bien que la démarche considère un soutien technique et relève le défi de la pérennité de l'action, dans un pays en « quasi-faillite », sans appui financier conséquent, certaines activités sont difficilement soutenables par un état dont le budget de la santé est très**

largement insuffisant et 2,5 fois inférieur au budget prévisionnel nécessaire du PDSS²². Aussi a-t-il été suggéré que l'AOI accepte de faire bénéficier de son expertise d'autres partenaires et bailleurs importants, ou qu'elle s'associe dans le cadre de certaines activités, comme la rénovation de l'IOSTM ou le soutien de la filière de fluoration. De plus, dans le cadre de la fluoration notamment, l'impasse dans laquelle la filière se trouve actuellement devra trouver des réponses économiques et les partenariats publics/privés représentent un risque fort sans soutien suffisant des petits producteurs. Au niveau du MSP Malgache, il existe un lien fort avec les salins mais il y a manque de moyens importants concernant le contrôle de la fraude.

- District Sanitaire et Centre de Santé de Base
-

Une relation de partenariat forte a été établie avec le district sanitaire et les CSB Ambatolampy. Chacun y connaît ses rôles et responsabilités. Ceci a été rendu possible dès le départ par la démarche mise en œuvre par l'AOI. En effet, le demande d'extension aux CSB du district est venu du Médecin inspecteur, validant son implication. Ensuite, plusieurs réunions ont été organisées afin d'expliquer le processus et de permettre à chaque CSB d'identifier ses besoins et son plan d'action. AOI représente un appui technique de formation, de dotation de base et d'expertise. La transversalité de la démarche impliquant tout le CSB ainsi que l'adaptation au contexte permettent une réelle motivation des équipes. **La compréhension mutuelle des enjeux de l'intervention ainsi que des rôles de chacune des parties prenantes, garantit la fluidité du projet.** De plus, les réunions de district avec chaque médecin chef permet l'échange de pratiques et la recherche de solution adaptées.

Le partenariat est basé sur la motivation des équipes, ainsi, on peut trouver des nouveaux d'implication de l'AOI différents selon la motivation trouvée chez leurs interlocuteurs. Plus le partenaire est demandeur et investi, plus l'appui sera important. Un minimum complet et cohérent est toutefois fourni à l'ensemble des participants et préserve l'égalité entre les partenaires.

Un partenariat avec l'équipe du district sanitaire d'Ambatolampy a été établi pour le suivi des centres de santé bénéficiaire du district : L'équipe du district a bénéficié d'une formation en sécurité des soins et en suivi de projet. Les supervisions régulières (Skype et présentiel) ont permis des échanges et un rééquilibrage des activités pour de meilleurs résultats. **Le changement de stratégie lié en partie aux mutations centrales, a permis une réelle implication du niveau district. Les visites de suivi sont toujours conjointes. Il est regrettable toutefois, qu'il n'y ait pas encore de démarche d'intégration dans les activités de routine du district et que le calendrier semble encore déterminé par les équipes AOI.** Malgré tous ces mécanismes d'échanges, il est noté que l'absence de plan de travail, les visites inopinées, et l'absence d'objectifs trimestriels, empêche une réelle appropriation par les personnels.

Il a été rapporté qu'il existait une bonne coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Toutefois, à travers les discours, **on envisage le positionnement AOI dans cette approche district comme un pilier entre le niveau central et le niveau district, compensant les limites d'un pays très centralisé.** Bien qu'AOI se considère comme un facilitateur, au sein des CSB, on parle facilement du « projet AOI ». La perception de l'AOI a été modifiée au niveau des bénéficiaires. Il s'agissait d'un projet d'appui du ministère alors que désormais avec cette approche district, pour les personnels des CSB, il s'agit d'un projet AOI. Cette différence d'interprétation montre les ambiguïtés de compréhension certaines fois liées à l'approche AOI. Malgré cela, entre la phase 1 et la phase 2 et avec la faiblesse du SSOABD, la substitution d'AOI a été d'autant plus adaptée et nécessaire puisqu'elle a permis la continuité du projet en accompagnant et en impliquant le niveau district.

L'absence d'implication de la communauté, des bénéficiaires comme des agents communautaires a été remarquée. Dans un pays développant son système de santé autour de la santé communautaire, une implication même minime des relais communautaire aurait pu être bénéfique. Toutefois, **le retour non évalué mais rapporté par tous d'une acceptation de la participation des bénéficiaires, un respect de la propreté avec le retrait systématique spontané**

²² Analyse succincte du budget de la santé publique 2014 – 2019 - UNICEF Madagascar

des chaussures, une augmentation de la fréquentation du centre, montre l'impact sur la communauté. Ceci devra être évalué dans une prochaine phase mais a été refusé pour celle-ci.

➤ IOSTM

Au niveau de l'IOSTM, la collaboration avec les dirigeants de la faculté se passe bien malgré le turnover, la collaboration avec la nouvelle équipe se poursuit dans de bonnes conditions. L'équipe de l'IOSTM a pu bénéficier d'un voyage d'études et d'un échange d'expérience avec l'équipe de l'université de Strasbourg.

4.2.3. Pérennité et transférabilité

L'intégration et l'implication des équipes cadres des CSB au niveau district dans la mise en œuvre du projet est au niveau des CSB est un facteur de pérennité important. Concernant la dimension financière, il est important de souligner l'importance de l'autosuffisance financière du centre pour achat de consommable et produit d'entretien grâce au système de contribution des bénéficiaires, aidée d'autres dispositifs comme le PBF et la Commune. Enfin, la dynamique d'équipe est un facteur humain clef de la pérennité : l'implication, la motivation et les échanges de pratiques, des personnels sont des éléments nécessaires au niveau des CSB. Un certain nombre de points de vigilance sont nécessaires pour assurer la pérennité : (i) Structurer le transfert de compétences aux nouveaux arrivants, (ii) Définitions d'objectifs clairs, (iii) Définition d'objectifs clairs et partagés permet d'entretenir la motivation des équipes, (iv)

PCI doit être une priorité et une exigence des leaders, (v) niveau central du système de santé doit valider le système de contribution des bénéficiaires, voire l'institutionnaliser, (vi) gestion transparente des fonds obtenu par les bénéficiaires doit être mise en œuvre systématiquement, (vii) supervision doit être régulière et intégrée au fonctionnement de routine du District Sanitaire, (viii) disponibilité des matériels tel qu'autoclave, tissus en cas d'extension à d'autres zones d'intervention est nécessaire.

4.2.3.1. La pérennité du volet PCI

L'intégration et l'implication des équipes cadres des CSB au niveau district dans le suivi de la mise en œuvre du projet au niveau des CSB est un facteur de pérennité important. Concernant la dimension financière, il est important de souligner l'importance de l'autosuffisance financière du centre pour achat de consommable et produit d'entretien grâce au système de contribution des bénéficiaires, aidée d'autres dispositifs comme le PBF et la Commune. L'opportunité du plaidoyer de la Banque Mondiale concernant la décentralisation du budget du Ministère de la Santé au niveau district est ainsi à saisir. Enfin, la dynamique d'équipe est un facteur humain clef de la pérennité : l'implication, la motivation et les échanges de pratiques, des personnels sont des éléments nécessaires au niveau des CSB. Quelques points de vigilance ont été observés : structurer le transfert de compétence aux nouveaux arrivants, définition d'objectifs clairs et partagés permet d'entretenir la motivation des équipes, la PCI doit être une priorité et une exigence des leaders, le niveau central doit valider le système de contribution des bénéficiaires voire l'institutionnaliser, gestion transparente des fonds obtenu par les bénéficiaires doit être mise en œuvre systématiquement, disponibilité autoclave.

Certaines approches mises en place permettent ainsi de contribuer à la pérennité des actions et changements mis en œuvre. L'approche décentralisée à travers l'approche district permet d'avoir une approche cohérente avec le système de santé malgache et impacte ainsi directement le renforcement du système de santé. **L'intégration et l'implication des équipes cadres des CSB au niveau district dans le suivi de la mise en œuvre du projet au niveau des CSB est un facteur de pérennité important.**

Concernant la dimension financière, il est important de souligner **l'importance de l'autosuffisance financière du centre** pour achat de consommable et produit d'entretien grâce au système de contribution des bénéficiaires, aidée d'autres dispositifs comme le PBF et la Commune. **L'opportunité du plaidoyer de la Banque Mondiale concernant la décentralisation du budget du Ministère de la Santé au niveau district** est ainsi à saisir. Au niveau réglementaire, il est nécessaire d'avoir l'autorisation du Maire de la commune, ainsi qu'une validation au niveau institutionnel en tant que projet-

pilote. Cela nécessite une reprise en main par les autorités ou la réalisation de plaidoyer pour une mise à l'échelle. L'acceptation de la communauté du système de contributions pour assurer le fonctionnement du centre est un signe encourageant.

Enfin, **la dynamique d'équipe est un facteur humain clef de la pérennité** : l'implication, la motivation et les échanges de pratiques, des personnels sont des éléments nécessaires au niveau des CSB. Cela reste dépendant de l'implication de départ dans le projet et des turn-overs dans les équipes. L'appropriation des personnels des enjeux de la PCI et cette motivation dans le projet est également garante d'une certaine pérennité financière puisqu'elle entraîne leur motivation à rechercher des solutions de financements.

Ainsi, un certain nombre de points de vigilance sont nécessaires pour assurer la pérennité :

- Il est important de **structurer le transfert de compétence aux nouveaux arrivants**, système de formation continue, en particulier dans un contexte de turnover important
- **La définition d'objectifs clairs et partagés permet d'entretenir la motivation des équipes**
- La PCI doit être une priorité et une exigence des leaders
- **Le niveau central du système de santé doit valider le système de contribution des bénéficiaires, voire l'institutionnaliser**
- **La gestion transparente des fonds obtenu par les bénéficiaires doit être mise en œuvre systématiquement**
- **La supervision doit être régulière et intégrée au fonctionnement de routine du District Sanitaire**
- La disponibilité des matériels tel qu'autoclave, tissus en cas d'extension à d'autres zones d'intervention est nécessaire
- Dans la phase actuelle (phase 2) certains personnels de CSB ont été en grève, si ces grèves ont tendance à se répéter ou perdurent, cela peut impacter la pérennité.

4.2.3.2. La pérennité du volet Fluor

L'implication du principal producteur est un élément fort et un argument pour les futurs plaidoyers. Toutefois, l'impasse dans laquelle se trouve ici le projet va nécessiter l'ouverture vers d'autres partenaires, et le rétablissement d'une communication avec l'Unicef, à travers les différentes plateformes en cours de mises en place.

Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- Importance de continuer le plaidoyer en direction des autorités malgaches pour l'application du décret et le soutien de la filière
- L'OMS, bureau pays aurait pu se positionner comme un arbitre et un facilitateur pour clarifier les positions de chacun des partenaires : il est important de solliciter à nouveau l'OMS pour avancer sur un positionnement clair.
- L'OMS pourrait jouer un rôle dans le rétablissement du dialogue avec UNICEF
- Nécessité de former d'autres laborantins, même si le risque de mutation de Toussaint est faible.
- Poursuivre les démarches de certification du labo à l'international

4.2.3.3. La transférabilité/ Mise à l'échelle

Plusieurs critères de sélection des centres de santé ressortent comme indispensables pour envisager le développement des activités de renforcement de la qualité des soins. Ces critères semblent connus de l'AOI :

- **Activité minimum dans le CSB** : Le niveau d'activité au sein d'un CSB doit être minimum car il est plus complexe de faire évoluer les comportements si le personnel y est très peu formé et n'a pas suffisamment de pratique. De plus, lorsque l'activité est très faible, l'investissement est plus difficile à justifier, la mise en œuvre pratique et le financement sont eux impossible.
- **Taille de l'équipe suffisante pour supporter le turn-over au niveau des CSB** : dans une équipe trop petite, la perte d'un élément formé va déstabiliser tout le fonctionnement et ne permettra pas la formation du nouvel arrivant. La motivation sera également plus compliquée à dynamiser, et la perte d'un personnel pourra remettre en question toute la dynamique d'équipe.
- **Identification des leaders**. L'identification des personnes influentes qui peuvent jouer un rôle décisif sur le changement de comportement, la compréhension des enjeux liés à la PCI. Les leaders ont la capacité d'être écouté et de pouvoir influencer d'autres personnes qui ont été formées mais pas forcément convaincus.
- **Réhabilitation possible à budget modéré**. La mise en place de nouvelles normes PCI peut impliquer des travaux de réhabilitation. Ces travaux étant dépendant du budget des autorités malgaches, il est important que les CSB identifiés dans le cadre d'une prochaine phase ne nécessitent pas de travaux trop importants et donc de coûts trop importants qui ne peuvent être supportés par les autorités de district.
- **Accessibilité des centres** (2/3 des CSB sont accessibles seulement la moitié de l'année). La mise à l'échelle dans d'autres district doit se concentrer sur des zones suffisamment accessibles pour être soutenus et pour avoir une activité suffisante.
-
- Ainsi, la plupart des critères relèvent de la structure des CSB (taille de l'équipe, état des bâtiments, accessibilité,...). Toutefois, deux critères moins facilement objectivables semblent pourtant prioritaires :
- **Motivation et compréhension de la démarche AOI**. L'approche AOI est singulière. Dès lors il est indispensable d'expliquer concrètement ce que cette approche implique et demande comme travail de la part des bénéficiaires. La démarche AOI d'accompagnement des équipes implique une appropriation et une autonomie dans la réalisation des activités et le développement du projet. La mise en place du projet, avec la réalisation des plans de travail par les chef CSB est une bonne façon d'évaluer l'implication des différentes parties prenantes.
- **Implication des autorités locales et des MI et DRS dès la conception**. De même que la motivation des personnels des CSB est nécessaire, celle des autorités leaders l'est également. Les visites de routine, l'entretien de la motivation, la priorisation de la PCI relève des équipes de district.
- **Le premier déploiement entre la phase 1 et la phase 2 est un exemple de transfert réussi**. L'initiative de ce transfert est venue du chef de district, qui a demandé un soutien à l'AOI, gage de son engagement dans le processus. Un déploiement en cascade, motivé par des visites de CSB interdistrict semble être une stratégie efficace. Dans ce cas il serait intéressant lors de la phase 3 d'envisager une plus grande implication des autorités régionales avec un appui spécifique d'AOI à ce niveau, ainsi qu'une adaptation aux calendriers du district. L'appui pourrait ainsi être intégré aux activités du district et de la DRS pour assurer une réelle appropriation de la PCI et les autonomiser dans ce sens. Cela permettrait un déploiement par la DRS aux CSB des différents districts répondant aux critères définis.

4.3. Laos

4.3.1. Analyse des résultats

A la différence de Madagascar, au Laos, il existe un cadre institutionnel stable et des directives nationales harmonisées permettant un renforcement de la PCI. Des actions de plaidoyer et d'accompagnement sont menées afin d'améliorer la qualité des soins de santé au Laos en particulier avec (i) le renforcement des cadres du Ministère de la Santé et de la stratégie concernant l'HPCI, (ii) l'amélioration de l'intégration des activités et (iii) la révision des directives nationales, l'appui au fonctionnement des comités de PCI, la mise en place de matériels de formation à l'intention des cadres de santé. Le contexte est plutôt favorable, les différents acteurs sont engagés dans le processus. Au niveau des hôpitaux, l'objectif est de contribuer à l'obtention d'hôpitaux modèles. Il ne s'agit pas de soutenir les hôpitaux qui ont le plus besoin d'appui mais plutôt de créer un effet levier à partir d'hôpitaux où la progression vers un modèle est possible. Au niveau universitaire, un travail important a été réalisé en phase 1 avec la faculté de chirurgie dentaire qui se trouvait être un modèle d'enseignement de la PCI au sein de la faculté des sciences de Vientiane. **Le soutien à l'iodation et la fluoration du sel était soumis à la parution d'un décret rendant obligatoire l'iodation et la fluoration du sel par les producteurs. Malgré le long et intense travail de plaidoyer, l'engagement annoncé du ministère de la Santé et les résultats acquis en matière de production et de contrôle de qualité, le projet a dû être mis en veille, faute de décret.**

A la différence de Madagascar, au Laos, il existe un cadre institutionnel stable et des directives nationales harmonisées permettant un renforcement de la PCI.

L'approche ici dans cette phase a concerné certains hôpitaux de District de Vientiane, et les différents départements de la faculté des Sciences de Vientiane qui permet le renforcement des cadres. Le volet fluor a été abandonné.

Les activités prévues pour la phase 2 ont été réalisées ou sont en cours.

Des actions de plaidoyer et d'accompagnement sont menées afin d'améliorer la qualité des soins de santé au Laos en particulier avec (i) le renforcement des cadres du Ministère de la Santé et de la stratégie concernant l'HPCI, (ii) l'amélioration de l'intégration des activités et (iii) la révision des directives nationales, l'appui au fonctionnement des comités de PCI, la mise en place de matériels de formation à l'intention des cadres de santé. Le contexte est plutôt favorable, les différents acteurs sont engagés dans le processus.

La tenue des ateliers de présentation du programme au ministère de la Santé en février 2019, mai 2019 et juillet 2019 a permis à l'ensemble des acteurs partenaires porteurs du projet de bien s'impliquer dans le pilotage, la planification et la mise en œuvre des activités.

Au niveau des hôpitaux, l'objectif est de contribuer à l'obtention d'hôpitaux modèles. Il ne s'agit pas soutenir les hôpitaux qui ont le plus besoin d'appui mais plutôt de créer un effet levier à partir d'hôpitaux où la progression vers un modèle est possible.

Une réorientation du volet accès aux soins de qualité a été nécessaire car 2 hôpitaux initialement sélectionnés durant la phase d'identification du projet (2016-2017) sont en cours de rénovation ou de reconstruction. L'hôpital de référence de Mitthaphap est en cours d'agrandissement (financé par un programme de l'aide au développement autrichien), ce qui devrait doubler sa capacité d'accueil. Ce projet de construction prévoit la construction d'un deuxième site et donc la migration de certains services dans des infrastructures ultramodernes et la formation du personnel. Depuis 2017, l'hôpital de Mahosot bénéficie lui d'un projet de construction d'un nouveau bâtiment sur plusieurs étages, financé par l'Aide au Développement Chinoise.

Au niveau universitaire, un travail important a été réalisé en phase 1 avec la faculté de chirurgie dentaire qui se trouvait être un modèle d'enseignement de la PCI au sein de la faculté des

sciences de Vientiane. La PCI y a en effet été abordée de manière résolue et ambitieuse. Les dentistes ont ainsi été la pierre d'angle de la reconfiguration des opérations AOI en se penchant sur la PCI dans les cabinets dentaires des hôpitaux. Cette démarche a permis de réaliser que toute la chaîne était à configurer et à centraliser, confirmant cette démarche transversale d'intervention au sein de tout un établissement de santé.

Suite aux recommandations de l'évaluation de la phase 1, les actions de formation et d'enrichissement des curriculums, ont été étendues aux autres formations médicales et paramédicales de l'université de la Santé de Vientiane à savoir la faculté des sciences infirmières et celle de médecine

Des discussions ont été menées autour des activités dans les cabinets dentaires privés avec le Département de la médecine curative du ministère de la Santé qui ne souhaitait pas voir cette composante inscrite dans le MoU, mais avait proposé une réorientation sur les cliniques dentaires des hôpitaux de district.

➤ Axe Stratégique de promotion de la santé : Accès au Fluor

Le soutien à l'iodation et la fluoration du sel était soumis à la parution d'un décret rendant obligatoire l'iodation et la fluoration du sel par les producteurs. Malgré le long et intense travail de plaidoyer, l'engagement annoncé du ministère de la Santé et les résultats acquis en matière de production et de contrôle de qualité, le projet a dû être mis en veille, faute de décret.

Les résultats des analyses de dentifrices vendus sur les marchés laotiens (réalisées à Madagascar et au Brésil, faute de laboratoire au Laos) montrent que la plupart contiennent un taux de fluor acceptable même si pas optimal, rares sont ceux qui n'en contiendraient pas ou trop peu. Des actions de plaidoyer pourraient être menées sur ces résultats et sur la nouvelle inscription des dentifrices fluorés sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS afin de mieux définir les normes, la réglementation et la taxation de l'importation.

➤ Axe stratégique de Prévention et Contrôle des infections :

• Hôpitaux de district

L'amélioration de l'accès aux soins de qualité a donc été orientée sur trois hôpitaux de districts.

Ce choix s'est effectué sur la **base d'enquêtes d'évaluation de base réalisées dans 5 hôpitaux de district** en dehors de Vientiane. Le budget permettait d'inclure 3 hôpitaux, afin qu'ils puissent devenir des modèles pour les étudiants et les autres hôpitaux. **L'intention n'était donc pas d'accompagner les hôpitaux les plus en difficultés mais ceux ayant la capacité de devenir des hôpitaux modèles.**

Les autorités ont participé à la prise de décision, qui a **sélectionné les hôpitaux de Naxaythong, Xaythani et Hardxayphong** et **exclu les hôpitaux** de :

- **Pak Nguem**, qui a une salle de chirurgie et demande des compétences techniques et un apport financier plus important.
- **Sangthong** dont les équipes de personnels de santé nécessitent une remise à niveau et un complément de ressources humaines.

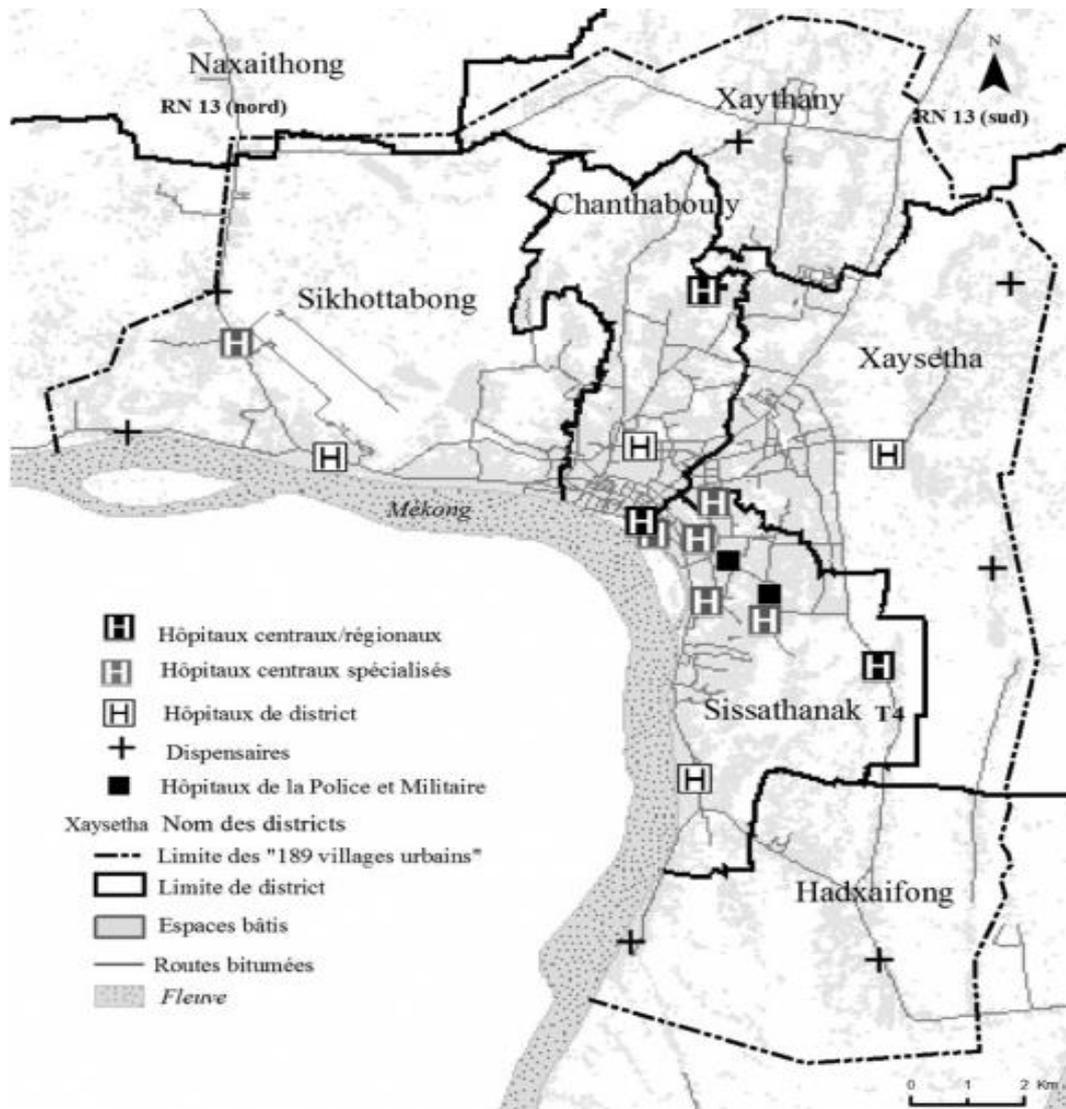


FIGURE 2: L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE A VIENTIANE ²³

La crise sanitaire liée à la pandémie **COVID 19** a **provoqué quelques difficultés**, notamment la **suspension des visites d'expertise internationales**, mettant à l'arrêt les activités prévues concernant l'hôpital central. Toutefois, l'avancée du projet dans les **hôpitaux périphériques a permis l'utilisation des ressources locales et l'appui sur une dynamique forte et indépendante de visites externes**.

Même si l'augmentation de la fréquentation n'a pas été évaluée à ce jour, les témoignages sont nombreux concernant **l'augmentation de l'attractivité des hôpitaux rénovés et de la consultation de la faculté dentaire** (qui peut aussi être imputée à la crise de la COVID du fait que les consultations y sont à moindre coût).

Hôpital de Naxaythong

L'hôpital de district communautaire de Naxaythong a bénéficié du soutien du bailleur français **AFD** pour la **rénovation et l'équipement médical du bâtiment SMI** (Santé Maternelle et Infantile) (AFD 2009-2013) et le **soutien de l'AOI** dans le cadre du financement AFD en est la **continuité**.

²³ **Virginie Mobillion, Karine Peyronnie et Julie Vallée**, « L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) », *Espace populations sociétés*, 2006/2-3 | 2006, 341-349

L'hôpital a été rénové et l'aspect général a changé, entraînant la confiance de la population du district qui allait plus facilement se faire soigner à Vientiane Capitale (situé à 25Km de distance). Le **taux d'occupation a augmenté** si on le compare à l'enquête de base (23,40% en 2017 pour 44,42% en 2019/2020). L'unité d'hospitalisation n'est pas ouverte, ce chiffre reflète donc le nombre de lits occupés dans la salle d'urgence. **Le même constat d'augmentation de l'activité de l'hôpital peut être fait pour les soins ambulatoires.** En effet, 7 831 patients ont visité l'OPD en 2017 contre 12 956 patients en 2019. Les chiffres 2020 et 2021 ne sont pas disponibles et sont biaisés par la crise pandémique. Toutefois, le ressenti des personnes interrogées confirme cette tendance.

L'équipe de direction a été sensible au soutien de l'AOI. Elle a montré un **engagement fort pour l'application des précautions standard de PCI adaptées au contexte local.** La situation de Covid-19 a contribué fortement aux **renforcements de la compréhension des enjeux.** Les équipes évoquent « la chance » d'avoir pu bénéficier de ce soutien avant la crise. **Le comité PCI a pris son rôle très au sérieux.** Les tâches ont été développées et précisées dans **un organigramme très complet.** L'hôpital de district a également **investi dans la rénovation des bâtiments** (notamment la zone de dépistage dans le service OPD, la zone de stockage des EPI et des médicaments, les toilettes) (chiffres non fournis). **L'hôpital dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité et a déjà exprimé des demandes de soutien futur de l'AOI** (formation de formateurs au sein des équipes pour pouvoir organiser des formations en interne pour tout le personnel de l'hôpital et des centres de santé, développement et utilisation d'outils d'auto-évaluation, autoclave pour les travailleurs sanitaires).

Les voyages d'étude et échanges avec les pairs ont été très appréciés par l'équipe de l'hôpital. Le **leadership est fort** et confirmé par les visites de plusieurs acteurs clés du secteur de la santé (équipe de développement de Lao-lux, équipes de professeurs de la faculté de médecine, professeurs de la faculté des sciences infirmières) pendant lesquelles l'hôpital a pu présenter son plan de développement (passé et futur).

Au sein de l'hôpital de Naxaythong, **deux enquêtes ont permis de mesurer l'évolution des pratiques et protocoles**, l'une en 2019 avant le développement des activités, et la dernière menée en février 2021.

	Enquête initiale 2019	Enquête finale 2021
Structure PCI	43%	Non disponible
Infrastructure hôpital pour supporter les mesures PCI	50%	60%
PCI guidelines	27%	45,5%
Mise en œuvre des standards PCI		
Hygiène des mains	50%	83%
PPE pour précaution standard	79%	79%
Manipulation appropriée du matériel de soins aux patients et du linge souillé	61%	83%
Nettoyage de l'environnement	40%	90%
Prévention des blessures par objet tranchant	60%	10%
Gestion des déchets médicaux	29%	100%

TABLEAU 3 : COMPARAISON DES SCORES PCI (GRILLE SIMPLIFIEE ENTRE 2019 ET 2021 A L'HOPITAL DE NAXAYTHONG

Remarque générale : La propreté générale de l'hôpital est en perte de vitesse. Le traitement approprié du matériel de soins aux patients (nettoyage/désinfection/stérilisation) et la gestion du linge souillé ont été mis en place depuis août 2020. La prévention des blessures par objets tranchants et la gestion des déchets de soins de santé sont des points qui devront être discutés plus en détail avec le comité PCI de l'hôpital qui sera ensuite chargé du déploiement auprès du personnel soignant.

Hôpital de Xaythani

L'hôpital de Xaythani couvre une population importante (196 000) et a une activité très importante pour un hôpital de district. L'infrastructure n'est pas adaptée au grand nombre de patients et la prise en charge est délicate dans un espace aussi restreint. Il n'y a par exemple pas suffisamment de place pour une salle d'isolement adéquate et la distance physique est difficile à respecter lorsque trop de patients se trouvent dans la même zone. **Le nombre de personnel soignant est important et la mise en place d'un nouveau système impliquant un changement de comportement s'avère plus difficile que dans des établissements de santé plus petits.**

L'équipe de direction a fait preuve d'une **motivation constante** malgré les difficultés, ce qui constitue un **indicateur positif pour des résultats positifs durables**. L'hôpital a investi près de 40 000 USD pour améliorer l'environnement hospitalier (infrastructure et équipement/matériel). L'AOI a fait venir un certain nombre d'experts pour travailler avec l'hôpital et **réfléchir ensemble à l'amélioration de la qualité des soins de santé**. En effet, un **architecte** a été impliqué pour **repenser le flux des patients** (salle d'attente, bâtiment SMI, laboratoire et unité de soins dentaires, ...), ainsi qu'un technicien pour former à la maintenance des équipements.

Globalement, dans cet hôpital, les enquêtes montrent que **les différents axes se sont améliorés entre 2019 et 2021. En effet, à l'exception de la prévention des blessures par objets tranchants, tous les items obtiennent un résultat supérieur à 70%, ce qui représente un très bon score compte tenu des limites et du contexte national**. Le score initial définissant la structure PCI n'était pas représentatif de la réalité. **L'équipe AOI a observé que l'équipe de l'hôpital ne comprenait pas clairement les rôles et responsabilités des comités PCI et relevait que les structures existaient bien mais n'étaient pas efficaces** (un document avec une liste de noms existait mais ces personnes n'étaient pas actives).

	Enquête initiale 2019	Enquête finale 2021
Structure PCI	82%	75%
Infrastructure hôpital pour supporter les mesures PCI	50,5%	60%
PCI guidelines	23%	60%
Mise en œuvre des standards PCI		
Hygiène des mains	54%	71%
PPE pour précaution standard	72%	86%
Manipulation appropriée du matériel de soins aux patients et du linge souillé	50%	78%
Nettoyage de l'environnement	75%	85%
Prévention des blessures par objet tranchant	40%	60%

Gestion des déchets médicaux	43%	71%
-------------------------------------	-----	-----

TABLEAU 4 : COMPARAISON DES SCORES PCI (GRILLE SIMPLIFIEE ENTRE 2019 ET 2021 A L'HOPITAL DE XAYTHANI

Hôpital de Hardxayfong

L'hôpital de district de Hardxayfong avait une activité calme mais cela a changé depuis la pandémie car la population ne peut plus traverser la frontière pour se faire soigner en Thaïlande. La propreté générale est bonne et le personnel est motivé pour garder l'hôpital propre. La rénovation du service OPD a été achevée en février 2021, ce qui n'a pas laissé beaucoup de temps au personnel pour se familiariser avec le nouvel environnement. Dans l'ensemble, **les précautions standard PCI sont respectées et les directeurs de l'hôpital et les chefs des infirmières sont motivés pour amener le personnel à améliorer la qualité des soins de santé. L'équipe de directeurs est très sensible à la politique et aux directives du ministère de la Santé** (en particulier pour atteindre les 5 biens et 1 satisfaction et l'amélioration de la qualité des soins) et profite de l'occasion pour mettre en place plusieurs plans d'action et créer des comités de suivi des plans d'action.

La CSSD (Central Supply Service Department) qui est le système de stérilisation centralisé **fonctionne bien avec un personnel motivé. Le personnel de santé est orienté vers la résolution de problèmes et tente de trouver des moyens créatifs d'améliorer l'hôpital compte tenu des ressources limitées.** Par exemple, ils continuent la recherche de financement par les mécènes ou ont produit une brochure explicative à l'usage des personnels. Cette équipe **ambitieuse** est aussi **très motivée** pour que l'hôpital devienne un modèle de référence au niveau national.

Ici encore, les enquêtes montrent des **scores augmentés** pour tous les éléments **après l'intervention de l'AOI**. La structure de la PCI, la disponibilité, le stockage et le port des matériels de protection, le respect des précautions standard, l'hygiène respiratoire obtiennent un score élevé.

	Enquête initiale 2019	Enquête finale 2021
Structure PCI	65,5%	89%
Infrastructure hôpital pour supporter les mesures PCI	50 %	60%
PCI guidelines	23%	40%
Mise en œuvre des standards PCI		
Hygiène des mains	54,5%	70%
PPE pour précaution standard	85%	100%
Manipulation appropriée du matériel de soins aux patients et du linge souillé	50%	66,5%
Nettoyage de l'environnement	75%	90%
Prévention des blessures par objet tranchant	30%	40%
Gestion des déchets médicaux	21,5%	50%

TABLEAU 5 : COMPARAISON DES SCORES PCI (GRILLE SIMPLIFIEE ENTRE 2019 ET 2021 A L'HOPITAL DE HARDXAYFONG

➤ Points fort : infrastructures

Concernant les infrastructures, **la phase 2 du projet a permis la rénovation des bâtiments et salles** (sols, plafonds, murs, cloisons, fenêtres,...) ainsi que la **mise aux normes de toute la chaîne de stérilisation et respect des procédures d'hygiène**. Désormais l'**unité centrale de stérilisation est gérée par un personnel formé et affecté à cette tâche**. Le **matériel** est adapté au **contexte lao** avec **une stérilisation effective et répondant aux normes**, les actions d'amélioration ont travaillé à partir de l'existant.

➤ Points forts : Formation des professionnel-le-s

Au niveau de la PCI, les formations ont été appréciées et valorisées. Le projet a bien répondu au besoin et aux demandes qui ont été travaillées de manière conjointe avec AOI et le ministère de la santé. L'évaluation des changements de pratique en PCI en comparant l'enquête initiale et l'enquête finale sont positifs tel que détaillée pour les trois hôpitaux précédemment. **Les formations en PCI ont permis une amélioration des connaissances ainsi qu'une meilleure responsabilisation**. Il est à noter également **un changement d'attitude et de comportement en termes d'hygiène, d'équipements de protection et de stérilisation et de gestion des matériels**. **Le personnel formé comprend mieux comment travailler avec les patients**.

Un des points forts également constaté, est la **motivation des personnels de santé** et un engagement **enthousiaste rapporté non seulement par les personnels de santé mais également par la direction** : on peut observer ainsi un phénomène de **réduction des absences et des périodes de présences de plus longue durée**. On peut citer ici par exemple 3 indicateurs²⁴ ayant augmenté de plus de 75% :

- (i) **Respecter les règlements, les fonctionnaires respectent les horaires et portent l'uniforme,**
- (ii) **Réaliser les tâches dans le temps imparti et bien préparer son agenda journalier et hebdomadaire,**
- (iii) **Définir des responsables pour le partage des tâches et des responsabilités en précisant le rôle de chacun.**

L'appropriation de la problématique de la PCI par les personnes formées est un point positif qui ressort régulièrement. Ainsi le fait d'être davantage responsabilisé influe directement sur le changement de pratique en PCI, le personnel est plus motivé et est porteur de la dynamique.

Les formations actives suscitent de l'intérêt et sont en cohérence avec le matériel disponible et existant, manquement pointé dans les formations dispensées par l'OMS qui a une démarche plus stéréotypée et s'adapte moins aux standards locaux. En parallèle, on constate, **une prise de conscience des enjeux liés à la PCI** aussi bien en termes de **maladies professionnelles** (sécurité professionnelle) que **pour les patients** (réduction des risques d'infection nosocomiale). Cette dynamique est répartie entre le **personnel et la direction dans les hôpitaux** (Ex : Démarche qualité mise en place à Hatxayphong).

Le **manque de coordination des formateurs** qui sont par ailleurs aussi des personnels hospitaliers a toutefois été rapporté.

La mise en œuvre de la **formation en contexte COVID** a évidemment **complexifié la réalisation des activités de formation** mais le personnel formé a fait ressortir **la pertinence de travailler sur la PCI dans ce contexte sanitaire où la mise en œuvre et l'application des normes PCI doivent être d'autant plus stricte**.

²⁴ Directeur DHO Naxaythong

➤ Plan organisationnel

La mise en place s'est faite de manière intégrée et sans difficultés majeures, l'épidémie de COVID a eu un effet de levier, les hôpitaux ont mis en place immédiatement les équipes et ont produit un organigramme PCI avec les rôles et fonctions de chacun des personnels, le seul point faible est la moindre implication des autorités sanitaires de la province ainsi que l'absence d'un système de suivi évaluation partagé et validé à la fois individuel et organisationnel concernant la PCI.

La PCI n'engage pas à une grande technicité mais nécessite surtout de l'organisation et de la rigueur. Le seul point **technique litigieux** concerne les **autoclaves dont l'usage et l'entretien nécessitent une attention particulière et le respect de protocoles strictes qui mériteraient d'être mieux contrôlés ou encadrés.** Le projet a fourni de nombreux petits objets participant à la mise en place de la PCI centralisée (pinces, ciseaux, paniers, serviettes...) avec la mise en place de cahiers de consignes et emprunts qui permettent c'est un point fort de limiter les pertes et responsabiliser les personnels.

Le système d'émulation communiste propre au Laos est un levier puissant pour motiver à force de médailles et certificats, les personnels des hôpitaux à s'engager dans le jeu de la PCI pour créer des hôpitaux modèles qui seront reconnus et valorisés politiquement.

➤ Difficultés rencontrées

Le COVID est venu impacter la mise en œuvre du projet. Ainsi des retards dans l'avancement du projet ont été constatés avec des difficultés dans le suivi/ évaluation. De nombreuses formations ont dû être réalisées à distance avec la COVID. Certains personnels n'ayant pas encore bénéficié de la formation.

Par ailleurs, certains manques ont été constatés dans la fourniture et l'équipement de matériels (autoclaves, autre matériel spécialisé).

Le turn-over des femmes de ménages est un élément important à considérer et souvent sous-estimé car il s'agit d'un maillon décisif de la mise en œuvre de la PCI. Si les femmes de ménage n'appliquent pas certaines normes en matière de PCI alors les efforts du corps médical seront vains.

L'usage et la maintenance des autoclaves à travers des cahiers de suivi, des tests n'est pas suffisamment réalisé. L'entretien et la maintenance sont des problématiques classiques mais encore plus cruciales en PCI. Les hôpitaux disent avoir sécurisé une somme pour des réparations qui pourraient être coûteuses comme celle des autoclaves. Le projet a financé la formation de personnels à la maintenance par un technicien et la production de manuels d'utilisation en Lao, l'achat de matériel produit localement ou dans la région devrait faciliter la maintenance. Toutefois une plus grande attention aurait pu être portée à la nomination de responsables maintenance dans chaque établissement.

Enfin la mise en pratique des normes PCI semble plus effective chez les femmes que chez les hommes. Cette opposition se retrouve dans la répartition des fonctions, puisque les médecins sont majoritairement des hommes et qu'ils ont tendance à moins s'impliquer que les infirmières majoritairement des femmes. Cela s'explique donc par le partage des tâches entre les niveaux hiérarchiques en santé et par les relations de genre dans la société lao. Toutefois, les témoignages tendent, bien que cela n'ait pas été évalué, à dire que cet écart et ce manque d'implication se réduit suite aux formations, par la création de l'esprit d'équipe et la réunion autour d'un enjeu commun auquel chacun contribue.

Il n'existe pas de processus de partage des rapports AOI ou des rapports internes aussi produits par l'hôpital, car le système de rapportage semble faible et peu institutionnalisé. La province pointe un

manque dans le suivi/ Evaluation à savoir l'absence de leçons partagées, de réunion de suivi/évaluation les impliquant, de partage des formulaires/grilles scorées utilisés pour évaluer la PCI.

À l'échelle nationale, le programme a permis l'élaboration et l'application de directives harmonisées en matière de PCI sur les 3 hôpitaux de district qui sont cités comme des modèles.

A l'échelle des hôpitaux et centres de santé le programme a permis d'améliorer l'approche et les pratiques en PCI (Prévention et Contrôle des Infections) de manière transversale dans les 3 formations sanitaires concernées (hôpitaux de districts) par la mise en place d'unité centralisée.

A ce jour, le programme n'a pas encore permis l'élaboration et/ou l'application de directives harmonisées en matière de PCI à différents niveaux de la pyramide sanitaire mais les hôpitaux de districts prévoient de déployer les avancées de PCI sur les centres de santé. Des personnels des hôpitaux centraux et de province sont aussi venus visiter ces hôpitaux de districts perçus comme des modèles du genre en PCI.

Les audits finaux montrent que la PCI est parfaitement appliquée dans les hôpitaux de district et que la majorité des professionnels ont intégré la PCI dans leurs pratiques courantes. Cela peut être attribué au soutien et à la dynamique créée par AOI au fil du projet, mais aussi à la sensibilisation du gouvernement de la RDP lao et du ministère de la santé pendant la pandémie de la Covid 19.

Bien qu'il soit difficile de mesurer exactement en raison de la COVID qui impacte négativement la fréquentation des hôpitaux, les partenaires rapportent que les rénovations et la mise en place de PCI centralisée ont eu une influence sur la fréquentation des hôpitaux de districts qui sont devenus plus attrayants et rassurants.

La contribution financière a eu un impact majeur car elle a permis des travaux essentiels ainsi que la réparation ou l'achat de matériel indispensable et aux normes, (autoclaves), nombre de ces travaux ont été conduits en co-financement ou alors les travaux subventionnés par AOI ont engagé les autorités de santé à dégager un budget complémentaire afin de compléter les rénovations.

- Renforcement des capacités en formation PCI dans les 3 facultés

AOI intervient depuis près de 20 ans au sein de l'université des sciences de la santé au travers du partenariat renouvelé plusieurs fois avec la faculté dentaire son partenaire initial et majeur au Laos.

Suite à la première phase, **l'action a été étendue aux autres facultés de santé**. Les réunions initiales se sont tenues en février et en Avril 2019. D'abord à la Faculté de médecine (FM) avec le Dr Alongkhone, vice-recteur en charge des affaires académiques de la faculté de médecine puis à la Faculté des Sciences Infirmières (FSI) avec La Dr Anousone, vice doyenne.

Ces réunions ont permis de faire **un premier état des lieux de l'enseignement en PCI** et des besoins de rénovation des salles. Au début de l'action, à la FM, il existait un module de 4h dédié au contrôle des infections, un module de 2h consacré au contrôle des maladies infectieuses et un de 2h sur les infections nosocomiales. L'objectif a été fixé à 2 crédits d'UE avec une révision des curriculums dans l'année. Le support de l'AOI a été sollicité pour la rénovation des salles de TP et le partage de matériel pédagogique sur la PCI pour soutenir et guider les professeurs dans leur pratique quotidienne. **Ainsi, la PCI en médecine concernera les 2eme année et comptera pour 2 crédits soit environ 64 heures comprenant théorie et pratique à 50% pour chaque mais le programme reste à écrire.**

A la FSI, comme à l'école de sages femmes, il existe un module de 4h dédié au contrôle des infections. Il est dispensé par l'association Lao Anakod à l'école de sage-femme. Chaque année, la FSI invite le Dr Khamla de l'équipe nationale des formateurs en PCI, spécialisé en médecine tropicale et Vice Directrice de l'hôpital Setthathirath pour parler infections nosocomiales. De plus, la FSI est en contact rapproché avec Mme Viengsavanh, référente en matière d'IPC au Laos, mais aussi directrice de l'unité des infirmières au sein du Ministère de la santé.

Dès les premières réunions, AOI a discuté les rôles de chacun et les activités à mettre en place (financement de lots de démarrage, organisation de formations, visites de partage d'expérience,...) ainsi que de **l'importance de la durabilité des actions qui seront mises en œuvre**. La prévision budgétaire est nécessaire pour le financement des consommables par exemple.

Depuis ces premières réunions, la **rénovation des salles a été entreprise, financée et techniquement appuyée par AOI**. Des lavabos ont été installés, des armoires de rangement achetées, des espaces carrelés, et le système d'adduction d'eau réparé. Des voyages d'étude notamment vers l'hôpital Maria Teresa ont été organisés et la dynamique de révision des curriculas a été lancée.

La demande des deux institutions pour une formation en Thaïlande, bien que non encouragée par AOI s'est renforcée mais a été contrariée par la situation épidémique. En raison de la pandémie de COVID-19, aucune réunion ou atelier de réseau international ou national d'envergure sur un thème lié à la PCI n'a eu lieu au Laos.

➤ Etat d'avancement des cours

En termes de résultats, les deux cours sont en cours de rédaction avant soumission au ministère de la Santé, mais le processus d'examen et les supports de formation n'ont pas encore été réaménagés, testés et mis en œuvre. Pour les deux cours en faculté de médecine et des sciences infirmières, certains conférenciers clés ont été identifiés avec une définition claire des tâches et du matériel.

Les équipes PCI de la FM et FSI se réunissaient ponctuellement suivant un agenda plus ou moins établi selon les facultés. Les nouveaux responsables pour la FM ont été désignés à la faveur de l'évaluation.

Les délais annoncés par le Dr Alongkhone sont bien dépassés puisqu'il est maintenant question de cours en 2022 et non plus 2019. De même à la faculté de sciences infirmières alors que la formation était prévue fin 2019, le cours n'est pas encore validé 18 mois après.

Tous les informateurs étaient satisfaits de produire de nouveaux développements du programme d'études révisées en PCI, perçu comme globale, le point fort étant qu'il est élaboré avec des équipes d'experts locaux veillant à sa bonne intégration dans le contexte local.

➤ Possibilité et conditions de déploiement des programmes élaborés

Une fois les programmes approuvés, du temps sera nécessaire pour développer les leçons et les matériels pédagogiques, en veillant à ce que les matériels/instruments pertinents soient disponibles. Le déploiement repose sur la disponibilité du matériel adéquat pour la formation des étudiants. Les informateurs ont souligné la nécessité de disposer d'équipements modernes et fonctionnels. L'équipement et l'infrastructure sont des éléments essentiels lorsque nous pensons à la PCI, Le processus d'achat d'équipement est achevé pour AOI mais pas complètement selon la FM. Alors que le matériel offert par AOI à la FSI a été installé dans une salle de pratique récemment rénovée et conforme aux dernières normes, il semblerait que la situation ne soit pas aussi simple pour la FM qui doit être déménagée dans un nouveau campus (qui n'a pas encore été construit car les plans n'ont été approuvés que récemment). Il y aura probablement quelques salles de pratique mais le partenaire coréen ne fournira pas le matériel. La FM doit encore déterminer ce qui sera utilisé dans cette salle de pratique et ce qui sera directement enseigné pendant la formation pratique.

Pour être déployé efficacement, le corps professoral doit avoir des formateurs correctement formés. Par conséquent, le renforcement des capacités des formateurs reste un défi pour la prochaine phase, en particulier avec la FM ayant un nouveau programme. Les cours auront un grand impact si tous les formateurs sont capables d'enseigner efficacement.

- Niveau de confiance des formateurs pour dispenser la formation

Les capacités n'ont pas encore été renforcées en matière de compétences pédagogiques et devraient se poursuivre dans la phase à venir, en particulier pour les médecins, les problèmes clés étant moins la théorie que les compétences pédagogiques. Cependant, il est important de considérer que le défi du renforcement des capacités pédagogiques du personnel ne concerne pas seulement la PCI mais toutes les matières en raison de la réforme des études supérieures vers un enseignement et un apprentissage basé sur les compétences. Il concerne tous les enseignants et toutes les disciplines et le Ministère de l'éducation devrait bientôt partager des lignes directrices à cet effet.

En termes d'apports concernant la PCI, la faculté de médecine considère ne pas avoir reçu de ressources adéquates et opportunes pour mener à bien les activités car les enseignants n'ont pas pu être envoyés en formation en Thaïlande comme ils le réclament pour conduire un master en PCI.

- Points forts :

La PCI est désormais une matière reconnue qui justifie des unités et crédits d'enseignement. La mise à jour, en cours ou le développement de nouveaux curriculums est en lien avec les connaissances actuelles. **Les enjeux de la PCI sont intégrés avec une bonne dynamique créée autour de groupes d'enseignant surtout au sein de la faculté des sciences infirmières (FSI).** L'enseignement est complet puisqu'il repose aussi bien sur de la théorie que sur de la pratique. Seule la partie pratique est pour l'instant effective. La rénovation des salles de pratique est un des points fort à souligner, permettant de réaliser les enseignements pratiques dans de bonnes conditions.

- Difficultés rencontrées :

Le retard dans l'avancement au niveau du renforcement des capacités en formation PCI dans les 2 facultés a été justifié dans les facultés par la forte occupation des personnels universitaires et leur manque de temps. Ils ne priorisent pas suffisamment le développement des curriculums par rapport à leurs enseignements techniques ou leur pratiques privées. L'absence de gratification financière ou à leur bénéfice (formation diplômante, ...) semble être un frein à l'efficacité. Avant la COVID, des ateliers ponctuels de plusieurs jours étaient réalisés avec des experts extérieurs : il s'agissait d'une solution de mobilisation efficace en sortant de la routine les équipes enseignantes. La dynamique de formation à distance reste très difficile, empêchant le renforcement des équipes, par la création de liens informels à travers ses ateliers. Ce manque se fait vraiment ressentir dans des équipes plus difficiles à mobiliser comme celle de médecine.

Par ailleurs on constate un manque de compétence pédagogique : les enseignants ont été formés aux pratiques de PCI mais ne sont pas compétents pour enseigner la PCI : ils ont besoin de développer leurs compétences en méthodologie pédagogique en plus de leurs compétences techniques.

De plus, comme cela a pu être constaté au sein des hôpitaux, à la faculté de médecine, la PCI est confrontée à des obstacles d'ordre socio culturel qui deviennent professionnels : Les médecins ont l'habitude que les infirmières soient « à leur service », ils se déchargent facilement de leurs tâches sur elles. Ceci est d'autant plus renforcé que la PCI relève beaucoup de l'hygiène et du nettoyage, tâches traditionnellement dévolues aux femmes. Cette situation tend à évoluer à la marge avec la modernité et l'évolution de la société. Egalement, les formations sont dispensées par des infirmières ou des formateurs du ministère, non médecins. L'intérêt s'en retrouve limité : « les médecins parlent aux médecins ».

A la faculté des sciences infirmières, concernant la qualité des enseignements ; il n'y a pas encore de critères ou de standards approuvés. Les outils du Ministère de la Santé ne sont pas

encore utilisés à l'école. Le manuel formation de formateur PCI est connu mais n'est pas utilisé à la FSI. La durée de la formation initiale (5 jours) reste courte car les enseignants ne sont pas encore au niveau des formateurs. Désormais l'appui des professeurs du Ministère est demandé pour développer l'ensemble des curricula ou bien dès que la situation le permettra des collègues enseignants de Thaïlande.

Des réformes importantes sont en cours actuellement au sein du ministère de l'éducation et doivent être prise en compte dans la révision des curriculums.

- **La première concerne l'approche** par compétences ou Compétence Based Learning. Il s'agit d'une manière de planifier enseignement et apprentissage dans l'objectif de développer des compétences préalablement définies. La compétence à acquérir est le point de départ de la conception et du développement du curriculum. Suite à la réforme promouvant l'approche basée sur les compétences dans les programmes, le Ministère de l'Education a souligné que les nouveaux programmes proposés aux étudiants devraient être équilibrés entre la formation théorique et pratique pour garantir que les étudiants puissent fournir des services qualifiés en toute confiance dans toutes les conditions après l'obtention du diplôme. Pour développer le programme, un processus en 9 étapes a été prévu : brainstorming, rédaction, édition, test, finalisation, notation, proposition, approbation et diffusion du Ministère de la santé et du ministère de l'éducation, suivi de la conception du programme de cours. Le Ministère de l'Education a souligné que pour l'approbation du programme d'études, il examinera dans quelle mesure les programmes reposent sur l'évaluation des besoins sur un lieu de travail. Pour lui, il est important de voir dans quelle mesure le développement des compétences et des capacités des étudiants est lié aux situations de travail. Le processus d'apprentissage sera également pris en compte avec de nouvelles méthodes d'enseignement mettant l'accent sur le développement des compétences d'auto-apprentissage des étudiants et des méthodes d'évaluation basées sur les compétences. Enfin, le Ministère de l'Education veillera à ce qu'il y ait suffisamment de matériel de laboratoire lié à la pratique.
- **La seconde est IPE** ou Inter Professional Education, qui s'applique particulièrement à la PCI, transversale. La formation interprofessionnelle (IPE) en soins de santé est un modèle dans lequel les étudiants travaillent ensemble dans toutes les disciplines pour les aider à développer la communication interprofessionnelle, la collaboration et le travail d'équipe. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'IPE « se produit lorsque deux professions ou plus apprennent à se connaître pour permettre une collaboration efficace et de meilleurs résultats de santé. En partageant des expériences, elle permet de répondre au besoin croissant de fournir des soins de santé efficaces et efficient, à moindre coût, pour les populations. Les soins de santé collaboratifs sont largement utilisés en gériatrie, hospice, réadaptation, et dans certains aspects de la santé mentale, mais plus rarement dans d'autres domaines de la médecine.

L'action en PCI dans les hôpitaux montre une valorisation du travail d'équipe, une meilleure répartition des rôles et une conscientisation des médecins de leur rôle dans l'équipe et des gestes qui leur reviennent. Il est pertinent que cette dynamique existe depuis la formation et cette réforme s'applique particulièrement bien à l'enseignement de la PCI.

Il est donc nécessaire d'impliquer le Ministère de l'éducation afin d'accompagner cette révision des enseignements afin qu'elle puisse s'inscrire dans ces deux réformes majeures, encore mal comprise par les enseignants. Le Ministère de la Santé qui bien que peu impliqué ne devrait pas s'opposer à la validation des cours. A l'inverse, la validation par le Ministère de l'Education et des Sports suppose que les enseignants puissent démontrer de leur capacité et que les cours soient développés dans cette nouvelle orientation de formation par les compétences à laquelle les enseignants universitaires n'ont encore jamais été exposés.

« AOI peut nous aider pour développer la méthode de IPE car nous devons faire de l'IPE pour la PCI, c'est un plan que nous pouvons commencer dans une salle de laboratoire parce que les infirmières et les médecins travaillent ensemble. Nous avons des partenaires en Thaïlande pour les problèmes techniques, mais si nous faisons avec AOI, ce serait bien, nous avons une formation au niveau de l'Asean. Ce concept est très bon et nous devons l'utiliser au Laos. »

4.3.2. Partenariats

Un certain nombre de points ressortent des partenariats **(i) Approche AOI : ne pas se substituer**, accompagner mais sans intervenir directement, autonomie des partenaires ; **(ii) Evaluation de situations en début qui lance la dynamique avec les hôpitaux** ; **(iii) Ancrages locaux forts** (districts et facultés): sans entremises des niveaux supérieurs qui permet d'assurer une meilleure pérennité face aux changements dans la hiérarchie et aussi plus de latitude ou flexibilité quand le projet est bien validé en amont et que la confiance règne **(iv) Accompagnement des partenaires sur la mise en œuvre** par exemple on ne fait pas que donner le matériel on apprend à l'utiliser et le réparer localement.

➤ Institutions

Un travail sur la qualité de l'implication des principaux partenaires institutionnels a été effectué lors de la première tranche de cette phase. Des relations étroites entre les partenaires se sont tissées au cours des différentes rencontres et ont permis une évolution notable des perceptions et compréhensions des enjeux de santé publique. L'implication des partenaires s'est vue renforcée notamment au fil des réunions de définition du MoU. Ce processus fut long mais participatif, ce qui a permis de réunir l'ensemble des acteurs en définissant leur rôle dans les activités. Le partenariat repose sur un MoU (Memorandum of Understanding) signé avec le Ministère de la Santé, basé sur des accords avec facultés et hôpitaux. Le processus de signature du MOU a été lent et usant pour les équipes AOI, cela a pris plus de 9 mois. **Un certain nombre d'éléments expliquent la lenteur de ce processus :**

- (i) Changement des procédures par MoH,
- (ii) Beaucoup de documents nécessaires au niveau des hôpitaux, des universités et du MAE,
- (iii) Nécessité de recevoir les conseils et les recommandations de chaque partenaire et les inscrire dans le MOU,
- (iv) Préférence de l'action en direction des services publics (c'est dans ce cadre-là que les cliniques privées sélectionnées par ADL ont été retirées). Il n'y a pas eu de réunions spécifiques de comité de projet afin de discuter avec tous les partenaires pour que le MOU soit bien détaillé.

Ce MOU se veut général afin de ne pas contraindre l'action de manière administrative. En effet, l'appropriation par les partenaires est un fondement du travail effectué, et une définition trop précise des rôles ou même des activités empêcherait la recherche de solutions par les équipes ou créerait une attente du partenaire, enfermé dans des activités définies à mener et à financer. Le MoU est un outil nécessaire de cadrage administratif des partenariats.

Le financement et partenariat avec l'AFD permet une flexibilité importante et nécessaire. Le projet initial a pu être redéfini avec le Ministère de la Santé par la rédaction du MoU (retrait par exemple de l'appui aux cabinets dentaires privés, redéfinition des périodes suite aux retards pris dans la définition des activités au sein des facultés). L'AFD permet de s'adapter à l'approche selon la situation et son évolution : entre l'identification du projet et sa mise en œuvre, le projet évolue.

La démarche d'AOI est reconnue par le ministère, encore plus en contexte épidémique, qui repose sur la politique nationale. **Le projet est en synergie avec les objectifs, les documents et les politiques de santé laotiens :**

- (i) Synergie avec le plan d'action national 2013-2016 (2016-2020?)

- (ii) Revised General Infection Prevention and Control Guidelines Healthcare Facilities : adaptation de doc OMS 2006 ;
- (iii) Politique de développement de la qualité des soins des 5 S policy ;
- (iv) Health care service quality assurance of “Five Good, One Satisfaction” inclut la propreté ;
- (v) Essential Health Service Packages 2018-2020 mentionne les autoclaves et services essentiels selon les établissements ;
- (vi) Document de PCI du ministère des 7 précautions distribué par Mme Phengdy.

Les activités et objectifs ont été bien définis avec le Ministère de la Santé et les hôpitaux qui se sont appropriés le projet et ont défini leurs besoins. **Le processus de sélection des hôpitaux a été intégratif et collaboratif avec une évaluation des situations** et besoins des hôpitaux de la province et de leur capacité d'évolution avant sélection avec les autorités de la province. Il s'agit d'une démarche ascendante avec une expression des besoins des professionnels remontés aux autorités/Direction.

On observe une **bonne collaboration avec la cellule PCI du Ministère de la Santé** mais cette dernière n'a pas l'autonomie nécessaire (organisation matérielle et contenus). AOI suit la structure du gouvernement mais en même temps ne peut s'y fier totalement à chacun des niveaux du système de santé (Province/ District/ Dispensaire). AOI a régulièrement dû intervenir au milieu de la chaîne. **Les formateurs de la cellule PCI déplorent leur intégration dans le processus uniquement au moment des formations.** L'état des besoins et les thèmes à aborder sont définis au préalable, avant leur sollicitation. Les évaluations post formations ne leur sont pas partagées non plus.

Il est à noter le **rôle déterminant de Mme Phengdy** dans cette phase. Elle est à l'origine, avec son équipe de la cellule en charge de la PCI (gérée par des infirmières) au sein du Ministère de la Santé, d'une demande d'extension au sein des autres facultés de l'université, ainsi que du développement de projet-pilote et d'hôpitaux modèles. Elle a été également directrice de la FSI.

Suite à son départ à la retraite, elle a demandé à intégrer les équipes AOI Laos. Elle représente ainsi un élément fort de la démarche AOI. En effet, en tant que **personne-ressource**, forte de ses convictions et de son implication en santé publique, elle a pu rester un pilier du projet malgré son absence de fonction au sein du Ministère de la Santé.

Cette ancienne fonction permet une intégration des activités dans les stratégies nationales du Ministère de la Santé qu'elle porte et connaît bien. **Le projet bénéficie également de son réseau institutionnel, ainsi que de la confiance du Ministère envers ses activités.** Elle pourrait également permettre une diffusion facilitée des modèles créés.

Toutefois, cette ancienne « casquette » du parti et du Ministère peut parfois impressionner et pourrait représenter un élément bloquant. Le profil dirigeant de Mme Phengdy est rapporté comme un frein dans le processus participatif face à certaines équipes car elle représente le dirigisme de l'état.

La démarche de l'AOI de s'intégrer dans les processus et structures institutionnelles existantes de l'AOI est ici renforcée par cette position. Il est intéressant de relever que Mme Phengdy se définit elle-même comme créatrice de lien entre les institutions et les équipes AOI, ne s'intégrant complètement dans aucune des deux.

Globalement les acteurs gouvernementaux participent à la mise en œuvre au niveau local mais on constate un manque d'implication qui augmente lorsque l'on monte dans la pyramide sanitaire. Le manque de ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la PCI est un constat du niveau provincial. Avec davantage de moyens, cela lui permettrait d'être plus actif et plus impliqué.

Le suivi est occasionnel de la part des autorités du Ministère de la Santé ou de la Province.

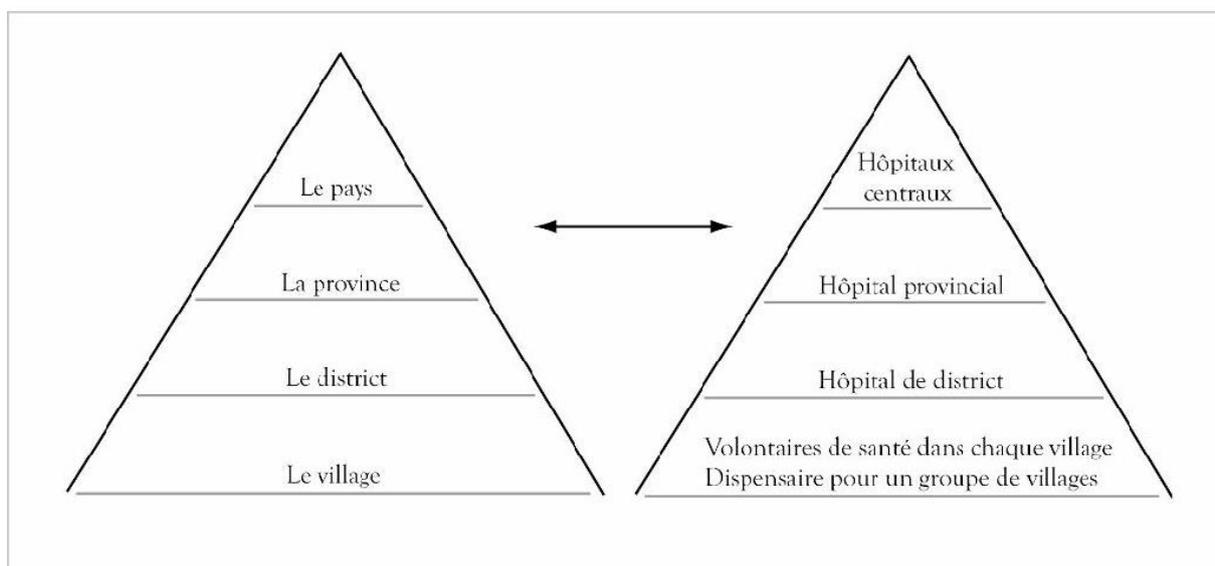
L'information ne remonte pas toujours au niveau provincial notamment concernant le travail réalisé dans les 3 hôpitaux, il n'y a pas forcément d'envoi de plans de travail : **Le niveau provincial manque d'information.** Le manque de comité de suivi au niveau de la province a également été mis en avant. Dans les autres districts, la province a nommé une personne technique de son staff qui a participé à

des formations dans les hôpitaux mais sur d'autres sujets que la PCI. La province dit aussi ne pas avoir assez de personnel, en particulier de personnel compétent en PCI et de moyen pour se déplacer souvent sur les hôpitaux.

Le WASH ou sanitation dépend d'un autre département au Ministère, à savoir le DHHP ou Department of health hygiene and promotion quand la PCI dépend du DHCR ou Department of Curative Health and Rehabilitation) et nécessite une collaboration afin qu'on associe Wash et PCI dans l'avenir. **Le développement des compétences des cadres de santé et cadres institutionnels est une priorité pour assurer l'extension des activités et leur pérennité.**

La transversalité de l'approche a permis toutefois de décloisonner les services et de motiver l'ensemble du personnel de santé que ce soit au niveau de l'enseignement, du ministère de la Santé ou des hôpitaux et des formations sanitaires sur une approche globale afin d'améliorer la qualité générale des soins et l'attractivité des formations sanitaires dans les districts.

Figure 1- Echelles administratives et pyramide sanitaire au Laos en 2007



Source : V. Mobillion

FIGURE 3 : PYRAMIDE SANITAIRE AU LAOS

-
- Hôpitaux

Concernant le partenariat avec les hôpitaux, une analyse de situation et des besoins a été réalisée pour identifier les hôpitaux à soutenir. Une planification conjointe des activités a été réalisée. Les hôpitaux n'ont pas l'habitude de travailler ainsi avec les ONG. Le circuit classique consiste à travailler avec le Ministère de la santé après que des actions aient été définies. C'est une **démarche qui est différente et nouvelle et qui a nécessité de bâtir une relation de confiance afin que la motivation soit entière.**

Il y a une gestion commune des achats et des travaux effectués mais l'hôpital reste le maître d'œuvre. La validation des achats nécessaire à la mise en marche du projet est également réalisée en commun : matériels techniques, lancement appel d'offre de prestation de service.

Par ailleurs, la province a également contribué aux travaux avec l'hôpital (non prévue au départ).

Malgré tout, un **manque de suivi et de contrôle direct sur le terrain a été relevé** par plusieurs partenaires. **Un manque de disponibilité des équipes AOI est ressorti pour le partage des évaluations finales des hôpitaux.** Certaines évaluations finales PCI n'auraient pas encore été partagées alors qu'elles ont été réalisées et étaient très attendues.

- Autres Partenaires Techniques et Financiers

Des synergies ont été développées au cours du projet notamment avec le département de la médecine curative du Ministère de la Santé et avec l'équipe de la coopération bilatérale Lao-Luxembourg de par son expérience au soutien aux hôpitaux de province à Bolikhmaxay, Khammouane et Vientiane. Des retours d'expérience ont permis d'informer et de motiver les partenaires facilitant le développement du projet dans les hôpitaux.

Un voyage d'études entre le personnel des formations sanitaires et l'hôpital de province Maria-Teresa à Vientiane (Lao Lux) ont permis de mieux intégrer et développer les stratégies des comités de PCI des 3 formations sanitaires. La motivation du personnel de santé constitue un facteur important dans la mesure où le programme propose un changement concernant les manières de faire et les habitudes en matière d'hygiène.

A la FSI, il existe un partenariat informel avec la fondation Fabre, qui accompagne le département des sages-femmes. Il n'y a jamais eu de réunions tripartites, mais les deux ONG se coordonnent. Des listes d'achat sont élaborées et réparties pour l'aménagement des salles de pratiques, avec un accompagnement concernant plus la technique professionnelle par la fondation Pierre Fabre (Mannequins échographe, formations professionnelles,...), la PCI étant déjà intégrée dans la formation des sages-femmes. Les doublons sont évités, les aides se coordonnent, AOI accompagne la rénovation des salles, ce que la Fondation Pierre Fabre ne fait pas.

➤ Université des sciences

A l'inverse du Ministère de la Santé, la formalisation des relations avec les facs s'est faite essentiellement à travers un processus de feuille de route.

Les niveaux d'engagement sont variables suivant les disponibilités des partenaires, leur mode de fonctionnement interne, la sensibilité à la PCI.

Avec la faculté dentaire, il s'agit d'un partenariat qui dure et s'est consolidé au fil des années. Des demandes sont parfois encore exprimées de soutien technique (montage d'un dossier de recherche en santé bucco-dentaire par exemple, aide pour la réparation de matériel, ...)

Avec la faculté des sciences infirmières FSI, il s'agit d'un partenariat bien structuré, par Madame Phengdy qui joue un rôle moteur et a une grande familiarité car ancienne doyenne de cet établissement.

Le partenariat avec la FSI a été initié sur les objectifs de coopération suggéré par Mme Phengdy, indiquant à la FSI de demander assistance à AOI pour supporter l'amélioration de la salle de pratique (salle de laboratoire) afin que les étudiants puissent faire la pratique et renforcer leur compétence. Avec Mme Phengdy qui était au MoH à l'époque, la FSI avait la garantie de bien suivre les directives officielles. Ici aussi Mme Phenghy représente une opportunité pour son réseau, son approche institutionnelle, et ses compétences en PCI. Son positionnement reste également complexe. **Au niveau de la FSI, son ancienne fonction de doyenne a tendance à limiter l'autonomie et l'esprit d'initiative des enseignants** qui étaient autrefois ses élèves.

La Fac Sciences Infirmières a montré une bonne implication dans la formation PCI. **Il existe une bonne dynamique d'équipe.** La salle de travaux pratique fonctionne. Globalement il s'agit d'une équipe qui travaille ensemble. Cependant il est à noter une hiérarchie importante qui peut apparaître comme une faiblesse dans ce partenariat. On constate également une volonté de travailler davantage avec les médecins.

Le partenariat avec la faculté de médecine est plus compliqué ; le décès du doyen a impliqué le partage des responsabilités récemment décidé : la PCI n'est pas encore au cœur de la pratique des médecins et n'est pas assez noble. Les vice doyens sont tous très occupés.

Le partenariat avec la fac de médecine est dans une situation très différente, et reste compliqué car il n'y avait **pas d'interlocuteur direct**. Par ailleurs le contexte tendu entre responsable de la fac (doyens)

en l'absence d'une perspective de résolution du conflit n'a pas facilité la mise en œuvre de la formation PCI. **Les stages se réalisent dans des hôpitaux dispatchés avec des enseignants rarement réunis. Il y a un manque de dynamique d'équipe.** La problématique autour de la salle de TP a été identifiée dès le début du partenariat à la fac de médecine. Une des problématiques identifiées par AOI est le manque de motivation pour travailler en groupe. Il existe un soutien important d'autres partenaires au niveau matériel mais la dynamique humaine reste compliquée.

Pour l'enseignement de la PCI, une amélioration de la capacité d'organisation a été observée avec une évolution notable de l'implication dans la mise en œuvre des activités de la part des administrateurs et des enseignants de la faculté de médecine et des écoles de sages-femmes et d'infirmiers. On observe un cloisonnement entre les différents services du Ministère de la Santé, mais aussi avec l'Université des sciences de la santé (département de médecine curative, département de l'enseignement, différentes facultés et écoles paramédicales) : En effet, la cellule en charge de la PCI est gérée par l'unité des infirmiers du département de la médecine curative au sein du Ministère de la Santé. Une légère réticence de la part des membres de la cellule en charge de la PCI a été observée pour travailler avec les facultés dentaires et de médecine à l'amélioration de l'enseignement de la PCI.

➤ Association Dentaire Lao (Société civile)

Initialement un partenariat existait avec l'Association Dentaire Lao, acteur de la société civile. Cette association s'avère être très peu dynamique et vieillissante. Elle est **attentiste face à l'appui AOI, ce qui ne correspond plus à l'approche.** Le refus de l'appui aux cabinets privés dans le MoU a sans doute conforté leur manque d'initiative, la démarche AOI d'ouverture vers la PCI non concentrée sur leur expertise en santé bucco-dentaire également. Leur seule demande concernait des demandes de voyages d'étude, qui ne sont plus à l'ordre du jour.

Ce partenariat pourrait sans doute être à nouveau envisagé (appui à des congrès, formations en PCI,...) dans une dynamique collatérale et d'initiative ADL. Il relève pour l'instant uniquement de la faculté dentaire avec des liens forts (le président de l'ADL est aussi doyen de la faculté).

4.3.3. Pérennité et Transférabilité

4.3.3.1. La pérennité

➤ Volet universitaire

Plusieurs éléments confirment la dynamique dans laquelle s'est engagée l'université des Sciences.

En effet, un responsable de l'enseignement PCI a été nommé au sein de chaque faculté et des groupes de travail d'enseignants ont été formés. L'inscription de la PCI dans les curriculums avec des unités et crédits de formation assurent qu'elle ne disparaisse pas de la formation.

Toutefois, ce volet du projet a pris du retard, notamment au sein de la faculté de médecine. La démarche exigeant l'appropriation par les bénéficiaires demande d'accepter les retards sur les activités. Le partenariat avec la FSI est clair et dynamique, alors que celui de la faculté de médecine reste à établir et sans possibilité d'expertise externe il semble difficile dans le contexte actuel. Un soutien est toujours nécessaire. L'UHS a fait remarquer qu'elle pouvait certains sujets inviter des experts indépendants, qui pourraient ainsi être médecins et extérieurs, motivant un peu plus la démarche.

Quelques points de vigilance ont été relevés : Positionnement des nouveaux diplômés, mobilisation des enseignants en médecine, enseignants formés ne sont pas formateurs, financement matériel insuffisant, nécessité de former tous les enseignants, besoin de soutien pour le développement des curricula.

Quelques points de vigilance ont pu être relevés :

- En ce qui concerne les salles de pratiques, des protocoles d'utilisation existent permettant une meilleure maintenance des équipements, une bonne gestion du matériel qui limite les pertes et un financement trouvé pour l'achat du petit matériel. Il faudra néanmoins éclaircir le positionnement des nouveaux diplômés chargés (tardivement ?) de la supervision de la salle de médecine. En effet, il semble que cette charge leur a été confiée sur la promesse d'une bourse de master...
- Il faudra mobiliser les enseignants de médecine, créer un esprit d'équipe. Sans déplacement internationaux, cela reste actuellement très difficile localement.
- Les enseignants formés ne sont pas formateurs en PCI, il faudra les accompagner pédagogiquement.
- Le financement des matériels est insuffisant. Aucun revenu n'est généré par la pratique (à la différence des hôpitaux ou de la clinique de la faculté de chirurgie dentaire), les étudiants sont amenés à acheter eux-mêmes leurs EPI pour la pratique.
- La PCI est discutée comme une matière à part entière quand il est nécessaire qu'elle soit intégrée au sein de toutes les spécialités. La formation de tous les enseignants est nécessaire, afin que son enseignement soit transversal.
- La FSI a besoin de soutien pour le développement des curricula et l'adaptation et la traduction en lao des documents provenant du Ministère et de l'OMS notamment

Le projet au sein des facultés n'est pas encore suffisamment avancé pour envisager une extension. Malgré tout, les enseignants ont suggéré qu'une fois que leurs formateurs seraient suffisamment compétents pédagogiquement pour transmettre leur formation, ils pourraient former un corps national de formateurs à destination des provinces pour des formations initiales ou des remises à niveau. (Collèges et centres de formations provinciaux). Cela pose toutefois la question de la concordance de formation adaptées au contexte d'exercice si les centres n'ont pas été accompagnés au préalable (afin que la formation dispensée soit applicable et que le contexte d'exercice y soit adapté).

La faculté de chirurgie dentaire a elle proposé de former les dentistes de province en les accompagnant, avec un volet théorique et un volet pratique réalisé au cabinet dentaire direct en supervision (« on the job »).

➤ Volet hospitalier

AOI a accompagné ici des changements de pratiques et de comportements qui ont une application réelle, cohérente et transversale au sein des établissements. Les comités PCI semblent s'engager à continuer le travail entamé avec confiance et enthousiasme. Les dynamiques de financement autour d'un enjeu de santé publique partagé ont été initiées. L'inscription des actions dans la stratégie nationale, la référence aux guidelines nationales sont un gage de pérennité. Les éléments d'appropriation sont (entre autre): l'existence d'un sentiment d'équipe fort pour la PCI, Les changements tiennent non seulement au leadership de la direction mais aussi à la gestion collégiale, Plusieurs groupes WhatsApp de PCI ont été créés.

AOI a accompagné ici des changements de pratiques et de comportements qui ont une application réelle, cohérente et transversale au sein des établissements.

Le plus important concerne les changements apportés dans le système mis en place et sa gouvernance : des comités sont mis en place, des organigrammes, des plans d'action, des outils et protocoles sont disponibles et utilisés. **Les comités PCI semblent s'engager à continuer le travail entamé avec confiance et enthousiasme.**

Les dynamiques de financement autour d'un enjeu de santé publique partagé ont été initiées. **L'inscription des actions dans la stratégie nationale, la référence aux guidelines nationales sont un gage de pérennité.** La crise pandémique de la Covid19 est ici gage de pérennité de l'engagement du MoH, renforçant d'autant plus la priorisation de la PCI dans la politique de santé.

Les éléments d'appropriation notables sont :

En ce qui concerne les Ressources Humaines :

- Le renforcement de la motivation et de l'implication des personnels dans leurs fonctions ainsi que **l'existence d'un sentiment d'équipe fort pour la PCI** ;
- **Les changements tiennent non seulement au leadership de la direction mais aussi à la gestion collégiale** (prise de décision souvent collective)
- Il y a un partage des tâches, précisément décrites de PCI avec un organigramme des personnels concernés et leurs fonctions, incluant les médecins.
- **Plusieurs groupes WhatsApp de PCI ont été créés** : dans chaque hôpital et entre les hôpitaux. Cela compense l'absence d'atelier de partage en présentiel cause COVID : Ce groupe permet des échanges de pratiques et la recherche de solution aux problèmes rencontrés. Il faudra néanmoins vérifier s'il y existe un modérateur formé ou si toutes les informations peuvent y circuler même si elles sont infondées.
- Le transfert de compétences se fait à travers des visites d'échanges entre hôpitaux et un 1er atelier d'échanges professionnel PCI s'est tenu en janvier 2021 à Xaythani.
- **Il existe au Laos une fierté sociale qui est fondamentale du lien social, résumée dans la « notion de face »²⁵. Cette dynamique sociale, majeure, entretient la dynamique puisqu'il est difficile de régresser.** Ce phénomène s'observe dès la mise en place du projet avec la visite entre hôpitaux, qui encourage l'hôpital à s'engager dans la démarche, et s'entretient par les allers retours entre hôpitaux. La dynamique de progression s'auto entretient et devient gage de pérennité et de performances. Cette dynamique est aussi soutenue par le système d'émulation socialiste car les équipes ou individus performants c'est-à-dire ceux qui répondent bien aux injonctions du parti reçoivent des gratifications sous forme de diplômes et décorations qui sont remis lors de cérémonies publiques ainsi que leur inscription au tableau d'honneur des établissements. Il est fort possible que ceci accompagne aussi une progression au sein du parti unique qui régit le pays.
- **Une difficulté relative à un autoclave défaillant a beaucoup été rapportée et générerait énormément de stress au sein des équipes concernées qui craignaient ne plus pouvoir l'utiliser.** Même si cela est regrettable et devra être résolu, cela confirme l'appropriation de l'enjeu de la PCI et du respect des procédures au sein des équipes hospitalières.

En ce qui concerne les financements :

- Des fonds sont disponibles pour les achats courants, les maintenances et les réparations avec des plans de dépenses annuelles
- **Il existe une gestion stricte des fonds avec une procédure du MS de planification budgétaire.** Toutefois, il persiste des difficultés à faire face à une situation spéciale, un accompagnement à la recherche de financement pourrait être envisagé.
- L'engagement de la direction de l'hôpital, du ministère et de la Province dans la démarche s'est confirmé par le financement d'une partie des dépenses nécessaires.

En ce qui concerne le matériel et la technique :

- **La formation à l'utilisation et à la maintenance des équipements est effective.** Les personnels ont été formés à la maintenance et sont en mesure de faire appel à une entreprise spécialisée de réparation. Le technicien conseil qui a appuyé le projet est toujours joignable et disponible.

²⁵ Léo Mariani, « Référence de valeur et valeur de référence : le kièt et le pièp, « pivots » des relations interindividuelles lao », Moussons, 12 | 2008, 79-101

- **Le matériel utilisé est réparable localement, les consommables sont également achetés localement lorsqu'ils sont disponibles** correspondant aux standards nécessaires (savons, tissus,...). Il existe un lien entre la cellule achat et les staffs permettant la pertinence des choix.
- La gestion efficace mise en place de l'utilisation des matériels et équipements permet la limitation des pertes, des inventaires sont réalisés.



Points de vigilance pour assurer la pérennité



- **Le suivi d'AOI a été qualifié d'insuffisant faute de temps et d'argent** (financement des déplacements, véhicule, restauration) mais pourtant indispensable à la poursuite des activités à long terme. De même, des critiques ont été remontées sur l'absence de partage des évaluations, pourtant nécessaires à l'entretien de la motivation et l'appropriation. Il est fondamental d'assurer le renforcement et la sécurisation de ce qui a été fait avant tout autre développement d'activités.
- **Les équipes ont demandé à pouvoir mieux s'autoévaluer** en connaissant les outils et ayant pu se les approprier ce qui pourrait guider leur quête de perfectionnement.
- Les personnels de nettoyage, indispensable au processus dans les hôpitaux ne sont pas impliqués dans les formations initiales. Leur manque de reconnaissance est sans doute un des facteurs du turn-over. Ils devraient pouvoir être mieux valorisés.
- **Les équipes de formation en PCI du MoH qui réalisent les formations ne sont sollicitées qu'au moment de réaliser la formation**, ils se partagent les différents thèmes de formation en fonction de leur spécialité et définissent les contenus de leur formation. Toutefois, des évaluations des besoins en formation et des évaluations d'impact sont réalisées, auxquelles ils ne sont pas impliqués. Cela renforcerait l'implication et permettrait peut-être une écoute différente des médecins par création de liens plus informels au fil des rencontres.

4.3.3.2. Transfert / Mise à l'échelle

La question du transfert du projet a été évoquée avec tous les interlocuteurs. Ce qui ressort systématiquement est le **développement d'abord vers les centres de santé des hôpitaux, une fois ces derniers devenus modèles**. Ce processus semble déjà être envisagé par les hôpitaux eux-mêmes, qui porteraient le projet et serait soutenu par AOI si nécessaire.

Ce transfert serait **variable en fonction des catégories de centres** : équipes suffisantes, motivées et compétentes techniquement, investissements nécessaires dans la structure, fréquentation suffisante, type d'activités (certains centres ne réalisant que de la vaccination par exemple).

Un autre développement possible du projet serait envisagé vers les deux autres hôpitaux de districts de la Province de Vientiane Capitale, écartés lors de cette phase, à savoir : Santhong et Pak Ngueum, puis vers la Province de Ventiane. Cela pourrait être réalisé par l'AOI, mais également envisagé après une recherche et formation au processus de personnes-ressources au sein de la Province, techniquement accompagné par AOI pour dupliquer le modèle existant.

Quoiqu'il en soit, **les mêmes critères de choix ressortent systématiquement dépendant d'un état des lieux initial rigoureux**, validant l'amélioration possible et les capacités techniques et financière d'accompagnement :

- La qualification et motivation des personnels (visite vers hôpitaux modèles comme premier moyen d'appréciation de la volonté de changement)
- La distance de Ventiane (financement du suivi), l'accessibilité en saison des pluies doit rester réaliste.

- L'importance des possibilités de chantier en termes d'infrastructures même si beaucoup ont été rénovés (adduction d'eau, électricité, bâtiment, ...)
- La capacité de financement propre afin d'assurer une certaine autonomie
- La taille et le type d'activité de la structure : par exemple accouchements ou non
- La nécessité d'avoir une fréquentation suffisante afin que la mise en pratique des normes PCI repose sur un certain volume d'activité.
- L'implication des autorités de santé de la province : L'implication des autorités de la Province et leur adhésion est un critère déterminant de transférabilité.
- Des points de vigilance ont toutefois été signalés :
- Il faudra **assurer la formation des formateurs** du MS et financer leurs déplacements
- Les mentalités peuvent être plus complexes et plus **résistantes au changement** en milieu rural
- **La motivation sera évaluée par des visites entre hôpitaux**, qui suscitera l'enthousiasme et la nécessité de développer l'état des lieux et les plans d'amélioration de leur hôpital. Le travail sur le leadership reste encore une barrière majeure s'il n'est pas porteur du projet.
- **Le leadership de la Province** doit être inciter sur le processus en formant un formateur provincial et en transférant progressivement les compétences de suivi.
- **Travailler conjointement sur la gestion des déchets** en aval des établissements de soins avec le second département ministériel.
-

5. Analyse transversale globale

5.1. Transfert ou mise à l'échelle

Dans l'analyse des partenariats, il apparaît dans la **démarche AOI une capacité d'adaptation très importante au turnover**, permettant au projet de **s'appuyer bien sûr sur les institutions** mais d'abord sur des personnes ou des équipes ressources au sein de ces institutions ou établissements, qui sont porteuses du projet. **Des liens forts de collaboration et d'appui sont tissés qui perdurent au-delà de la définition d'un projet.** AOI devient partenaires ressources, dans son domaine d'expertise pour faire **évoluer une dynamique** ou répondre à des besoins en évolution ou soudains, comme cela a pu se voir dans la crise pandémique supportée. **AOI a accompagné en parallèle du projet évalué ses partenaires pour créer des outils de communication sur les soins en temps de COVID, doter en EPI, ...**

- Facteurs indispensables et facilitant la mise en œuvre/ réplique de l'axe PCI dans d'autres zones / établissements d'un même pays où dans un autre pays

Pour envisager un transfert ou une mise à l'échelle :

- **Une bonne compréhension de l'approche AOI**

AOI joue un rôle de facilitateur, d'appui en partant des besoins des partenaires. Il est primordial d'explicitier l'approche, la démarche AOI qui est assez spécifique et singulière dans le paysage du développement en expliquant le rôle central et de mise en œuvre par les partenaires du pays. La motivation est un facteur clef et central d'autant plus qu'AOI travaille beaucoup sur la dimension interpersonnelle. Il s'agit de pouvoir s'appuyer sur des personnes relais ressources.

- **Capacité financière minimale**

La capacité financière est également importante car l'approche AOI ne finance pas tout mais est davantage un levier. Ainsi comme au Laos avec la PCI, le facteur financier est un prérequis à anticiper. La possibilité de réaliser des travaux, dans le cas d'un projet PCI est un prérequis également à considérer, en particulier pour une mise au norme minimum en matière de standard.

- **Accessibilité géographique**

L'accessibilité géographique est également à analyser, afin d'assurer une mise en œuvre de la formation, le suivi des activités de formation réalisées, il est préférable que les sites soient plutôt accessibles. Au niveau de la taille d'équipe et afin de réduire l'impact du turn over, il est préférable de travailler avec des équipes de taille minimale : avec des équipes de taille trop réduite, à chaque départ c'est tout l'effort de formation.

L'association avec d'autres ONG est également un point qui peut être considéré. Si AOI n'a pas toute l'expertise alors un partenariat avec une autre structure peut également être réalisé.

Par ailleurs, dans le cas de l'ouverture d'un nouveau pays, il apparaît comme évident que l'analyse des politiques de santé en matière de PCI est à réaliser en amont d'une ouverture.

- **Capitalisation**

La capitalisation est également une dimension d'apprentissage collectif à ne pas sous-estimer. Sur la base des expériences en matière de PCI par exemple à travers des hôpitaux modèles, l'idée pourrait être de développer un projet pilote permettant de conceptualiser les modèles et leur dynamique pour la transférabilité entre hôpitaux de district et centres de santé sur le volet PCI. On peut citer dans ce cadre-là les hôpitaux lao en direction des centres de santé, où le niveau provincial pour les deux derniers hôpitaux. Pour Madagascar, cette dynamique peut s'opérer grâce à l'approche district décentralisée.

Il est nécessaire également d'intégrer un volet plaidoyer de mise à l'échelle avec appui à travers un détachement de terrain pour l'accompagnement à un niveau hiérarchique supérieur.

- **Critères de sélection pour transférabilité à d'autres districts**

Concernant les critères de sélection pour la transférabilité à d'autres districts on peut citer : (i) la nécessité d'avoir un niveau d'activité minimum en particulier pour les paiements à l'acte versés par les bénéficiaires, (ii) des locaux nécessitant une réhabilitation minimum, (iii) intervenir dans une zone spécifique, (iv) la motivation/ l'implication des personnes mais difficile à évaluer, il s'agit davantage d'une question de ressenti et d'analyser dans quelle mesure la dynamique peut prendre. Il s'agit également de définir à quel niveau de la pyramide sanitaire le transfert réalise : au niveau du CSB, de l'hôpital. Concernant le Laos, le transfert peut se faire à partir d'un hôpital modèle. Pour Madagascar, il s'agit de sélectionner le CSB qui peut faire office de structure de référence pour le transfert.

5.2. **Prise en compte du genre**

Le projet dans son axe d'amélioration de la qualité des soins oriente son action indirectement sur l'amélioration des soins de santé de base, et donc des services de Santé Maternelle et infantile. **En cela, le projet bien que non clairement orienté genre, dans sa dimension transversale a des activités impactant la santé des femmes.**

De plus, les partenaires rencontrés, notamment institutionnel était dans une grande proportion des femmes. **Ainsi dans sa dynamique de renforcement des cadres, le projet bénéficie à des femmes. Au Laos par exemple, 58% des personnels, 63% des étudiants et 69% de notre échantillon total était des femmes.** On peut noter pour la suite du projet que des travaux complémentaires au Laos ont été demandés dans les 3 hôpitaux appuyés pour les services de gynéco-obstétriques et Santé mère enfant.

Toujours en ce qui concerne le volet Prévention et Contrôle des Infections, un constat de notre évaluation est que **les hommes sont moins soucieux de l'hygiène et délaissent plus facilement**

aux femmes ces tâches, moins considérées et relevant plus facilement du nettoyage. Ceci se retrouve à travers la littérature, avec par exemple des femmes plus enclines à se laver les mains dans une population d'étudiants en soins infirmiers en Arabie Saoudite²⁶.

Cela ne peut être dissocié de la dimension hiérarchique genrée des métiers de santé avec une proportion de médecins hommes et d'infirmières femmes plus importantes. AOI à l'avenir peut contribuer aux changements à travers de la formation en impliquant les différents niveaux hiérarchiques et de genre au sein des hôpitaux.

Il est intéressant de constater que le renforcement de l'esprit d'équipe dans les CSB et hôpitaux appuyés permet de contrer cet implicite répartition des tâches entre les personnels. En effet, des tâches sont dévolues au médecin, comme acteurs à part entière de ce contrôle des infections, et la formation et les connaissances qui en ont découlées ont donné la légitimité aux infirmières de faire des rappels à la règle aux médecins négligents.

« Celles qui viennent enseigner jusqu'à présent ce sont des infirmières et on doit intégrer et en faire un complément car le curriculum de nursing était 1 crédit mais maintenant 2 crédits pour la PCI cela devient autre chose et s'appelle autrement cela relève bien du domaine des médecins plus des infirmières ! Ce n'est pas toujours bien compris par tous. C'est un grand changement aussi de mentalité pour les médecins de penser qu'ils sont aussi responsables de la PCI »

« Quand des infirmières voient la pratique de PCI des médecins elles se mettent en colère car les médecins n'ont pas de pratique adéquates car n'ont pas beaucoup étudié et pas du tout de pratique même pour certains car ils ne sont pas bien informés ou négligents. »

« Le problème sera aussi de bien distinguer le rôle des médecins et celui des infirmières mais les médecins ont plus de travail déjà et ne doivent pas faire le travail des infirmières ! »

*« Attention à ne pas faire faire le travail des infirmières aux médecins mais aussi à responsabiliser les médecins
Témoignages recueillis à la faculté de médecine*

Au Laos particulièrement, la réforme en cours concernant l'éducation à travers l'Interprofessional Education pourrait également permettre de limiter l'impact des fonctions dévolues par le statut et indirectement améliorer les différences liées au genre.

Une première étape pour l'AOI serait la prise en compte du genre dans les évaluations, afin de pouvoir désagréger les données des états des lieux et des évaluations des résultats, afin de pouvoir ajuster leurs activités.

5.3. Dynamique Inter-pays

L'expertise de l'AOI s'enrichit du développement dans chacun des contextes de déploiement et permet une prise de recul des équipes. L'expertise devient transversale, et permet une adaptation des processus mis en œuvre dans un pays au bénéfice de l'autre.

On peut citer par exemple : (i) Recherche sur la fluoration des sels humides au Laos appliquée à Madagascar, (ii) Renforcement de la faculté de chirurgie dentaire de Vientiane comme modèle pour l'IOSTM.

Comme le montre ces exemples, la dynamique inter-pays se développe plus au bénéfice de Madagascar qui se nourrit des expériences du projet au Laos. Un voyage d'une personne ressource malgache vers le Laos a également permis la motivation pour la réplique d'un modèle à l'IOSTM.

²⁶ Gender differences in hand hygiene among Saudi nursing students, Jonas Preposi Cruz, Charlie P Cruz, Abdullah Suleiman Diab Al-Otaibi – International Journal of Infection Control doi: 10.3396/IJIC.v11i4.029.15

Dans cette phase en revanche, l'impression est que les échanges directs entre les partenaires des deux pays ont finalement été facilité grâce au suivi d'AOI Paris.

Un exemple fort de la dynamique inter-pays est trouvé dans les interactions avec le Brésil. En effet, il a été créé un partenariat dynamique avec l'**Université de Piracicaba** au Brésil entre l'équipe du laboratoire de recherche et l'**ACSQDA** à Madagascar. Les techniciens qui ont été formés ont gardé des liens forts avec les équipes de recherche qui continuent de les appuyer et de répondre à leur demande (démarche qualité, calibration, ...). Toutefois, **ces liens sont très personnes-dépendant**, et l'équipe de recherche n'a pas eu de liens directs avec les institutions à de plus haut niveaux hiérarchiques.

Le projet du Laos a pu bénéficier également de cette collaboration par la réalisation d'analyse des principaux dentifrices commercialisés par les laboratoires de Madagascar et ceux du Brésil. La dynamique du projet malgache en analyse qualité a ainsi bénéficié au Laos qui n'a pas de laboratoire de contrôle. En retour, ces analyses réalisées par deux labos différents ont bénéficié au laboratoire malgache puisqu'elles permettront d'enrichir un dossier de certification internationale.

Les relations d'expertise sont organisées par le siège de l'AOI. Une des recommandations importante et récurrente est la constitution d'un comité scientifique ressource pour le projet et la formalisation des partenariats techniques afin de les sécuriser localement malgré les éventuels turn-over et **permettre une autonomisation des partenaires dans le recours aux experts.**

En ce qui concerne les équipes pays de l'AOI, les échanges semblent restreints à des réunions impliquant le siège, il existe très peu d'échanges direct entre les deux équipes.

5.4. COVID

La crise pandémique mondiale a provoqué des ralentissements dans la mise en œuvre du projet, avec des experts en PCI non disponibles, l'impossibilité de visites et de formations présentielle ou de voyages d'expertises internationaux. De plus, l'environnement des soins s'en est trouvé encore plus strict avec des procédures drastiques à appliquer et des coûts de fonctionnement augmentés. Elle a marqué **l'entrée dans une « nouvelle ère de soins » introduisant un nouveau paradigme majeur : La PCI est devenue centrale dans le renforcement des systèmes de santé.** La bonne application des mesures PCI est cruciale dans le suivi des patients mais ce besoin s'est retrouvé démultiplié.

En parallèle, **cette crise a révélé l'importance de l'enjeu de santé et a été un propulseur de la dynamique.** Beaucoup des personnels rencontrés ont évoqué la « chance » d'être soutenu par AOI (dotation en EPI par exemple) et d'avoir bénéficié de formation et de renforcement structurel en amont de cette crise majeure. Cette crise a également conscientisé l'enjeu parmi les usagers, leur donnant une légitimité dans leur exigence qualité.

La crise de la COVID 19 devient alors une opportunité de mobilisation majeure, sur la démarche d'autonomisation, sur les financements qui pourrait bénéficier d'autres projets actuellement en cours de déploiement.

L'AOI a été sollicité en parallèle pour expliquer le modèle de renforcement et accompagner la mise à jour de normes dans d'autres pays, ainsi que pour la réalisation de vidéos pédagogiques des mesures de protection des soignants. Cela représente une première étape d'un travail de mise à jour, d'un « chantier dans les pays à revenus limités » qui ont pris conscience à travers cette crise de l'importance du travail à réaliser. **Le travail de l'AOI et son expertise en PCI a ici été particulièrement reconnue, AOI reste un interlocuteur de choix pour les instances internationales.**

6.0 Conclusion

Globalement la phase 2 du projet a atteint les résultats prévus initialement au Laos et à Madagascar. Concernant la prévention et le contrôle des infections, **le programme a permis de contribuer à l'amélioration de l'approche et des pratiques en PCI dans les formations sanitaires concernées. Le niveau de mise en œuvre de la PCI dans les CSB et hôpitaux est plutôt positif**

avec un bon niveau d'adhésion dans ces évolutions de pratique. Il semblerait que la PCI ait impacté la fréquentation des CSB. A Madagascar, on peut également observer **un changement de comportement et prise de conscience en matière de PCI** : hygiène, stérilisation des matériels, qualité de prestation puis amélioration de l'offre de soins, de sécurité des patients. Le système de paiement aux actes très symbolique est bien accepté par la population, la commune, la Direction Régionale de Santé (DRS) et Le District sanitaire

Les retards dans l'avancement du projet dû au COVID ont eu un impact sur le suivi évaluation. On constate au Laos que les hommes sont un peu plus négligents que les femmes en termes de PCI. Le transfert de compétences peut être difficile notamment avec un niveau de turn-over élevé, phénomène accru dans les petites équipes.

Pour l'axe dentifrice, des résultats intéressants ont été atteints à Madagascar avec les contrôles de qualité des dentifrices validés et suivis d'une délivrance de certificat de consommabilité. La sensibilisation des producteurs de locaux de dentifrice entraînant leur prise de conscience et amélioration de la qualité des dentifrices en respectant la norme.

Au niveau des formations initiales le projet a contribué à l'amélioration de l'enseignement en PCI au Laos à la faculté dentaire, de médecine et dans les écoles de sages-femmes et d'infirmier-e-s. La PCI est une matière enseignée et reconnue avec des unités/ crédits d'enseignements. Les personnels universitaires sont très occupés et manquent de temps et de compétences pour préparer les curriculums.

Concernant les partenariats, la dynamique est plutôt positive avec un MOU plutôt souple au Laos qui permet des marges de manœuvres intéressantes. La démarche AOI est reconnue par le ministère. Il y existe une bonne synergie avec les politiques de santé laotiens. Sur les hôpitaux, la dynamique est également positive s'appuyant sur des analyses de situation et des besoins. Pour les partenariats université et faculté, les engagements sont variables suivant les affinités avec la PCI, les modes de fonctionnement interne.

Concernant les partenariats à Madagascar, la démarche est comprise par la plupart des partenaires. Les changements d'équipe au niveau central ont fait perdre des partenaires clefs à AOI. Les différences de stratégie avec Unicef autour de l'iodation/ fluoration sont des points de blocage importants.

Les échanges interpays ont contribué à l'évolution du programme à travers différentes dynamiques : inter pays entre Madagascar et le Laos, avec d'autres pays externes comme le Brésil, la Thaïlande .

7. Recommandations pour la Phase 3

7.1 Globales

Voici quelques recommandations stratégiques et partenariales. Elles sont valables pour les 2 pays

- **Constitution d'un comité scientifique ressource** pour le projet et la formalisation des partenariats techniques afin de les sécuriser localement malgré les éventuels turn-over et permettre une autonomisation des partenaires dans le recours aux experts. Ce comité serait international aussi bien avec des experts évoluant dans d'autres pays (ex :Brésil) que des experts des pays d'intervention. Cette création de dynamique scientifique permettrait de renforcer les interactions entre les différents experts et ainsi avoir des avis scientifiques sur différents sujets.

- **Mettre en place un système de suivi évaluation AOI** intégrant l'approche AOI (indicateurs spécifiques) et permettant de suivre l'évolution du projet. Le suivi évaluation classique avec une approche MEAL tel qu'il existe chez beaucoup des acteurs de la solidarité internationale, n'est pas suffisamment adapté à l'approche AOI. Tout l'enjeu d'un système M&E fidèle à l'approche AOI serait d'une part de pouvoir renseigner un certain nombre d'indicateurs en reprenant les indicateurs du cadre logique. Mais également de développer un set d'indicateurs permettant de mesurer l'effet levier d'AOI, les changements de comportements que le projet a apporté, etc,...
- **Amélioration de la dynamique interpays entre le Laos et Madagascar** : la dynamique transversale n'est pas effective et a tendance à passer par AOI Paris systématiquement. A ce niveau, un dispositif pourrait être mis en place, permettant de valoriser davantage.
- **Maintenir l'effort sur le développement d'un vivier d'experts locaux** pouvant intervenir sur les différentes thématiques : En complément de la recommandation précédente, au-delà des ONG locales, le développement d'un vivier d'expert sur les thématiques d'AOI permettrait de s'appuyer sur de l'expertise local ayant une connaissance approfondie de la zone. Ces expertises suivant les besoins pourraient s'associer avec les experts internationaux suivant les besoins.
- **S'associer à d'autres ONG pour compléter l'approche et l'expertise.** Une des particularités d'AOI est de travailler sur des axes très différents : la PCI, le dentifrice, lode et fluor. Si AOI veut continuer à intervenir dans d'autres départements d'un hôpital tel que la SMNI (Santé Materno Néonatale et Infantile), il pourrait être intéressant de se rapprocher d'ONG ayant une longue expérience et expertise pour identifier les besoins spécifiques dans les départements où AOI travaille. AOI pourrait identifier les secteurs d'activités dans lesquelles, elle souhaite compléter son expertise. A partir de là, elle pourrait identifier des ONG ayant cette expertise en vue d'un partenariat.
- Avec le contexte sanitaire COVID qui perdure, il s'agit de développer une stratégie pour s'appuyer davantage sur le microcosme local des ONG permettant de s'appuyer et valoriser les compétences locales. La COVID 19 a été un accélérateur d'une tendance initiée depuis plusieurs années : la délocalisation de l'aide. Il serait intéressant dans ce cadre-là d'aller plus loin dans la démarche et d'essayer d'identifier d'autres acteurs en capacité de mettre en œuvre certains volets. De la même manière que pour les partenariats, il s'agit d'identifier les ONG locales qui pourraient appuyer AOI sur différentes expertises à définir suivant les besoins identifiés.

7.2 Madagascar

Sur la base de l'analyse réalisée, voici une série de recommandations spécifiques à Madagascar :

7.2.1 Recommandations stratégiques

- **Développer un plan d'action coordonné** avec des discussions ouvertes entre les différents acteurs AFD/AOI/CNS. Les stratégies autour du sel sont assez hétérogènes. Afin de pouvoir avancer dans sa stratégie, il est important qu'AOI ne soit pas isolé et continue d'être actif dans les instances tel que le CNS.
- Rapprocher la stratégie de fluoration de celle de l'**UNICEF** en saisissant des opportunités comme le workshop sur les sachets sel iodé et fluoré. Historiquement UNICEF et AOI ont des stratégies autour du sel très différentes. Etant donné qu'il s'agit de deux acteurs majeurs, il semble important de trouver des moyens pour rapprocher les positions.
- Travailler à la coordination des plans de travail et des missions (CNS, comité restreint ministériel). Afin d'influer plus concrètement sur la stratégie sel au niveau national, AOI pourrait être davantage actif dans ses instances décisionnelles.

- Sur l'axe dentifrice, réfléchir à la possibilité de développer un plan d'action de communication pour sensibiliser à l'importance de l'utilisation de dentifrice iodé. Il s'agirait d'identifier les supports (Média publics malgaches) et les messages à faire passer sur l'importance du dentifrice iodé. Concernant le dentifrice, il s'agit de développer une stratégie de plaidoyer intégrant un plan d'action afin de d'exiger des industriels une analyse des dentifrices avant mise sur le marché.
- La synergie avec d'autres ONG est une dimension importante à avoir. AOI peut collaborer avec d'autres ONG sur différentes thématiques médicales. Par exemple Aide Médicale et Développement (AMD), a une taille similaire à AOI et a l'habitude de travailler avec des partenaires. AMD travaille avec des médecins accoucheurs, des gynécologues. Ce type de partenariat pourrait être intéressant pour AOI pour la PCI dans la SMI.
- **Plaidoyer pour le renforcement des structures existantes pour être plus fonctionnel** : La politique actuelle du nouveau président malgache est de construire des nouvelles structures de santé alors que beaucoup de structures de santé sont déjà existantes et sont non fonctionnelles. Il est donc important que l'action d'AOI s'inscrive dans autour de CSB déjà l'existant.

7.2.2 Recommandations opérationnelles

Au niveau du laboratoire ACSQDA

- **ACSQDA : Soutenir la démarche de formations d'autres techniciens**, car ce volet de laboratoire qualité repose sur une personne essentiellement. Dans ce cadre-là, il s'agit de s'assurer auprès des autorités malgaches que d'autres techniciens laboratoires vont pouvoir compléter l'équipe.
- Concernant le laboratoire ACSQDA, nécessité de mener un plaidoyer auprès du Ministère pour alléger les procédures administratives lors de l'acquisition de matériel. Les difficultés d'acquisition de matériel peuvent être un frein pour le bon fonctionnement du laboratoire et des analyses.
- **Accompagner la certification du labo à l'international : les dernières analyses en double aveugle devraient pouvoir aider.** Ce travail de certification du laboratoire est une des priorités importantes d'AOI déjà identifiée. L'objectif est de continuer ce travail d'accompagnement afin que le laboratoire devienne un des premiers laboratoires réalisant ce type d'analyse en Afrique subsaharienne (après l'Afrique du Sud).

PCI

- **Des lacunes ont été observés concernant les évaluations des CSB.** Il s'agit de s'assurer que l'ensemble des CSB du district met en œuvre des autoévaluations sur le niveau de mise en œuvre avec intégration des objectifs dans les activités du district.
- Développer une stratégie de formation au niveau district permettant à l'ensemble des équipes sanitaires d'avoir des connaissances en matière de PCI et de supervision en PCI. Cela permet aux équipes de pouvoir prendre le relais et que la PCI soit intégrée dans leur grille de supervision.
- **Organiser des visites interdistricts pour étendre le projet aux Districts de voisinage.** Ces visites sur la base des critères de transférabilité développés précédemment permettraient d'identifier les CSB qui pourraient être inclus dans une phase future.



7.3 Laos

7.3.1 Recommandations stratégiques

- **Plaidoyer pour la transformation en hôpitaux modèles.** La transformation des hôpitaux en hôpital modèle est une étape décisive dans le passage à l'échelle. Dans ce cadre-là une des étapes importantes est la collecte et la diffusion des leçons apprises des 3 hôpitaux avec le besoin de visites.
- **Dans le cadre des formations d'une manière générale, il serait pertinent d'intégrer un volet pédagogique** permettant aux personnes qui sont en position de transmettre le savoir d'avoir de meilleures capacités pour transmettre les connaissances en matière de PCI
- **Au niveau partenariat, AOI devrait participer plus activement à des groupes de travail avec les ONG ou OSC, ainsi qu'avec la coopération bilatérale (JICA, KOIKA, Lux Aid).** Cette dynamique avec les autres acteurs, permettrait de partager des difficultés / contraintes rencontrées avec les autorités par exemple et ainsi trouver des solutions communes.
- Une des faiblesses constatées en matière de PCI est le traitement des déchets qui n'est suffisamment abordé dans le cadre des activités de PCI. Il serait intéressant **d'approcher des dynamiques Wash existantes (ONG, autres projets ou département ministériel) pour le traitement des déchets.**

7.3.2 Recommandations opérationnelles

Volet hospitalier :

- **Poursuite des formations dans les hôpitaux**, seulement 15 staffs sont actuellement formés par hôpital. Afin de mieux gérer le turn-over, il s'agirait de définir une équipe minimale formée qui formerait les nouveaux et pourrait jouer un rôle en formation continue.
- **Former et impliquer davantage les personnels de ménage dans le processus en tant qu'équipe PCI = Trouver moyens de limiter turn-over des personnels d'entretien (valorisation professionnelle)**
- **Le suivi par les comités PCI doit encore être encouragé:** un workshop a été organisé sur les leçons et les guidelines à HTX, mais cela doit être fait dans chaque hôpital (type d'action uniquement organisé dans les hôpitaux soutenus par Lux Aid). Il est nécessaire d'encourager la tenue de réunions régulières et structurées du comité PCI (suivi des décisions prises, Animation de réunion)
- Afin d'assurer la qualité de la formation clinique des étudiants pendant leur formation pratique, les CHU devraient aussi affecter les précepteurs à suivre une formation pour mettre à niveau leurs compétences pédagogiques, il semble que les hôpitaux universitaires n'ont pas encore assigné de précepteurs pour suivre une formation visant à améliorer leurs compétences pédagogiques afin d'assurer la qualité de la formation clinique des étudiants pendant leur formation pratique en PCI et cette même formation courte de remise à jour n'a pas encore été pensée.

Volet universitaire :

- **Inviter des enseignants étrangers comme TOT ou proposer à nouveau un master en Thaïlande**, le besoin d'experts qui viennent renforcer la théorie en PCI a souvent été répété, le

système n'est pas encore bien établi et les anciens experts anciens sont forts en clinique mais pas forcément en formation.

- Inclure le genre dès la formation initiale et dans la formation continue: faire le lien avec le projet santé et genre de la Banque Asiatique de développement.27
- Veiller à prendre en compte la dimension genre dans les enseignements quand les recherches montrent que les hommes moins soucieux de PCI et qu'ils ont tendance à délaissier les tâches de PCI aux femmes et infirmière. 28

27 ADB December 2019 Country Operations Business Plan: Lao People's Democratic Republic, 2020–2022
<https://www.gtai.de/resource/blob/207106/0294358a8ab69c66adcc104acddd1ce2/pro201912305012-data.pdf>

28 Cruz JP & AL, Gender differences in hand hygiene among Saudi nursing students
International Journal of Infection Control www.ijic.info ISSN 1996-9783
doi: 10.3396/IJIC.v11i4.029.15

Tillmann Goerig & Al, Infection control perception and behavior: a question of sex and gender? Results of the AHOI feasibility study, *Infection and Drug Resistance* 2018;11 2511–2519

8 Annexes

Annexe 1 :

Synthèse des réalisations par pays

Madagascar

TABLEAU DES PRINCIPALES REALISATIONS ET INDICATEURS PENDANT LES TRANCHES 1 et 2 (vision d'ensemble du projet global) (Source : AOI)

Objectifs spécifiques (1 à 3 maximum)	Principaux résultats attendus pour chaque objectif spécifique (2-3 résultats maximum par objectif spécifique)	Principales activités (et indicateurs de suivi) prévues pendant les tranches 1 et 2 (5 activités maximum par résultat)	Principales activités (et indicateurs de suivi) réalisées pendant les tranches 1 et 2 (5 activités maximum par résultat)	Principaux indicateurs de résultats chiffrés prévus pendant les tranches 1 et 2	Principaux indicateurs de résultats chiffrés réalisés pendant les tranches 1 et 2
OBJECTIF 1 Améliorer la mise en place du programme intégré de promotion de la santé	Résultat 1 : La couverture du programme d'iodation et de fluoration du sel est élargie				
		A1 : Madagascar Renforcement des synergies entre les partenaires - Renforcement du	L'arrêté paru en 2019 définit les rôles et attributions de chaque partie prenante au programme, l'étendue de l'application du décret, ainsi que les dispositions à prendre en matière de contrôle.		Parution du décret N°9309/2019 du 8 mai 2019 rendant obligatoire l'iodation et la fluoration du sel alimentaire /

contrôle de
qualité et de la
distribution du sel
iodé et fluoré -
Appui technique
aux producteurs
et aux
distributeurs –
appui au plan de
communication

Il stipule que tout sel destiné à la
consommation humaine et animale
doit être iodé et fluoré. Afin de
promouvoir la synergie entre les deux
programmes, une note technique a été
diffusée auprès des différents acteurs
concernés et des hautes instances au
sein du Ministère de la Santé
malgache. Différentes réunions ont été
organisées entre l'AOI, le SSOABD,
l'UNICEF et le SNUT

			<ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'équipes régionales composées des agents du Ministère de la Santé et du Ministère du Commerce pour le prélèvement d'échantillons de sel sur le marché et au niveau des producteurs de sel en vue de leur analyse/contrôle au niveau des laboratoires régionaux ou nationaux. - Formation des I-team régionaux sur le cahier de procédures de contrôle qualité du sel : contrôle de routine au sein de chaque producteur de sel, contrôle de routine par les laboratoires régionaux, contrôle inopinés par les I-team régionaux - Participation aux réunions du Comité National du Sel et aux actions de réflexion visant au développement et au suivi de l'iodation et fluoration du sel - Suivi et appui en réactifs d'analyse du fluor du laboratoire national de nutrition (SNUT) et des laboratoires régionaux du Ministère de la santé (région DIANA et Menabe) - Facilitation de la collaboration et de la mise en cohérence des résultats d'analyse du sel entre CSM (Compagnie Salinière de Madagascar) et le laboratoire régional du Ministère de la santé dans la région DIANA - Appui technique sur la production de sel iodé fluoré : CSM (Compagnie Salinière de Madagascar) à la CSD (Compagnie Salinière du Delta) sur la production de sel iodé et fluoré. Mission d'appui technique et matériel des producteurs moyens de sel dans la région du Menabe, regroupés au sein de l'APSM (Association des Producteurs de Sel du Menabe), Essai de production de sel fluoré. 	<ul style="list-style-type: none"> - 40 000 tonnes de sel iodé et fluoré produites - 40% de la population consomme du sel iodé et fluoré répondant aux normes - 80% des échantillons analysés des producteurs de sel iodé et fluoré conformes 	<ul style="list-style-type: none"> 60 000 tonnes de sel iodé et fluoré produites représentant 70% de la consommation de sel alimentaire. - 80% des échantillons de sel iodé et fluoré analysés au niveau des usines des grands producteurs de sel conformes
	R2 : Le dentifrice fluoré disponible sur les points de vente est amélioré et contrôlé.	A1 Madagascar Contrôle régulier des dentifrices fluorés disponibles à la vente et diffusion des résultats.	Madagascar : Réalisation systématique de l'analyse en fluor de tout dentifrice importé et produit à Madagascar par le laboratoire de l'ACSQDA.	80% de dentifrices fluorés disponibles sur le marché répondant aux normes sont analysés.	À Madagascar , 90% de dentifrices fluorés disponibles sur le marché sont analysés et

					répondent aux normes
		A2 : Madagascar Adoption et application de normes pour les dentifrices fluorés	Préparation, sous l'égide du ministère du Commerce et du ministère de la Santé dans le cadre de la définition des normes sur les dentifrices fluorés commercialisés à Madagascar. Ces normes portent notamment sur le taux de fluor total et disponible, le conditionnement et l'étiquetage.	Le document sur les normes sur les dentifrices fluorés est finalisé.	Parution des normes sur les dentifrices et le dentifrice fluoré Edition 2018 NMG/ISO 11609 :2019
		A3 : Madagascar Renforcement du laboratoire de référence de contrôle de qualité des dentifrices disponibles sur le marché avec formation du personnel et suivi	Formation au Brésil de 2 techniciens du ministère de la Santé en analyse de la teneur en fluor des dentifrices, dont 1 agent du Service Bucco-Dentaire et un agent du laboratoire de l'ACSQDA (Agence de Contrôle et de Suivi de la Qualité des Denrées Alimentaires), laboratoire chargé de délivrer les attestations de conformités nécessaires avant la mise sur le marché des dentifrices.	2 techniciens sont formés au Brésil.	2 techniciens ont été formés au Brésil sur les dosages de fluor dans le sel de cuisine et les dentifrices (1 ^{er} au 10 décembre 2017)
		A3 : Renforcement du laboratoire de référence de contrôle de qualité des dentifrices disponibles sur le marché avec formation du personnel et suivi	- Réalisation systématique de l'analyse en fluor de tout dentifrice importé et produit à Madagascar par le laboratoire de l'ACSQDA. - Réalisation d'une analyse croisée d'un lot de dentifrices commercialisés au Laos au niveau du laboratoire de l'ACSQDA et au niveau du laboratoire de l'Université de Piracicaba par l'équipe du Pr J. Cury au Brésil. Les résultats d'analyse entre les 2 laboratoires concordent parfaitement.	Double analyse d'un lot de dentifrices commercialisés au Laos par l'ACSQDA et le laboratoire de l'Université de Piracicaba - Brésil réalisée	1 laboratoire de référence est fonctionnel et reconnu pour le contrôle de qualité de la teneur en fluor des dentifrices.

<p>OBJECTIF 2</p> <p>Améliorer l'accès aux soins de qualité</p>	<p>R1 : Madagascar</p> <p>La prévention des infections liées aux soins est enseignée et mise en œuvre à l'IOSTM</p>	<p>Madagascar</p> <p>A1 : Capitalisation d'expérience avec l'université de Vientiane et/ou de Strasbourg - Modules de sécurité des soins dans curriculum - Formation des enseignants - amélioration de l'ergonomie et de l'environnement des soins à l'IOSTM et dans 2 formations sanitaires - Formation des étudiants.</p>	<p>Le voyage d'étude a été réalisé à la Faculté de Strasbourg avec la directrice de la faculté dentaire et l'enseignante chargée du cours sur la sécurité des soins (qui est l'ancienne directrice de l'IOSTM et qui occupe également la fonction de vice-présidente de l'Université de Majunga aujourd'hui). Plusieurs rencontres et ateliers de travail avec les membres de l'équipe de l'IOSTM ont permis de définir les différentes étapes du projet sur la base des expériences de l'université de Vientiane</p> <p>3 missions d'expertise ont été réalisées. La première mission d'expertise, en novembre 2018, a porté sur 3 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pratique au sein de l'IOSTM en matière de sécurité des soins et les aménagements nécessaires pour la mise aux normes, - les matériels médico-dentaires au sein de l'IOSTM et leur état de fonctionnement, le service maintenance, les actions nécessaires pour un fonctionnement optimal et la sécurité des soins des patients et des intervenants au sein de l'IOSTM, - l'opportunité et les contraintes de l'amélioration de la sécurité des soins au niveau de l'IOSTM, compte tenu des expériences au Laos et au Cambodge. <p>La première mission d'expertise a permis de constater les besoins en matière de formation, d'amélioration de l'environnement et de matériel technique. Cette mission a conclu à la nécessité de rechercher des fonds complémentaires. Un dossier a été déposé auprès du CRIDF et de la Fondation Le Maillon.</p> <p>La deuxième mission d'expertise, en septembre 2019, a porté sur l'état de l'infrastructure ainsi que l'état du circuit d'alimentation en eau et celui en électricité. Cette deuxième mission fait apparaître la nécessité d'une étape indispensable consistant à des travaux portant sur l'amélioration et la sécurisation de l'infrastructure du bâtiment.</p>	<p>70 % des étudiants en fin d'étude ont de bonnes pratiques en sécurité de soins</p>	<p>Les travaux de la salle de stérilisation et pour l'amélioration de l'enseignement de la PCI sont réalisés</p>
--	---	---	---	---	--

La troisième mission d'expertise, en novembre 2020 a porté sur l'infrastructure du bâtiment de l'IOSTM et a été réalisée par le Laboratoire Nationale des Travaux Publics et bâtiments (LNTPB), laboratoire référent de l'Etat malgache pour tous travaux d'expertise en BTP. Cette mission d'expertise a conclu la nécessité de revoir les travaux d'aménagement et de réorganisation des espaces au niveau de l'IOSTM compte tenu de la vétusté du bâtiment et des caractéristiques techniques de l'infrastructure.

A la suite de la 3^{ème} mission d'expertise, un nouveau plan de réaménagement des espaces de l'IOSTM a été établi, de même que les Termes De Références des travaux à minima correspondant à ce nouveau plan. Sur cette base, une entreprise a été sélectionnée suivant les procédures d'appel à proposition de l'AFD. Les travaux ont été mis en œuvre de mars à juin 2021.

Parallèlement à la mise en œuvre des travaux, un processus d'acquisition des matériels et équipements nécessaires à l'amélioration de la pratique de la PCI à l'IOSTM a été enclenché auprès de fournisseurs locaux, autant que faire se peut, et international pour les matériels de stérilisation. La majorité des matériels et équipements ont été livrés à l'IOSTM avant le terme du projet. Seuls les matériels non disponibles en stocks au niveau des fournisseurs, notamment du fait de la pandémie du Covid 19, n'ont pas pu être livrés.

Pour ce qui est des ressources humaines, un état des lieux des compétences au niveau de l'IOSTM en matière de maintenance a été réalisé à travers 2 évaluations en 2019 : Tout d'abord une évaluation par un expert en biomédical, puis une évaluation par une entreprise locale fournisseur de matériels médicaux, notamment dentaires, avec un service après-vente.

			<p>Ces évaluations ont permis de conclure que le personnel chargé de la maintenance au sein de l'IOSTM ne dispose pas de suffisamment de compétence de base pour assumer pleinement la fonction.</p> <p>Une solution a été identifiée avec la direction de l'IOSTM pour la mise en place d'un système de maintenance efficace au niveau de la faculté comprenant le renforcement des compétences du personnel du fournisseur de matériels médicaux et, à moyen terme, le recrutement d'un ingénieur polytechnicien au niveau local qui pourra être formé afin de se spécialiser dans la maintenance de matériels médicaux. Ainsi, un stage de 3 jours auprès de l'entreprise EMT dental a été réalisé par l'actuel responsable de maintenance de l'IOSTM.</p> <p>Concernant l'équipe pédagogique, la formation théorique des enseignants de l'IOSTM en PCI a été réalisée à distance par visio-conférence du fait de la fermeture des frontières. La formation pratique des enseignants reste à entreprendre suivant le calendrier universitaire 2021 – 2022. Les enseignants se chargeront de l'insertion de ce module dans le curricula de formation des étudiants. Les enseignants assureront également la formation du personnel d'appui et des étudiants.</p>		
	<p>R2 : Madagascar</p> <p>La stratégie sur la sécurité des soins est adoptée, enseignée et appliquée.</p>	<p>Madagascar</p> <p>A2. Concertation et état des lieux sur la sécurité des soins suivie d'un atelier - Amélioration de la sécurité de soins au centre de stomatologie de Befelatanana et suivi des 9</p>	<p>Un premier état des lieux de la sécurité des soins a été réalisé avec différents acteurs de la santé : ONG, partenaires techniques, financiers et surtout différentes directions au sein du ministère de la Santé Publique. Cet état des lieux met en exergue la disparité des pratiques en matière de prévention des infections associées aux soins au niveau des acteurs de santé.</p>	<p>Une stratégie sur la sécurité de soins et son financement est adoptée et mise en place.</p>	<p>Concertation entre les acteurs sur la sécurité des soins et création de la SMPCI</p>

formations sanitaires de la 1^{re} phase.

Une collaboration a été instaurée avec le SPIM avec une participation au congrès international sur le Contrôle des Infections du SPIM/ICAN réalisé à Madagascar en septembre 2019. Ce congrès constitue un préalable dans le plaidoyer auprès du ministère de la Santé Publique par rapport à la nécessité en matière de prévention des infections.

Concernant l'Atelier sur la stratégie de sécurité des soins et son financement : Dans l'optique de la réalisation d'un atelier national sur la sécurité des soins, un projet de collaboration avec l'OMS à Madagascar a été initié avec un document exposant le contexte et justificatif de l'atelier, la démarche pour la mise en application des directives de l'OMS en matière de sécurité des soins au niveau du pays ainsi que le budget afférent. La démarche associe 4 entités : l'OMS, le SPIM, Maris Stopes Madagascar et l'AOI.

Du fait de la pandémie du Covid 19, les réunions avec les directeurs centraux ainsi que les nouveaux dirigeants au niveau du ministère de la Santé Publique malgache n'ont pas pu se tenir. De même, l'atelier national sur la sécurité des soins n'a pas pu être organisé.

- Formation continue du personnel de santé sur la sécurité de soins
- Suivi des 9 formations sanitaires de la 1^{ère} tranche du projet. :

Différentes missions de suivi sur une périodicité moyenne de 1 fois par an, par centre de santé ont été réalisées auprès des 9 formations sanitaires de la première phase du projet. Ces missions ont permis de constater que les bonnes pratiques en matière prévention des infections associées aux soins sont globalement maintenues. Toutefois, le turnover important au niveau du personnel ainsi que le temps affectent la rigueur. Ainsi des formations continues ont été organisées dans 4 formations sanitaires : CHRDR Betafo, CHRDR Arivonimamo, CSB2 Ambohimangakely et CSB2 Andriba. Par ailleurs,

3 missions de suivi de chacun des CSB et CHRDR de la 1^{ère} phase du projet

			<p>pour faire face au Covid 19, suite à une demande du ministère de la Santé Publique, les 9 CSB ont été équipés en EPI réutilisables et en moyens de décontamination à chaud de ces EPI. Un manuel sur l'utilisation de ces équipements a été distribué au niveau de ces CSB où la tenue d'une réunion de formation a été prohibée durant la forte prévalence du Covid 19 au niveau du pays. Par contre 7 séances de formation en présentiel ont été organisées à la fin du dernier confinement.</p> <p>En ce qui concerne le volet d'activité portant sur l'amélioration de la sécurité des soins au centre de stomatologie de Befelatanana, en novembre 2018, une mission d'évaluation des pratiques et de l'infrastructure par des experts a conclu que les conditions n'étaient pas réunies. Aussi, ce volet a été abandonné.</p>		
	R3. Le soulagement de la douleur orale et la sécurité des soins en zone rurale sont améliorés dans 10 CSB2	<p>Madagascar</p> <p>A1. Identification des CSB2 selon critères - Formation au soulagement de la douleur orale et à la sécurité des soins – Appui à l'amélioration de l'environnement la sécurité des soins</p>	<p>-Identification des CSB</p> <p>Le changement de dirigeant au niveau du Ministère de la Santé Publique malgache a affecté la stratégie de ce dernier. En effet, la prise en charge de la douleur dentaire par les médecins des centres de santé de base dans les zones reculées ne constitue plus une priorité. Aussi, dans le prolongement des activités de la première phase du projet et suite à la motivation du médecin inspecteur responsable du district sanitaire d'Ambatolampy dans la région Vakinankaratra, ce district sanitaire a été choisi pour être bénéficiaire d'appui en matière de prévention des infections liées aux soins.</p> <p>-Formation théorique et pratique au soulagement en sécurité de soins</p> <p>Des actions de formation du personnel, d'appui en matériels et d'amélioration de l'environnement de soins ont été réalisées dans l'optique de l'amélioration de la sécurité des soins auprès de 24 centres de santé de base du district sanitaire d'Ambatolampy.</p>	80% des médecins formés ont de bonnes pratiques en sécurité des soins et de prise en charge de la douleur.	<p>80% des chefs CSB (24) et des personnel médical et non médical formés en sécurité des soins</p> <p>20 CSB appuyés en matériels d'hygiène et équipements de traitement de l'instrumentation, et formés en PCI (ensemble du personnel de chaque CSB, soit 76 agents au total)</p> <p>10 CSB réhabilités</p>

Une formation initiale a été réalisée à l'attention des chefs de centre de santé, en décembre 2018. Cette formation a concerné 24 chefs CSB et 2 agents du SDSP du district sanitaire d'Ambatolampy et a porté sur les principes et démarches du projet dans le domaine de la PCI. La formation comprenait une partie théorique suivie d'un voyage d'étude au CSB2 Behenjy (un centre de santé bénéficiaire du projet 1ere phase). Les participants ont été formés sur l'hygiène et la sécurité des soins. Cette formation initiale a également été l'occasion de faire une mise au point du système de participation des bénéficiaires pour la prévention des infections liées aux soins et de l'implication de la mairie et du Comité de gestion de chaque CSB bénéficiaire.

Puis, en 2019, 20 centres de santé de base ont bénéficié chacun d'une formation spécifique d'une journée directement sur site touchant ainsi l'ensemble du personnel médical et non médical du centre. Les formations ont été réalisées par une équipe conjointe de l'AOI, du ministère de la Santé et du district sanitaire d'Ambatolampy.

-Appui à l'amélioration de l'environnement pour l'ergonomie et la sécurité des soins
Ce volet concerne les CSB du district sanitaire d'Ambatolampy formés à la sécurité des soins. Dans un premier temps, il a été procédé à l'appui au nettoyage, à l'assainissement et à l'amélioration des locaux des 23 CSB du district sanitaire d'Ambatolampy à travers la peinture des murs et des volets. La mise en œuvre des travaux a été effectuée conjointement avec le personnel du district sanitaire et ceux des CSB qui étaient chargés de recruter et de superviser le travail des tâcherons.

Parallèlement aux actions de formation du personnel, un appui en matériels a été effectué en fonction des besoins et du volume d'activité de chaque centre de santé. Ces lots de matériels concernent l'amélioration des pratiques en matière

			<p>d'hygiène des mains (serviettes lavables à un seul usage, fontaines d'eau, savon liquide, bac à serviettes propres, bac à linges sales ...), de tri des déchets (poubelles, sac poubelle), de conditionnement en sets des instruments (champs en tissus, scotch intégrateur indicateur de traitement à la chaleur), de stockage des instruments (armoires vitrées) et de stérilisation des instruments (réchaud à gaz, bouteille de gaz).</p> <p>Par ailleurs, en fonction de la motivation du personnel, de l'importance de l'activité et de l'état des locaux, des travaux de réaménagement et d'amélioration de l'environnement de soins dans l'optique de l'amélioration de la sécurité des soins ont été réalisés auprès de 10 centres de santé de base du district sanitaire d'Ambatolampy. Il s'agit de travaux de construction de paillasse, de création de mur de séparation et de carrelage de sol, d'espaces dédiés aux actes chirurgicaux et à la stérilisation des matériels.</p> <p>-Suivi et évaluation Dans la perspective de la pérennité des actions, une formation des membres de l'équipe du district sanitaire d'Ambatolampy a été organisée en juillet 2019 par rapport au suivi du volet PCI au niveau des CSB. Cette démarche rejoint la politique d'intégration des missions sur terrain préconisée par le ministère de la Santé Publique.</p> <p>Par ailleurs, des missions de suivi sur site de chaque CSB bénéficiaire ont été réalisées 3 mois après la formation par l'équipe d'AOI et du district sanitaire d'Ambatolampy. En outre, au moins une mission de suivi par année de chaque CSB a également été réalisée après la première mission de suivi.</p>		
<p>OBJECTIF 3 Renforcer les compétences des cadres de santé et des</p>	<p>Madagascar R1. Les associations professionnelles (Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes,</p>	<p>Madagascar A1. Appui à la formation continue en santé publique, publication de documents de référence en matière de</p>	<p>Dans l'optique d'une meilleure efficacité du SSOABD, l'appui à l'amélioration des conditions de travail a porté sur le renforcement des moyens de communication et des moyens logistiques du service pour le suivi des personnels dentaires à</p>	<p>100% des chirurgiens-dentistes bénéficient d'information sur</p>	<p>1 bourse en santé publique à l'université de Majunga</p>

<p>associations professionnelles</p>	<p>Association Soatsiky, Association des étudiants dentaires) sont renforcées. R2. Les capacités de l'équipe du SSOABD sont renforcées.</p>	<p>sécurité des soins et diffusion d'informations sur le fluor, appui au programme de prévention dans 10 écoles (lavage des mains, brossage avec dentifrice fluoré, déparasitage). A2. Appui à l'amélioration des conditions de travail, à la formation continue en santé publique, accompagnement au montage de projet, recherche de financement, travail en réseau, échanges et capitalisation d'expérience.</p>	<p>Madagascar : moyen de transport (mise à disposition de véhicule, carburant), logistique pour les missions sur terrain (indemnités repas et hébergement). L'appui à l'organisation de la semaine annuelle nationale dentaire, une activité importante du SSOABD, entre dans l'appui au service. Il s'agit également d'une occasion pour promouvoir la sécurité des soins auprès des dentistes publics. Le projet a également appuyé le volet Prévention et Contrôle de l'Infection lors des activités communautaires médicales itinérantes (Santé auprès de la population, Caravane médicale) organisées par le Ministère de la santé publique, à travers la fourniture d'Equipements de Protection Individuelle.</p> <p>Le projet a également contribué à la participation de l'équipe du SSOABD au congrès annuel des chirurgiens-dentistes à Madagascar, un évènement dont les objectifs sont le partage d'expérience et le renforcement de capacités des participants.</p> <p>Un membre de l'équipe du SSOABD a été appuyé pour une formation en Master en santé publique à travers l'appui aux frais de cours.</p> <p>Enfin, 2 cadres du ministère de la Santé Publique ont bénéficié d'une formation en analyse de fluor des dentifrices à l'université de Piraccabica au Brésil.</p>	<p>la sécurité des soins et sur le fluor.</p>	<p>2 bourses pour une formation au Brésil sur les techniques d'analyse de la teneur en fluor dans le dentifrice et le sel</p> <p>Formation ONOS + Formation OSTIE (30 personnes)</p> <p>10% des chirurgiens-dentistes bénéficient d'information sur la sécurité des soins et sur le fluor.</p> <p>1 publication dans Community Dental health Journal. Fluoride in drinking water in Madagascar and the development of strategy for salt fluoridation</p>
--------------------------------------	---	--	---	---	--

Laos (Source Evaluateurs)

Objectif spécifique 1 : Améliorer la mise en place du programme intégré de promotion de la santé

R 1.1 La couverture du programme d'iodation et de fluoration du sel est élargie

Aucune avancée suite au rapport intermédiaire car ce résultat a dû être abandonné au Laos faute de parution d'un décret sur l'iode et le fluor dans le sel malgré un intense travail de lobbysme sur plusieurs années.

RESULTAT ABANDONNE

R 1.2 la qualité du dentifrice fluoré disponible sur les points de vente est améliorée et contrôlée

Les dentifrices fluorés disponibles sur les points de vente au Laos ont été testés par deux labos séparément, l'ACSQDA à Madagascar et le laboratoire de recherche de la faculté au Brésil montrant que les taux de fluor soluble sont plutôt corrects dans les dentifrices vendus au Laos.

Cela a aussi permis au laboratoire de Madagascar de montrer la qualité de ses tests et pourrait mener à leur accréditation internationale dans la sous -région

Ce résultat est aussi un bel exemple de relation inter-pays.

Afin de garantir un contrôle des normes de qualité AOI vise l'établissement de normes nationales et la mise en place d'un système d'analyse et de contrôle régulier des dentifrices fluorés disponibles à la vente pour la prochaine phase. Toutefois sachant que la qualité reste satisfaisante, qu'aucun dentifrice n'étant produit au Lao, qu'aucun labo spécialisé n'existe encore et que le MS n'a pas d'unité santé orale cette perspective semble lointaine.

RESULTAT ATTEINT EU EGARD AUX RESSOURCES LOCALES.

L'expérience au Laos a permis d'appréhender les facteurs à prendre en compte dans la mise en place d'un programme de fluoration et d'iodation du sel à savoir outre la coopération des producteurs de sel, un partenariat étroit avec des organisations internationales (UNICEF, PAM...) et surtout un renforcement légal ou un cadre législatif mis en place par l'Etat qui a fait défaut au Laos.

Concernant le dentifrice fluoré, les résultats constatés sont que les produits disponibles qui sont importés sont globalement satisfaisants et l'accès au dentifrice fluoré pourrait être soutenu par une campagne d'éducation mais le besoin de contrôle n'est pas si important qui plus est en l'absence de laboratoire spécialisé.

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'accès aux soins de qualité

R 2.1. La prévention des infections liées aux soins est enseignée à la faculté dentaire et de médecine ainsi que dans les écoles de sages-femmes et d'infirmiers.

Les enseignants ont été identifiés, les cours sont en voie de rédaction mais les cours seront dispensés probablement en 2022 car ils doivent une fois finalisés être encore validés par le Ministère de la santé et le ministère de l'éducation.

Les salles de travaux pratiques qui soutiendront la formation pratique des étudiants en HPCI pour la faculté de médecine et les écoles de sages-femmes et d'infirmiers ont été rénovées et équipées.

RESULTAT EN COURS

R 2.2. Le plan 2016-2020 sur la prévention et le contrôle des infections est mis en œuvre dans 3 hôpitaux centraux de Vientiane et 2 à 3 formations sanitaires en province.

La mise en œuvre dans les hôpitaux centraux a été dû être abandonnée pour diverses raisons dont des travaux de rénovation conséquents.

Le résultat le plus remarquable est que les 3 hôpitaux de province qui ont bénéficié du soutien de AOI deviennent des hôpitaux modèles et de référence en termes de PCI

- Développement et diffusion de supports de formation avec la cellule en charge de PCI au sein du ministère de la Santé ainsi que des formateurs nationaux en PCI,
- Formations pour les personnels des 3 hôpitaux.
- Audit en PCI sur les 3 hôpitaux
- Rénovation des 3 hôpitaux avec mise en place de PCI intégrée avec une salle de stérilisation centrale.
- Analyses et application de solutions techniques pour l'amélioration de la CPI dans les 3 formations sanitaires : mise en place de protocoles d'hygiène et de prévention des infections (lavage des mains, nettoyage des surfaces, nettoyage des locaux, traitement de l'instrumentation, tri des déchets).
- Redynamisation des Comités de PCI

EXCELLENT RESULTAT

R 2.3. Le contrôle des infections liées aux soins est amélioré dans les cabinets dentaires privés de Vientiane

Cette orientation vers des cabinets privés ayant été refusée par le Ministère de la santé, l'activité a été réorientée vers 3 hôpitaux de district incluant un cabinet dentaire cf Résultat 2.2

L'on peut quand même mentionner que grâce aux formations en PCI mises en place précédemment à la faculté dentaire, les jeunes dentistes qui sortent de l'université sont mieux qualifiés et la PCI dans leur cabinet devrait être améliorée.

RESULTAT PARTIEL NON EVALUE

Objectif spécifique 3 : Renforcer les compétences cadres de santé

R3.1 - Les compétences de l'ADL et des CHPCI dans 3 hôpitaux centraux et 2 hôpitaux de province sont renforcées et structurées

Dans un premier temps (cf rapport intermédiaire) formation à la PCI de membres de l'ADL et plaidoyer actif à propos des bonnes pratiques de l'HPCI.

Dans le cadre de R2.2 les compétences des cadres de santé des 3 hôpitaux de district ou des autorités sanitaires de district ont été renforcées ainsi que dans une moindre mesure celle de cadres de la province.

Le travail de concertation avec les partenaires impliqués dans la CPI au Laos : OMS, BAD, Lao-Lux, Institut Pasteur, Fondation Pierre Fabre contribue de manière plus globale à renforcer les compétences de PCI.

RESULTAT PARTIELLEMENT ATTEINT

R 3.2- Une unité de santé orale est effective au sein du ministère de la santé

Ce résultat est abandonné malgré des années de plaidoyer, la santé orale n'est toujours pas considérée comme une priorité et le ministère n'a toujours pas créé cette unité.

RESULTAT ABANDONNE

Annexe 2 Matrice d'évaluation

➤ Axe 1 Analyse des Résultats			
➤ Laos			
➤ Question Evaluatives	➤ Sous questions Evaluatives	➤ Sources d'information	➤ Méthode de collecte des données et outils
➤ Quel est le degré d'atteinte des objectifs spécifiques	Est-ce que l'ensemble des activités prévues ont été réalisées ? Quelles ont été les activités prévues et non réalisées ?	Rapport mis à disposition ➤ Entretiens (Voir liste contacts)	Revue littérature Entretiens semi structurés Analyse du suivi des indicateurs
➤ Analyse de résultats atteints en lien avec les indicateurs mentionnés dans le cadre logique du projet.	Y a-t-il eu des activités réalisées et non prévues initialement Quels résultats n'ont pas été atteints ? En quoi la contribution financière a-t-elle un impact ? Quels sont les points forts et faiblesses constatées ? Quelles en sont les raisons ? Quels ont été les facteurs externes limitant l'atteinte des résultats ? Quels sont les freins et les leviers à la mise en application de la PCI (tant sur le plan organisationnel, techniques que la formation des professionnel-le-s, les représentations psychosociales sur l'hygiène, l'environnement des formations sanitaires, problématiques de maintenance...) ?	➤ Focus Groupes Discussions	Groupes de Discussion Etudes de cas ➤
➤			
➤	Dans quelle mesure le projet a contribué à l'amélioration de l'enseignement en PCI au Laos à la faculté dentaire, de médecine et dans les écoles de sages-femmes et d'infirmier-e-s ? Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires ?		
➤ Madagascar			
➤ Question Evaluatives	➤ Sous questions Évaluatives	➤ Source d'information	➤ Méthode de collecte des données et outils

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quel est le degré d'atteinte des objectifs spécifiques 	<p>Est-ce que l'ensemble des activités prévues ont été réalisées ?</p> <p>Quelles ont été les activités prévues et non réalisées ?</p> <p>Quels résultats n'ont pas été atteints ?</p>	<p>Rapport mis à disposition</p> <p>Entretiens (Voir liste contacts)</p> <p>Focus Groupes Discussions</p>	<p>Revue littérature</p> <p>Entretiens semi structurés</p> <p>Analyse du suivi des indicateurs</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analyse de résultats atteints en lien avec les indicateurs mentionnés dans le cadre logique du document de 	<p>Dans quelle mesure la PCI a-t-elle eu une influence sur la fréquentation des CSB ?</p> <p>Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué à l'amélioration de l'enseignement (environnement, formation, etc.) en PCI à Madagascar à l'IOSTM ?</p>		<p>Analyse Focus Group</p> <p>Etudes de cas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ projet. 	<p>En quoi le programme a-t-il permis de soutenir une filière intégrée de fluoration et d'iodation du sel (de la production à la disponibilité pour les usagers) ?</p> <p>Quels ont été les freins et leviers observés pour chacune de ces étapes ?</p> <p>Quels sont les points forts et faiblesses constatées ?</p> <p>Quelles en sont les raisons ?</p> <p>Quels ont été les facteurs externes limitant l'atteinte des résultats ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤

➤ Axe 2 Analyse interpays Laos et Madagascar

➤ Question Evaluatives	➤ Sous questions Evaluatives	➤ Sources d'information	➤ Méthode de collecte des données et outils
➤ Quelles relations inter-pays ont été mis en œuvre ?	Quels sont les principaux moyens mis en œuvre pour dynamiser ces relations inter pays ?	Rapport mis à disposition	Revue littérature
➤ Quelles relations avec autres pays hors Laos et Madagascar? Brésil, Thaïlande ?	De quelle manière s'organise la dynamique AOI France-Laos- Madagascar ?	Entretiens (Voir liste contacts) Focus Groupes Discussions	Entretiens semi structurés Analyse du suivi des indicateurs Analyse Focus Group Etudes de cas
➤	Comment la stratégie d'intervention mise en œuvre à Madagascar a influencé la stratégie du Laos ?		➤
➤ Comment la stratégie d'intervention mise en œuvre dans un pays impacte-t-elle celle du second ?	Comment la stratégie mise en œuvre au Laos a influencé celle de Madagascar ?		➤
➤	Quels sont les prérequis à la mise en œuvre de ces échanges ?		
➤ En quoi les échanges de bonnes pratiques sont un atout pour chaque pays et dans quelles conditions ces échanges peuvent-ils exister ?	Pouvez-vous citer quelques bonnes pratiques et les leçons apprises au niveau de chaque pays ? Quels sont les mécanismes existants pour les interactions inter pays ?		

➤ Axe 3 Analyse Partenariat

➤ Laos

➤ Question Evaluatives

➤ Sous questions Evaluatives

➤ Sources d'information

➤ Méthode de collecte des données et outils

De quelle manière les dynamiques partenariales et les synergies ont-elles évolué ?

Quel est le niveau d'implication des acteurs locaux ? Quel est le niveau de la dynamique ? De quelle manière ? Comment ont-elles évoluées au cours de la phase 2 ?

Rapport mis à disposition
Entretiens (Voir liste contacts)
Focus Groupes Discussions

Revue littérature
Entretiens semi structurés
Analyse du suivi des indicateurs
Analyse Focus Groupes Discussion
Etudes de cas

Quelles ont été les différentes interactions ?

Comment ont été décidés et se définissent les mécanismes de concertation et d'échange ?

Quel est le degré d'implication des différents partenaires ?

Quelle a été la qualité de la participation des acteurs locaux ?

De quelle manière leurs expériences sont-elles valorisées ?

La démarche et les méthodes utilisées permettent-elles un renforcement de capacités des acteurs locaux : de quelle façon et pour quels acteurs ?

Quels sont les niveaux de compréhension des enjeux des différents partenaires? Comment peuvent-ils être améliorés ?

Quels freins partenariaux sont identifiables et comment peuvent-ils être levés ou contournés ?

Comment les normes internationales, en particulier celles de l'OMS sont-elles appropriées ? Sont-elles un levier de développement de l'action (CHPI,...) ? Quelles en sont les limites ?

➤ Axe 3 Analyse Partenariat

➤ Madagascar

➤ Question
Evaluatives

➤ Sous questions Evaluatives

➤ Sources
d'information

➤ Méthode
de
collecte
des
données et outils

De quelle manière les dynamiques partenariales et les synergies ont-elles évolué ?

Quel est le niveau d'implication des acteurs locaux ? Quel est le niveau de la dynamique ? De quelle manière ? Comment ont-elles évoluées au cours de la phase 2 ?

Comment ont été décidés et se définissent les mécanismes de concertation et d'échange ?

Quel est le degré d'implication des différents partenaires ?

Quelle a été la qualité de la participation des acteurs locaux ?

Quelles ont été les différentes interactions ?

De quelle manière leurs expériences sont-elles valorisées ?

Rapport mis à disposition

➤ Entretiens
(Voir liste contacts)

➤ Focus
Groupes
Discussions

➤ Revue littérature

➤ Entretiens semi structurés

➤ Analyse du suivi des indicateurs

➤ Analyse Focus Groupes Discussion

➤ Etudes de cas

-
-
-

➤ La démarche et les méthodes utilisées permettent-elles un renforcement de capacités des acteurs locaux : de quelle façon et pour quels acteurs ?

➤

➤ Quels sont les niveaux de compréhension des enjeux des différents partenaires? Comment peuvent-ils être améliorés ?

➤

➤ Quels freins partenariaux sont identifiables et comment peuvent-ils être levés ou contournés ?

➤

➤ Quel rôle a joué AOI Paris dans la dynamique partenariale de Madagascar ?

➤

➤ Quelles leçons peuvent être apprises du partenariat avec le projet PASSOBA/UE ?

➤

➤ Dans quelle mesure le turn-over est un frein à la pérennité du projet ? et quels seraient les solutions pour en diminuer l'impact ?

➤

- Quel est le niveau d'engagement des partenaires publics et privés dans le cadre de ce projet ? Quelles sont les limites des partenariats publics / privés ? Quelles en sont les leviers et les avantages ?
-
- Quelles sont les limites en termes de partenariat et quels sont les stratégies pour remédier à ces limites ?

➤ Axe 4 Analyse Transversale Globale

➤ Laos et Madagascar

➤ Question Evaluatives

➤ Sous questions Evaluatives

➤ Sources d'information

➤ Méthode de collecte des données et outils

Quels sont les éléments à prendre en compte pour la transférabilité du projet ?

Quels sont les fonctions clés du projet transférables/ répliquables ? Sous quelles conditions ?

➤ Rapport mis à disposition

➤ Revue littérature

Quels sont les éléments à prendre en compte pour la pérennité du projet ?

Quels sont les facteurs indispensables et facilitant la mise en œuvre/ répllication dans un autre pays ?

➤ Entretiens (Voir liste contacts)

➤ Entretiens semi structurés

Quel est le niveau de reproductibilité des actions mises en œuvre ?

Quels sont les facteurs liés au contexte à prendre en considération avant déploiement?

➤ Focus Groupes Discussions

➤ Analyse du suivi des indicateurs

Quel est le niveau d'adaptation des stratégies mises en œuvre ?

Quels sont les points forts et faibles des stratégies d'intervention (Coeff/ressources / Bureau AOI) de chaque pays ?

➤ Analyse Focus Groupes Discussion

Dans quelle mesure répondent-elles aux difficultés liées au contexte ?

➤ Etudes de cas

➤ De quelle manière peut être répliquée l'approche réseau ?

Quels sont les critères de sélection des lieux /zones d'intervention ? Quels devraient être les prérequis au déploiement ?

➤

Dans quelle mesure, certains écueils sont identifiables en début de projet ? Comment les prendre en compte dans la stratégie d'intervention ?

➤

Dans quelle mesure le turn-over est-il un frein à la pérennité du projet ? et quels seraient les solutions pour en diminuer l'impact ?

Quel est le degré d'implication nécessaire des partenaires clés identifiés pour le déploiement ?

Quels sont les capacités techniques et financières des autorités sanitaires à prendre le relais ?

Quelle est la volonté politique des autorités sanitaires à prendre le relais ?

Quels sont les éléments permettant de confirmer l'appropriation de l'approche par les acteurs, partenaires et bénéficiaires ?

Quelle est la durabilité du projet après le financement externe (capacités institutionnelles, viabilité financière et technique, etc.).

Dans quelle mesure l'approche Genre peut elle être améliorée dans le cadre d'une troisième phase ?

Sur la base des sous questions précédentes, quels sont les principaux axes à prioriser dans le cadre d'une troisième phase ?

Annexe 3 : Exemple de guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN : PARTENAIRES INSTITUTIONNELS LAOS

Présentation de l'évaluation

Nous vous remercions de nous accorder du temps, pour conduire avec vos différents services une évaluation de la 2^{ème} phase du projet de AOI conduit depuis 2017 avec le soutien de l'AFD.

L'évaluation porte sur 4 grands points, les résultats, le partenariat, la transférabilité et la pérennité ainsi que l'apport des échanges intra ou inter pays concernant les 3 axes stratégiques du projet (Fluoration / PCI / renforcement des cadres)

1. Atteinte des résultats : points fort/faibles, leviers/freins, etc.

Nous allons dans un premier temps questionner votre appréciation des résultats que vous avez obtenus dans le partenariat avec AOI

Quels sont :

- Les améliorations / les changements observés
- Les points forts
- Les points faibles
- Les leviers
- Les défis obstacles ou freins.
-
- Est-ce que l'ensemble des activités prévues ont été réalisées ?
- Quelles ont été les activités prévues et non réalisées ?
- Y a-t-il eu des activités réalisées et non prévues initialement ?
- Est-ce que la mise en œuvre des différentes activités a permis globalement de répondre aux besoins identifiés et à la demande exprimée ?
- Est-ce que le travail de facilitation a été adéquat
- Etes-vous satisfaits dans ce que vous avez pu réaliser appuyés par AOI
- Que peut-on dire que la promotion de dentifrice fluorés ?
- Quels sont les besoins éventuels, ...
-

2. Analyse du partenariat dans la mise en œuvre du projet

Nous souhaitons mieux connaître et comprendre **comment s'est mis en place le partenariat avec AOI.**

- Les partenariats développés pour la mise en œuvre des activités ont-ils été clairement définis, pertinents et efficaces ?
- Est-ce que l'approche développée s'inscrit dans le cadre des politiques de santé au Laos ? De quelle manière ?
- Quelle a été la participation des acteurs gouvernementaux à différents niveaux durant les différentes phases de mise en œuvre ?

- Quelle a été l'implication d'AOI avec les différents services du MOH pour mener à bien ces projets?
- Quels ont été les des mécanismes de concertation et d'échange ?
- La démarche et les méthodes ont-elles permis un renforcement de capacités des acteurs locaux : de quelle façon et pour quels acteurs ?
- Quelles capacités ont été renforcées ?
- Qu'en est-il des relations entre cellule PCI du ministère et les différents départements et facultés ?
- En résumé qu'est ce qui a marché pour vous dans le partenariat apporté par AOI/ qu'est ce qui ne marche pas

3. Contribution des échanges intra et inter-pays dans l'évolution du programme

- Dans quelle mesure le programme a permis le renforcement des réseaux et des synergies entre acteurs au niveau national concernant la PCI ?
- Qu'apporte la démarche inter pays proposée par AOI ?
- Au niveau international quelles relations inter-pays ont été mises en œuvre ?
- Le projet était aussi mis en œuvre à Madagascar estimez- vous que la stratégie mise en œuvre au Laos doit aussi à ce qui se fait à Madagascar ?
- Comment de tels échanges peuvent-ils persister ?
- Points forts et points faibles des échanges avec la Thaïlande

4. Perspectives : facteur de transférabilité et de pérennité du projet

- Quelle est la qualité de préparation/transfert de compétences des différents acteurs concernés pour assurer la continuation de la mise en œuvre de l'approche ?
- Est-ce que le programme a permis la mise en place d'un processus de M&E partagé ?
- Est-ce que les résultats issus du suivi ont-ils été pris en compte dans la mise en œuvre des activités ?
- Est-ce que les leçons apprises ont été collectées et diffusées ? par qui ?
- Quels sont les éléments permettant de confirmer l'appropriation de l'approche par les autorités sanitaires, les acteurs, partenaires ou les bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure le turn-over est-il un frein à la pérennité du projet ? et quels seraient les solutions pour en diminuer l'impact ?
- Quelle est la durabilité du projet en termes de capacités institutionnelles (universités, départements provinciaux ou districts...), quelle est la viabilité financière et technique concernant le maintien de la qualité de la PCI dans les hôpitaux ?
- Que faut-il pour pérenniser le projet sans appui AOI ?
- Quelles sont les capacités techniques et financières des autorités sanitaires à prendre le relais ?
- Quel degré d'implication du Ministère de la santé est envisageable après le programme ?
- Quelle est la volonté politique des autorités sanitaires à prendre le relais ?
-

5. Conclusion : Recommandations pour l'application dans d'autres contextes

Quelle est votre appréciation globale concernant les supports reçus quant à l'amélioration de la qualité des soins en général et plus spécifiquement la prévention des infections?

- Ce qui reste à faire ou améliorer ?
- Ce que vous souhaitez ou ne souhaitez pas
- Quelles recommandations pour l'application dans d'autres contextes ?
- Quelles sont les conditions pour la reproduction dans d'autres districts ? les principaux défis et les éléments porteurs ?
- Quels sont les critères de sélection des lieux /zones d'intervention ? Quels devraient être les prérequis au déploiement ? Quels sont les facteurs liés au contexte à prendre en considération avant déploiement? Ou Quels sont les facteurs contextuels à intégrer ?
- Quels sont les principaux défis et les éléments porteurs ?

Annexe 4 : Entretiens menés au cours de cette évaluation à Madagascar

Institution/partenaires	Interviewé – fonction	Date	Durée/langue
ASCQDA	M. Toussaint – Laborantin ACSQDA	12/05/2020	45min/Malgache
AOI	1- Mme Laetitia RAZAFIMAMONJY Chef de projet Coordonnateur de Projets		132min/Malgache
	2- Dr Orelys RATSIRAHONANA Chargé de volet santé		
OMS Genève	Benoit Varenne	02/06/2021	1h / Français
Bleu sel Consultant	Michel Martuchou – Salins du Midi – consultant indépendant	17/05 27/05/2021	et 40min / Français
Ambassade de France	Mme Charlotte DENZE	01/06/2021	
Unicef	Marie Claude - En charge de la nutrition à l'UNICEF Mada depuis 3 ans Brakotomalala – Spécialiste en nutrition Lahatrinaiana – Appui projet sel iodé	20/05/2021	1h30 / Français
DLMNT	Dr Vincent Rakotoarison		82min/Malgache
AOI	François Courtel	27/05/2021	1h15 / Français
Université de ?	Jaime Curry (+ Cynthia et Pedro – ne connaît pas leur nom)	02/06/2021	1h / anglais
AOI	Pierre Jahan – Référent technique	26/05/2021	1h40 / Français
AOI	Christophe Herrand – coordinateur Madagascar / chirurgien dentiste en France	11/06/2021	1h10 / Français
MSP	Dr Eva RANIVOARILANTO (Ex – Chef SSOABD) Vice-présidente ONOS	11/05/2021	90mn /Malgache
SSOABD	Dr Hérédia RAZAFINDRAMBOHO		90mn/Malgache
Producteur de sel	Juanita Befeno Directeur	17/05/2021	92mn/Malgache
CHRD Arivonimamo	DR ANDRY	18/05/2021	82mn/Malgache

Service Nutrition	Médecin Chef Durée de l'entretien 70 mn 1-Dr Blandine RAVELOARISOA Chef de Service	18/05/2021	120 mn/Malgache
	2- Mr Delphin RAKOTONIRINA Responsable du laboratoire		
	3- Mr Toussaint RANDRIANTSARA Responsable au laboratoire (analyse des dentifrices, analyse du sel)		
AFD	Mr Tojo RAZAFINDRAKOTO Mme Lucie MICHEL	18/05/2021	30mn/Français
CSB 2 Andravola District Ambatolampy	Mr Marolahy RANDRIANJAFY	19/05/2021	55min/Malgache
CHRD Arivonimamo	Dr Patricia ANDRIAMIRADO : Ex- Chef CHRD Arivonimamo Formatrice en PCI pour l'AOI	20/05/2021	70min/Malgache
Service du district Ambatolampy	Dr Beby RAZAFIMAMONJY - Médecin Inspecteur Ambatolampy	20/05/2021	60 min/Malgache
DRSP	Dr RABENIRINA Mamitiana Pierre Directeur régional de la santé publique (DRSP) Vakinankaratra	22/05/2021	/Malgache

Annexe 4 : Listes des entretiens menés au Laos au cours de cette évaluation

Institution/partenaires	Interviewé	Date	Durée/langue
ADL	Vice-présidents ADL depuis 2010 : Dr Sengphouvanh Ngonphady ass professor, former dean de la fac dentaire 2004-2018 Dr Alounyadeth, ancien vice president UHS (2003-2017)	02/06/2021	35 min / français - Lao
Architecte-consultant AOI	M. Veerasack	11/05/2021	1h / Anglais - Lao
AFD	Mr Khonesavanh : Chargé de projet AFD	12/05/2021	35min / Français
Technicien fourniture matériel médical	Michael Benguigui	25/05/2021	1h / Français
Lux-Aid	Franck Hagerman Directeur	08/05/2021	1h30 / Français
Fondation Fabre	Adélaïde Soulard, Pharmacienne, chef de projets	18/05/2021	50min / Français
OMS	Atsushi SAMURA, MD, MPH, Technical Officer Antimicrobial Resistance (AMR) Florence KATHURIMA, UNV in charge of IPC	10/05/2021	1h30 / Anglais
AOI Admin	Manithong	15/05/2021	1h10 / Lao – Anglais
AOI Field officer Nurse	Mrs Somvang	08/05/2021	1h40 / Lao - Anglais
AOI experte PCI	Mme Phengdy	07/05/2021	1h30 / Lao
AOI responsable pays	Lola	7 – 14 – 24 – 28/05/2021	5h en tout
Fac Dentaire	Dr Bounyong doyen fac dentiste	14/05/2021	1h15 / Lao – Français - Anglais
	Dr Somphone Vice doyen faculté de dentistes	21/05/2021	50min / Lao
Visite de la fac dentaire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr F khmabay khamavngsa vice doyen relation internationales 2. Dr bouhin ladtasamphou vice doyen clinique 3. Dr bouyahing directeur clinique dentiste 4. Dr sibvsya phonmahasay chef de la clinique 5. Dr F Sinha responsable salle de désinfection a participé à la formation 	27/05/2021	

	6. Dr Soulideth Inthakorn interim de clinic restaurative		
Fac de médecine	Dr Alongkhone Phengsavanh vice doyen, en charge des affaires académiques	12/05/2021	75min / Lao, Anglais, Français
	Dr Soulisack Vice doyen, en charge des étudiants	17/05/2021	60 min/français
	Prof Phouvang vice dean	19/05/2021	/ Lao
	Prof Maiphong	24/05/2021	1h / Anglais
Visite fac de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Phouvang Sengmeuang, • Dr.Thavone Chantasone,vice doyen IPC focal points of faculty graduate level • Dr Houa khao • Dr Vimala • Dr Sisana • Dr Radavaone • Dr ketmany chef admin (F) 	27/05/2021	1h45
Trainers MOH	Phiengdavone Sysoulath, Phouangphet Vongphakdy, Bouavanh Pathomthong	02/06/2021	
FSI	Dr Anousone Sisoulath vice doyenne	12/05/2021	75min / Lao - Anglais
	Visite de la FSI :	25/05/2021	40min / Lao
	Mr Souksavanh Doyen Administartion teaching		
	Mr Mone vice doyen academic affairs		
	Mr Somvan Phimasone –lab community nursing first aid		
	Co prof Souphavalath Sikotchounlamany (infirmière)		
	Assist prof khampouxay (sage-femme)		
Xaythani hospital	Dr Vilayvieng, vice directrice hospital F	08/06/21	
	Dr Daovy, directrice hospital Xaythany F		
	Dr Soulikorn chef administrative/personnel M		
	Daovy chef nurse F		
	Dr Bounthien vice directeur chargé des soins M		
	Lamthong lab F		

Dr F dentiste
 M comptable
 Mere enfants F
 Nurse Phongsavang
 desinfecton 2px
 Femme de menage
 Vilayphobe F

MOH	Mme Viengsavanh MOH, directrice division infirmières et sages femmes ; unité PCI	11/05/2021	70 min / Lao
Province	V1 Dr Phaphone - VTE capitale Province technical officer - chef du service des soins curatifs	17/05/2021	70min / Lao
Hatsayphong District	Dr Bounmalay - Director DHO Hatsayphong district	18/05/2021	70min / Lao
	Dr Manikhone (mrs) - director of the hospital		
Hop Hatxayphong	4 F / 1H : Dentiste, Labo, Reception, Médecins	10/06/2021	Visite
Xaythani District	Dr Vilayvieng (F) Vice Directrice santé hopital communautaire district Xaythani, coordinatrice avec AOI depuis le début 2018	19/05/2021	70 min / Lao
Naxaythong District	D r Khamphane Directeur DHO Naxaythong	19/05/2021	90 min / Lao
Hop Naxaythong	15F / 3H	11/06/2021	Visite

Annexe 5: Etude de cas Hôpital communautaire Naxaythong

Préambule : Concernant les études de cas, beaucoup d'éléments ont déjà été intégrés dans l'analyse. Les études de cas reprises ci-dessous reprennent essentiellement les discours.

Résultats

✓ Observation (plans de l'hôpital avant/après non fourni)

Les bâtiments ont été entièrement repeints, les circuits électriques, d'arrivée d'eau et d'écoulement réadaptés. Le travail s'est réalisé repensant ce qui existait pour conserver ce qui était possible.

Les travaux ont partiellement été financé par les fonds de la santé de la Province et réalisé par une autre entreprise que celle sélectionné par AOI (ex : sols). Notons que ces travaux ont été réalisés sans l'expertise de l'architecte spécialiste des hôpitaux et semblent présenter quelques défauts.

Il existe des éléments objectivant la mise en place de ces procédures :

- Tableau de répartition des tâches, Tableau pour les médecins incluant les tâches quotidiennes à réaliser
- Etagère distinctes pour le stockage des médicaments
- Lavage des mains effectifs avant les soins et les contacts patients
- Flèches pour indiquer les directions aux patients
- Serviettes de différentes couleurs pour les différents usages

✓ Évolution des pratiques de PCI

Tous les personnels témoignent de l'évolution radicale des pratiques de PCI : des circuits de stérilisation ont été instaurés, une chaîne de stérilisation existe (gestion, stockage et distribution des instruments), mais aussi en terme de pratique individuelle des personnels de santé.

Les travaux entrepris sous l'expertise d'un architecte ont été défini avec l'équipe assurant une parfaite adéquation au contexte de travail et une véritable ergonomie de la chaîne de PCI qui englobe tous les services.

Les changements au sein des équipes observés et relatés sont notables : esprit de solutions, travail d'équipe, définition des rôles et responsabilisation, désir de respecter les consignes et d'assurer une sécurité sanitaire.

La bonne application des protocoles et règles de PCI est assurée par l'esprit d'équipe et la discipline à la fois individuelle et collective qui repose sur l'engagement de chacun dans le groupe. Cette dynamique est nécessaire à la poursuite des changements, qui seront aussi récompensés par différents honneurs par les autorités dans le système d'émulation collective propre au pays.

Les éléments nécessaires à l'application de la PCI (protocoles, matériel, locaux, ...) sont installés, on pourrait imaginer quelques posters en plus ou des vidéos dans la salle d'attente.

Le contexte pandémique a complexifié les procédures de prévention des infections. De plus, certains personnels sont désormais assignés aux vaccinations, l'hôpital connaît moins de fréquentation, certains personnels ont également été testés positifs et l'hôpital a un temps fonctionné au ralenti. Mais ce contexte a renforcé la nécessité et la compréhension des enjeux de l'action.

EN BREF : infrastructures



- ❖ Rénovation de bâtiments et salles (sols, plafonds, murs, cloisons, fenêtres etc,,)
- ❖ Mise aux normes de toute la chaîne de stérilisation et respect des procédures d'hygiène
- ❖ Unité centrale de stérilisation gérée par personnel formé et affecté à cette tâche
- ❖ Salles et matériels adaptés au contexte, à partir de l'existant
- ❖ Stérilisation effective et aux normes
- ❖ Furniture et formation à la gestion et à l'entretien du matériel

- ❖ Mobilier adapté et aménagement du petit matériel ex: corbeilles pour médicaments
- ❖ Effet d'attraction visible selon les personnels : Augmentation de la fréquentation des usagers (non évaluée à ce jour à cause du COVID)

En BREF : dynamique du Personnel

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formations des personnels qui sont appréciées et valorisées ▪ Evaluation positive des changements en PCI ▪ Meilleures connaissances et responsabilisation de chacun, Changement d'attitude et de comportement en termes d'hygiène, d'équipements de protection et de stérilisation des matériels ▪ Constitution des équipes et répartition des rôles effectifs ▪ Motivation des personnels de santé et engagement enthousiaste rapporté par tous y compris la direction (réduction des absences et présences de plus longue durée) ▪ Prise de conscience des enjeux aussi bien en terme de maladies professionnelles (sécurité professionnelle) que pour les patients (réduction des risques d'infection nosocomiale)
--

Difficultés rencontrées

Les personnels sont enthousiastes et ne rapportent pas de difficultés majeures. Le processus de changement est apprécié, et progressivement, chacun comprend l'enjeu et respecte la discipline individuelle et collective nécessaire. Toutefois, quelques points de vigilance restent à noter :

- Le COVID a entraîné des retards dans l'avancement du projet
- Tous les matériels souhaités ne sont pas encore disponibles
- L'amélioration des pratiques de PCI a entraîné une augmentation de la fréquentation. En période d'affluence, les personnels rapportent un manque de matériel pour assurer la rotation
- Tous les personnels ne sont pas encore formés
- Il existe un turn-over important chez les personnels d'entretien qui nécessite un transfert des procédures acquises
- Les procédures de maintenance et contrôle des autoclaves sont mises en place mais nécessite d'être vérifiées. Cela implique l'utilisation de rubans tests et de surveillance des durées de cycle, ce qui ne semble pas être toujours réalisé rigoureusement
- Un problème relatif à l'autoclave (trop petit, souvent en panne et peu fiable, qui devait être changé mais cela tarde) a été rapporté depuis l'entretien initial, cela est source de stress et de mise en jeu de la relation de partenariat avec AOI, comme si elle ne respectait pas son engagement.

Partenariats

Deux missions ont été organisées en février et avril 2019 afin d'évaluer et de programmer les changements. L'équipe AOI a participé à toutes les étapes de la préparation avec les autorités locales et certains cadres de la santé de Vientiane.

La mise en œuvre s'est faite progressivement à travers un état des lieux conjoint, des réunions qui ont permis de définir une feuille de route et un plan d'action scellés par l'agrément de novembre 2019 entre l'AOI et la direction de l'hôpital. Cet agrément est un élément capital du dossier de MoU signé avec le Ministère de la santé.

La démarche est partie de l'évaluation et de l'expression des besoins pour définir une réponse collective en fonction des objectifs fixés.

Ce projet s'est intégré à la démarche d'amélioration de la qualité des soins de l'hôpital appuyée par une expertise technique extérieure apportée par AOI. Elle s'est inscrite en synergie avec des améliorations tout aussi notables financées par les autorités de santé de la province afin que l'hôpital devienne un modèle en termes de PCI.

La cellule PCI du ministère est impliquée dans le projet depuis le début et a permis une intégration dans les objectifs nationaux. Les formations dispensées relèvent de cette cellule et de leurs formateurs. Il est à noter que ces formateurs ne sont impliqués dans le processus qu'au moment de définir qui se chargera

de quel thème, mais pas dans l'évaluation des besoins en formation, ni dans l'évaluation des pratiques, ce qui permettrait ici une meilleure appropriation.

Points forts :

- Approche AOI: ne pas se substituer, accompagner mais sans intervenir directement, autonomie des partenaires
- Evaluation de situations en début qui lance la dynamique avec les hôpitaux
- Ancrages locaux forts (districts) et sans entremissions des niveaux supérieurs permet d'assurer une meilleure pérennité face aux changements dans la hiérarchie et aussi plus de latitude ou flexibilité quand le projet est bien validé en amont et que la confiance règne.
- Accompagnement des partenaires sur la mise en œuvre par exemple on ne fait pas que donner le matériel on apprend à l'utiliser et le réparer localement.

Points de vigilance :

- Plans d'activités parfois non respectés
- Les évaluations finales n'ont pas été partagées faute de temps des équipes AOI, les personnels aimeraient les connaître, comme un retour sur leur investissement.
- Les acteurs gouvernementaux participent activement à la mise en œuvre du projet au niveau local, mais plus on monte dans la pyramide sanitaire, moins ils sont présents.
- Travaux engagés par hôpitaux décalés et pas forcément bien harmonisés, erreurs de rénovation car les hôpitaux n'ont pas ou ne respectent pas conseils techniques (non AOI)

L'hôpital reste maître d'œuvre dans tout le processus, qui est appuyé par l'AOI :

« On a des plans mensuels car AOI a un plan et ensemble on voit par exemple pour achats de matériel stériliseurs poubelles armoires serviettes, on propose d'abord à l'hôpital d'acheter et si l'hôpital ne peut pas on demande à AOI. C'est la direction qui décide la priorité et on va voir qui va acheter. Pour réparer, les plans et le design sont faits par AOI mais le staff peut donner des idées et après sont approuvés par l'hôpital avec la contribution de l'entreprise et du département provincial de la santé. C'est une bonne relation, tout va bien on fait les plans et on a pu suivre les plans mais on ne peut pas tout faire. »

Intrapays

La démarche intrapays se décline de différentes manières toutes autant positives :

- Visite par personnels de Naxaythong de l'hôpital provincial et d'hôpitaux de districts qui ont été renoués et mis aux normes de PCI
- Rencontre entre les 3 hôpitaux qui ont bénéficié de l'aide et contacts maintenus par un groupe WhatsApp
- Visite de l'hôpital de Naxaythong par les enseignants de PCI de l'université des sciences de la santé
- Enfin les personnels projettent l'hôpital comme étant un modèle de PCI pour le pays et fort de leur expérience pensent non seulement opérer une mise à niveau des dispensaires dépendant de l'hôpital mais aussi accueillir des collègues d'autres d'hôpitaux qui seraient désireux de reproduire le modèle.

Transférabilité

La transférabilité à d'autres hôpitaux de la province de Vientiane mais aussi des autres provinces est évoquée par les cadres de santé. Elle repose toutefois sur une préalable étude des lieux et des infrastructures et du contexte humain en termes de qualification et motivation.

Comme hôpitaux de référence concernant la sécurité des soins, les équipes sont prêtes à partager leur expérience et souhaitent commencer par améliorer la PCI dans les dispensaires dépendant de l'hôpital, une première formation de PCI prévue ces mois-ci n'a pas pu être mise en place à cause du COVID mais le contenu est prêt ainsi que les organigrammes et la programmation. Les services de santé de la province pourraient allouer des budgets à cet effet car la situation est variable selon la catégorie de CS, peut nécessiter investissements en structure et en personnel assez importants, et est envisagée comme un accompagnement de l'hôpital.

Pérennité

➤ Pérennité financière

Nous ne savons pas si le coût total mensuel et annuel a été estimé mais la mise en place du nouveau système lié à l'hygiène devrait engendrer des coûts supplémentaires concernant : l'achat de savons liquide, scotch test de stérilisation, renouvellement de tissus, produit de nettoyage et désinfection des surfaces entre les patients...

La direction comme le service comptable sont confiants sur la capacité de l'hôpital de répondre à ces coûts.

La mise en place d'un système de maintenance effectif est également un élément important pour améliorer la sécurité des soins. Certaines actions de maintenance ne nécessiteront pas de coût supplémentaire, mais les plus sérieuses nécessiteront un budget spécifique qui peut parfois poser problème même si les personnes concernées semblent confiantes dans la possibilité de trouver une solution en ayant peut être recours au mécénat privé.



➤ Pérennité des Ressources humaines

- Renforcement de la motivation par une direction avec un fort leadership et qui assure une gestion structurée mais hiérarchisée de la dynamique de PCI, complétée par une gestion collégiale et une prise de décision souvent collective
- Partage et description précise des tâches de PCI avec organigramme des personnels concernés et leurs fonctions
- Stimulation du sentiment d'équipe pour PCI mais fracturation en plusieurs sous équipes et sous responsables qui ne communiquent pas toujours au mieux entre eux, faute de réunion de comité PCI
- Réunions d'échanges sur la pratique de PCI entre personnels de manière plutôt informelle et dans le cadre de réunions hebdomadaires
- Quelques documents écrits dont certains en cours de rédaction par le personnel mais les autres ne sont pas toujours informés de ce que leurs collègues ont écrit
- Groupes WhatsApp PCI dans chaque hôpital et entre les hôpitaux pour l'échanges de pratiques et la recherche de solution aux problèmes rencontrés



➤ Pérennité des ressources et gestion du turn-over

Le suivi organisé par AOI a été apprécié

« Pour le Suivi du ministère, on nous dit seulement on a fait faux mais pas d'explication et pas de réponse mais avec le suivi AOI c'est différent car on nous forme et on trouve la solution ensemble. »

L'équipe a différents formulaires d'évaluation donc ceux ramenés de l'hôpital de Nongkhai qui recouvrent plusieurs champs, l'état des lieux comme les comportements mais rien sur les connaissances. Les personnels signalent la nécessité de la prise en main du suivi évaluation par eux-mêmes mais aussi par les autorités du district ou de la province pour avoir un regard extérieur. L'évaluation de Mme Phengdy a été conduite avant le nouvel an Lao (Mi Avril) et n'a pas été suivie de retour à cause du COVID , ce dont certains personnels se sont plaints (ce qui est fort rare ici).

« On a vu une forme avec des niveaux de notation et elle coche. Elle nous interview et elle s'en va on ne sait rien même la direction on doit savoir. On a besoin de s'en servir nous-même. Ici on essaie de faire mais on n'a pas de forme. »

« En ce moment on fonctionne et on ne connaît pas le résultat. »

Une personne de l'équipe dit avoir un formulaire qui n'a pas encore été partagé car il est en cours de finition :

« Nous devons développer formulaires pour utiliser dans chaque département, cela fait partie du comité mais les rôles répartis, nous avons reçu un formulaire mais on doit le développer et demander l'avis du chef avant de l'utiliser. »

➤ **Éléments montrant l'appropriation**

➤

Témoignage des personnels

« On a mis des personnes responsables à la suite de la formation, des experts locaux sont formés et donc on peut continuer car ils deviennent formateurs pour les autres, on a prévu, deux fois par an avec une stratégie pour expliquer aux autres la PCI et les autres activités et une personne est responsable dans chaque section. »

« On a défini les comités PCI avec tous les départements, nous avons beaucoup de participants et responsables, normalement on se réunit une fois par mois mais pas maintenant avec le covid (en fait depuis le covid 2019 pas de réunion). Toutefois on parle de PCI dans les autres comités comme celui des infirmières ou bien de 5 S qui existe normalement 2x par an et on va en faire fin juin jour le big cleaning et l'évaluation de chaque section. En ce moment la personne qui coordonnait PCI est partie pour 2 ans pour étudier un niveau de licence (graduation) et on ne trouve pas encore la personne pour la remplacer mais peut-être ce matin on a trouvé. »

Annexe 6 : Etude de cas Faculté de Médecine et Faculté des sciences infirmières

Résultats des actions engagées avec les facultés

Objectifs

- Introduction et valorisation de la PCI comme Matière enseignée et reconnue avec des unités/crédits d'enseignement
- Mise à jour ou développement de nouveaux curricula en lien avec les connaissances actuelles
-
- ➔ Satisfaction générale et compréhension des enjeux
- « Très satisfaits surtout pour le lab, mais pour les enseignements ceci est encore à finaliser »
- « Projet très utile et très important pour les profs on a vraiment des résultats tangibles et utilisables »

« Maintenant c'est plus facile pour enseigner avec le labo qui est plus propre et on donne des cours et forme pour l'hôpital. »

Observations

Dans les deux salles rénovées, on note la présence des éléments nécessaires à l'application de la PCI et les protocoles d'utilisation ont été développés ou sont en cours.

Ces salles n'ont pas encore été utilisées pour la formation PCI en tant que telle mais celle de la FSI a connu quelques grands groupes d'étudiants comme noté dans le cahier de consigne des utilisateurs.

Certains instruments ont aussi été empruntés à la salle de la FSI mais la tenue du cahier n'est pas exemplaire.

La salle de la faculté de médecine elle n'a été utilisée que pour la formation début 2020, elle apparaît relativement vide en l'absence de lits et de mannequins.

FM Salle de pratique ou « lab »

« Pour la salle encore beaucoup reste à faire ce n'est qu'un premier pas. Cela a répondu en partie aux attentes car on se rend compte que on doit encore y travailler ou y investir pour pouvoir l'utiliser car elle est vide. Il n'y a pas de liste formelle de ce dont on a besoin et il manque beaucoup de choses on le sent mais on ne le sait pas exactement car il faut écrire les leçons et on saura ce dont on a besoin. »

« Il y a très très peu de choses dans la salle et dans l'armoire ce qui reste après le workshop il y a ce qui reste en fait comme du gel du savon des boîtes pour déchet des masques et le gros problème pas de mannequin »

« AOI devait fournir poupee et lits mais pas encore. »

FM formation des enseignants de PCI

- « Les formés ne savent pas encore quelles sont les leçons après la formation personne ne peut enseigner directement car ce n'était pas une formation de formateurs, ils n'ont pas de liste de leçons et on n'a pas assez d'informations »
- « Pour les leçons pas de modèles et pas de liens entre les formations et les leçons des enseignements à donner »
- « L'on doit améliorer la démonstration de PCI qui n'est pas assez développée »
- « Quand on a été formés on avait des petits matériels comme appareils de protection et de démonstration mais il n'y a pas assez dans la salle de lab. »
- « Si on fait on doit faire vraiment on ne peut pas faire sans en parlant uniquement . Par exemple mettre la blouse et la coiffe ou les gants. »

➤

FSI enseignement et salle

« La qualité des enseignements souffre du manque pas de critères ou de standards approuvés donc ce que l'on doit améliorer, c'est les personnels et les capacités des enseignants mais on doit voir encore état des lieux des

outils, manuels et documents seulement en Anglais et en Thai. AOI a aidé à améliorer mais faut avoir indicateur sur la qualité avec des standards. »

- Manuel du Ministère de TOT en PCI connu mais pas utilisé à FNS comme tel car pas encore rencontré département curatif MOH qui pourrait donner un appui technique.
- Salle de lab utilisée mais pas encore pour tous enseignements et il manque un peu de matériel et surtout de lieux de rangement.
- « Concernant le cours de PCI la formation initiale de 5 jours est trop courte car les enseignants ne sont pas encore au niveau de formateurs eux-mêmes. Il faut préparer 32 heures de théorie et pratique On commence à le pratiquer on a envoyé à UHS un modèle et on veut continuer dans l'année scolaire qui va commencer. On n'a pas encore commencé à travailler les cours mais commencé les pratiques dans la salle de lab. »
- Manque de système complet d'évaluation des cours

Difficultés rencontrées



- Retard chronique dans l'avancement: les personnels universitaires sont déjà très occupés et n'ont ni le temps ni les compétences pour préparer des curriculums de PCI sans appui externe.

D'autres organisations²⁹ sur des délais de même ordre, financent les développements de cours selon les normes du Ministère de la santé. La démarche AOI ne s'inscrit pas dans ce type de financement.

Pour ce type de formation qui n'est pas diplômante, (à la différence de diplômes professionnels qui se traduisent par une promotion indiciariaire pour les personnels du ministère de la santé), il n'est pas impossible d'obtenir un financement du Ministère de la santé à la condition que cette formation ait été prévue et intégré dans le plan de budget pluriannuel de l'USS, ce qui ne fut pas le cas pour la PCI.

- Difficulté de nommer des responsables en médecine suite à des remaniements internes
- **Les enseignants formés ne sont pas des formateurs en PCI**, besoin de développer la pédagogie en plus des compétences techniques. Cela faisait partie des besoins identifiés en réunion initiale, mais la crise COVID n'a pas permis la formation technique pédagogique prévue.
- **La PCI pour les médecins est confrontée à des obstacles d'ordre socio culturel qui deviennent professionnels**, ils ont l'habitude que les infirmières soient à leur service et donc se déchargent sur elles facilement de ces tâches ce d'autant plus que la PCI relève du ménage de l'hygiène tâches traditionnellement dévolues aux femmes Cette situation change avec la modernité et la dominance de femmes dans ces corps de métier.

Compréhension des enjeux de santé

« Chaque année nous avons beaucoup de patients qui développent des maladies nosocomiales les malades et aussi les soignants donc renforcer la PCI permet de répondre à ce soucis »

« L'approche a très bien répondu aux besoins du pays surtout en temps de covid où on peut mettre en œuvre directement dans les hôpitaux. Avec le COVID on voit plus que jamais l'importance de la PCI aussi les autorités de santé vont appuyer des formations je suis confiant dans l'avenir de la PCI car cela correspond très bien aux besoins du moment »

Ces curricula nécessitent d'être expérimentés en étant confrontés aux différentes situations de travail, développés au Laos par des experts locaux, ils sont dits comme étant bien adéquat au contexte de travail. La faculté de médecine se propose toutefois de pointer la PCI et de faire un rappel bref mais spécifique dans chacune des spécialités enseignées.

« Le contenu correspond bien aux besoins et aux attentes, parfois des pays étrangers amènent des techniques toutes nouvelles pour enseigner mais parfois difficile à appliquer car nous n'avons pas les matériaux et c est basé sur les conditions ici mais pour la PCI avec formateurs laotiens les savoirs et savoirs faire sont renforcés ».

Partenariats

²⁹ Fred Hollow Foundation, eyes health, Fondation Fabre, PSI... environ 4000\$ pour un curriculum

Les modalités de mise en œuvre reposent sur des réunions et discussions, suivies d'établissement de feuille de route et plans d'actions.

« AOI a travaillé avec nous avec une bonne méthode car part des besoins réels et avec une bonne analyse initiale ceci est une bonne méthode pour le moment. Dans l'avenir il y aura peut être changement mais cela est une bonne méthode pour nous »

A l'image des hôpitaux c'est une démarche verticale qui part d'une expression des besoins et trouver une réponse et objectifs pour une mise en place.

L'amorce initiale a toutefois été faite par AOI en accord avec le Ministère de la santé.

La démarche s'est conclue par des accords de partenariat avec la UHS et les deux facultés signés le 15 Aout 2015 dans lesquels AOI s'engage à rénover les salles pour la pratique et soutenir la production de documents pédagogiques ainsi que de participer au suivi évaluation du projet. Ces accords sont chapeautés par un autre accord avec l'USS et un MOU signé avec le Ministère de la santé en 2020 près d'un an après la signature des agréments.

Les engagements des facultés reflètent leur mode de fonctionnement interne bien plus collégial à la FSI avec du personnel enseignant attiré qu'à la FM où la dynamique institutionnelle est plus compliquée, suite au décès du doyen, le partage des responsabilités a été récemment décidé, la PCI n'est pas encore au cœur de la pratique des médecins et pas assez noble ce qui peut expliquer la nomination de trois jeunes médecins en fin d'étude et volontaires bénévoles à la faculté pour développer le curriculum.

L'approche souple d'AOI, qui permet une réelle appropriation, ne permet pas un développement optimal lorsque les bénéficiaires ne se saisissent pas complètement du projet et ne permet pas d'empêcher des lenteurs importantes.

Partenariat avec la FM

Jusqu'à l'évaluation, il n'y avait pas de division claire du travail entre les responsables et AOI rencontrait qui elle pouvait. L'interlocuteur changeait systématiquement. Malgré tout, les tâches étaient bien définies et cela correspondait bien aux besoins de la faculté. La gestion du projet partagé avec plusieurs vice doyens est restée problématique, il reste à espérer qu'avec les récentes nominations le travail sera mieux encadré.

Le travail se fait en commun en équipe avec AOI mais cela induit un problème classique au Laos de qui va prendre la décision qui doit être consensuelle ce d'autant plus que les différents interlocuteurs ne se rencontrent pas pour échanger.

Partenariat avec la FSI

Ce partenariat est plus facile parce que la direction de la faculté est plus stable et il existe des contacts étroits avec la division PCI du Ministère. Il s'agit en effet de cadres infirmières et la présence de Madame Phengdy ancienne directrice de cette cellule PCI et ancienne doyenne de la FSI en a été l'instigatrice directe. La cellule a été consultée pour la définition des curricula de PCI en particulier à la FSI, elle a mis à disposition les formateurs

« Avec Mme Phengdy qui était au MOH nous sommes certains de bien suivre les directives officielles ; notre vice doyen est en charge de la relation avec AOI et le doyen Somvan suit avec Professeur Pengdy. Nous avons aussi délégué deux profs car deux groupes sont concernés Infirmières et sages-femmes. Il n'y a pas de soucis dans le suivi et le partenariat par téléphone par réunion pas de difficultés. Nous avons fait l'état des lieux de la salle avec des experts dont François et l'architecte puis progressivement un plan de rénovation a été discuté modifié et amendé. ».

Transférabilité

La formation de formateurs en PCI reste un grand défi à la fois aux niveaux théorique et pratique (mais on a déjà quelques personnes ressources qui demandent à être mieux qualifiées (FSI, FD)

Une fois qu'un corps national de formateurs en PCI est performant les partenaires souhaitent continuer vers :

- Formation initiale et de remise à niveau vers collègues et centre de formation provinciaux
- Formation continue on the job des hôpitaux de province

« Quand on a bien formé les professeurs et on a bien finalisé les documents d'enseignement et manuels on peut aller en province mais il faut avoir tous les documents. »

« Attention on doit aussi préparer et trouver des réponses pour hôpitaux et centres de santé qui ne sont pas aux normes que faire par exemple car autoclave est en panne ou on n'en n'a pas ? »

Pérennité

Enseignement

- Nomination d'un responsable des enseignements de PCI dans chaque faculté
- Peu de turn-over dans l'équipe enseignante
- Constitution d'un groupe de travail avec plusieurs enseignants
- Validation du curriculum avec des crédits et donc ne peut disparaître de la formation

Salles de pratique

- Nomination (tardive) de responsables en particulier à la FM
- Cahiers de suivi (qui nécessitent d'être vérifiés)
- Meilleure maintenance et entretien des équipements
- Meilleure gestion de l'utilisation et limitation des pertes
- Achat possible de petit matériel

Challenges en ressources humaines : Mobilisation difficile des enseignants en médecine

- Enseignants formés mais pas formateurs sur PCI
- Nomination tardive de responsables
- Les jeunes volontaires bénévoles juste diplômés de médecine ont été motivés par la possibilité de bourse de master

Financement :

- Achat de matériel pour la salle de lab n'est pas aussi assurée que sur les hôpitaux: appel à contribution des étudiants dans les deux facultés.
- Les facultés pourront toujours payer les enseignants.

Besoins généraux exprimés

- Formation plus poussée :

« 5 jours, c'est trop court, on ne peut devenir formateur ou enseignant en 5 jours sur un nouveau sujet »

« les enseignants étudient encore et se forment en profondeur pour être formateurs donc les enseignants ont encore et besoin de formation continue »

- Formation de formateurs
- Besoins de matériel supplémentaire pour labo ou salle pratique, petit matériel ou mannequins rendus au Ministère, ordinateurs, écrans et imprimantes,...

FM :

- Financement pour volontaires impliqués dans rédaction du cours ou enseignants qui doivent alors ne pas travailler dans leur clinique privée
- Tout revoir sur curriculum initial en fonction maintenant du Curriculum international et pour le MOH de la formation continue
- Suivre Recommandations De WFME (World Medical Federation Of Medical Education) d'où vient l'adaptation des curricula, WHO suit aussi ces principes et le cours PCI doit aussi les suivre avec la théorie de 30 compétences..
- Définir un comité pour la rédaction des leçons avec des professeurs et des experts PCI
- Demander aux formateurs de revenir et observer les situations d'enseignement
- Développer PCI selon les matières pour perfectionner et avoir un atelier de réflexion avec toutes les spécialités sur PCI intégrée même sans crédit spécifique

« Nous avons besoin de plus de soutien de AOI surtout pour passer de la formation de formateurs aux cours enseignés. Après la formation les enseignants doivent travailler le curriculum et essaient de le disséminer auprès des autres collègues et étudiants mais maintenant nous sommes encore dans la phase initiale de penser comment développer l'enseignement du syllabus ou curriculum de PCI et comment intégrer dans les cours actuels qui étaient pas encore complets »

FSI :

- Faire venir les profs du ministère pour développer tous les curriculums de PCI pour chaque professeur.
- Avoir et produire des documents en lao
- Nursing lab ainsi que le bâtiment est trop petit pour le nombre d'étudiants
- Formation continue des formateurs
- Guideline PCI déjà dans la pratique de l'hôpital mais doit améliorer et adapter la formation à la situation des infirmières
- Quelques équipements dans la salle de lab manquent encore, Manque un espace de rangement
- Adapter les formations aux réformes engagées de l'éducation (Approche par compétence et IPE)



« AOI peut nous aider pour développer la méthode de IPE car nous devons faire de l'IPE (interprofessional education) pour la PCI, c'est un plan que nous pouvons commencer dans une salle de laboratoire parce que les infirmières et les médecins travaillent ensemble. Nous avons des partenaires en Thaïlande pour les problèmes techniques, mais si nous faisons avec AOI, ce serait bien, nous avons une formation au niveau de l'Asean. Ce concept est très bon et nous devons l'utiliser au Laos. »

« Nous devons faire un programme international PCI comme dans autres pays et aussi bien sur entre corps de métiers médicaux au Laos on doit harmoniser et se mettre d'accord c'est très important comme dans salle d'opération en chirurgie ou obstétrique nous travaillons tous ensemble Cela correspond à la bonne qualité des soins pour le patient et sa satisfaction. »

Conclusion

Les visites des deux sites se sont passées dans d'excellentes conditions tenant compte des mesures de protections propres à la situation épidémique.

Nous avons été bien accueillis et avons pu rencontrer les acteurs principaux doyens, vice doyens, enseignants prévus pour les cours et personnes en charge de la salle qui ont témoigné de leur bonne volonté et motivation à mettre en œuvre cet enseignement de PCI mais aussi des difficultés qu'ils rencontrent.

Les salles font la fierté des deux facultés surtout celle de la FSI qui a déjà commencé à être utilisée par certains enseignants (parfois avec de grands groupes d'étudiants). Leur mise aux normes de PCI avec des lavabos, des zones différenciées et un système de rangement sont très appréciés.

La salle de la FSI contient beaucoup plus de matériel qui appartenait déjà à la faculté qui a d'ailleurs un problème de stockage alors que celle de la FM est plutôt vide et ne pourra être mieux équipée (par qui ?) qu'une fois que les besoins seront mieux déterminés.

Concernant les cours, la dynamique lancée par AOI est plus en souffrance même si la FSI qui a travaillé à partir de cours déjà élaborés ici et en Thaïlande espère pouvoir obtenir une homologation des ministères de la santé et de l'éducation pour une mise en œuvre pour l'année universitaire prochaine 2021-2022. Le fait que la FSI aient déjà des enseignants qui enseignent des sujets proches tels l'asepsie et que la PCI ait été longtemps considéré comme l'apanage des infirmières peut expliquer cette avancée.

La faculté de médecine envisage elle plutôt une mise en œuvre de l'enseignement pour la rentrée 2022-2023, le contexte est totalement différent, les enseignants présumés sont de jeunes médecins sans qualification universitaire (master) ni expérience d'enseignement qui sont des volontaires bénévoles, le cours n'a jamais existé donc bien qu'encadrés par une jeune enseignante titulaires, les 5 jours de formation en PCI ne le mettent pas en position de devenir formateurs comme ils l'expriment très justement, il espèrent une bourse de master en Thaïlande pour asseoir leur qualification en PCI mais

aussi espérer être recrutés par le service public. Ces jeunes médecins récemment nommés après des années de stagnation ont des besoins particuliers qui méritent une attention spéciale.

La mise en œuvre des cours suppose encore la validation par les services éducation médicale du Ministère de la Santé qui bien que peu impliqué ne devrait pas poser de problèmes par contre la validation par le Ministère de l'Éducation et des Sports suppose que les enseignants puissent démontrer de leur capacité et que les cours soient bien développés dans cette nouvelle orientation de formation par les compétences à laquelle les enseignants universitaires n'ont encore jamais été exposés.

La question de la validation de ces cours par des institutions internationales se pose aussi.

Dans tous les cas, les bénéficiaires expriment leur grande satisfaction de la mise en valeur de la PCI pour la lutte contre les maladies professionnelles et nosocomiales.

Ce projet répond bien à des besoins cruciaux et des priorités immédiates en santé publique qui plus est en temps de pandémie et il s'inscrit au cœur de la dynamique d'amélioration de la qualité des soins engagée par le Ministère de la santé avec des organisations internationales.