

		À Maurice	En France	Université coopérante
En cours	Médecine interne	3 ans	1 an	UB2
“ “ “ “	Orthopédie	“ “	“ “	“ “
“ “ “ “	Pédiatrie	“ “	“ “	“ “
Prochainement	Psychiatrie	“ “	“ “	“ “
“ “ “ “	Cardiologie	2 ans	2 ans	“ “
“ “ “ “	Médecine légale	“ “	1 an	“ “
“ “ “ “	Chirurgie générale	“ “	3 ans	Montpellier

Formation des médecins AR

À **Madagascar**, la formation des médecins ARU est prise en charge dans le cadre du projet IQ (internat qualifiant). Actuellement, une vingtaine d'étudiants sont en cours de formation (DUAR et DUMU), ce qui correspond à une production de quatre à cinq spécialistes ARMU par an, nombre très inférieur aux besoins.

À **Maurice**⁽¹⁰⁾, les médecins sont issus de formations très différentes. Ceci a entraîné des inégalités : les médecins formés en France étaient incorporés dans la fonction publique au même niveau que les médecins formés en Angleterre (une année de moins) ou d'université indienne (deux années de moins). Aujourd'hui les diplômes de spécialités délivrés par les universités françaises comme UB2 sont officiellement reconnus...

Aux Seychelles, à Djibouti et aux Comores, les médecins continuent à suivre leur formation à l'étranger.

Au Mozambique, l'AR est enseigné pendant un semestre à la faculté de médecine. Seuls huit des vingt quatre AR sont mozambicains. Les médecins se spécialisent à l'étranger au coup par coup.

Le renforcement d'un réseau francophone

Les relations entre l'Océan Indien Maurice et UBII existent depuis longtemps et se sont significativement renforcées grâce au PARMU.

Un noyau francophone de professionnels existe déjà dans ces îles marquées par la pratique du français. Son renforcement à travers la formation de spécialistes, dépend des contextes locaux tels que le développement d'un enseignement de qualité du français à Madagascar ou aux Comores ou l'arrivée de quelques spécialistes francophones aux Seychelles. La francophonie à Maurice et dans une moindre mesure aux Seychelles doit faire face à l'anglais, langue officielle et langue de communication professionnelle qui est aussi la langue des professionnels d'origine indienne ; au Mozambique, la culture latine est défié par l'irruption massive de l'anglais. Les AR formés par le PARMU ont acquis une culture francophone supplémentaire ; toutefois leurs échanges restent davantage influencés par les pratiques professionnelles habituelles tels que jumelages inter-hospitaliers ou journaux médicaux.

Maintien des compétences acquises

En général, aucun programme de formation continu particulier n'a été mis en place.

Aux Comores, pour les trois médecins et six infirmiers formés dans le cadre du PARMU et en poste dans les services ARU, il est prévu dès 2005 un recyclage annuel de 2 mois à Mayotte, à tour de rôle.

(10) Le salaire de base du médecin spécialiste débutant dans le secteur public est de 1 000 euros par mois, celui d'une nurse est de 300 euros par mois. S'y ajoutent des avantages, tels que la possibilité d'acheter un véhicule hors taxes pour les médecins.

Aspects financiers

Après la fin du projet, le solde du PARMU a permis (i) de conserver l'équipe quelques mois après le départ du coordonnateur pour assurer la clôture dans de bonnes conditions, (ii) de réhabiliter le bureau du coordonnateur de l'AT française au MSPF et (iii) d'assurer la petite maintenance des équipements fournis dans le cadre du PARMU.

9. PERSPECTIVES

Pérennisation des enseignements AR des médecins et des paramédicaux

En prolongement du projet PARMU, des actions ont été proposées, qui auraient pu démarrer avec les moyens financiers restants, pour être ensuite intégrées dans des programmes bi ou multilatéraux.

Au Mozambique

- Demande de la poursuite de la formation de spécialistes AR, soit médecins soit techniciens, selon le modèle PARMU. Cette formation devrait être locale, s'appuyer sur la faculté de médecine de Maputo et devrait utiliser le portugais.
- Appui à la réorganisation des services d'urgences à Maputo. Diverses recommandations ont été faites y inclus par le chef du service AR du CHD de Saint-Pierre.

À Madagascar

- Mise en place d'une formation de médecins urgentistes par la création d'un diplôme d'université de médecine d'urgence en partenariat avec les hôpitaux réunionnais, mauriciens et l'université de Bordeaux II.

Au niveau régional océan Indien

Mise en place d'un programme de formation continue et de télé expertise intégré au projet PARITE appuyé par la COI qui permettrait la consolidation du réseau des professionnels de la filière anesthésie-réanimation-urgence déjà constitué.

Par ailleurs les termes de référence d'une évaluation externe en cours de projet ont été précisés.

Réalisation du volet médecine d'urgence

Le projet a plus ou moins éludé les aspects MU de ses objectifs, pour se consacrer aux aspects AR. Cependant, pour « finaliser » les engagements pris par la coopération française dans le PARMU, le MAE a approuvé en juillet 2004 un FSP « Médecine d'urgence et lutte contre le SIDA ». Le montant initial est de 1,5 millions d'euros dont seulement 20 % selon affectés à la formation en médecine d'urgence.

Le médecin seychellois formé par le PARMU a la charge du développement du service d'urgence de l'île.

Le Mozambique espère un appui afin de développer un programme d'urgence initialement prévu à Maputo.

Maurice et les Seychelles ayant été écartés de la ZSP en raison de leur niveau de développement assez élevé, le nouveau FSP n'aurait pas dû les concerner, mais sa dimension régionale avec la COI⁽¹¹⁾ comme maître d'ouvrage permet d'englober ces deux pays aux côtés de Madagascar et des Comores, en tant que pays bénéficiaires.

(11) Djibouti et le Mozambique ne font pas partie de la COI, étant tous les deux en liens privilégiés avec d'autres régions d'Afrique.

Développement de la coopération régionale

La Commission de l'océan Indien (COI)

Pour la 1^{ère} fois, la Commission de l'Océan Indien a décidé d'inclure dans ses activités en 2005, un projet santé, financé à hauteur de 1,5 M euros par la France. Deux secteurs sont concernés le SIDA et la médecine d'urgence. Selon les responsables du COI, cette composante « médecine d'urgence constitue la suite logique du projet PARMU » et « s'appuiera sur le MIH, le ministère de la Santé malgache et des associations ». Sa mise en œuvre pourra s'appuyer sur une structure très développée et rompue à la dimension régionale : le SAMU 974. Il est indéniable que la COI dont la palette d'interventions se réduit dans d'autres domaines, peut apporter une visibilité et un appui politique à la réalisation de programmes de santé d'envergure régionale.

Le rôle de la Réunion

Il existe déjà une coopération régionale régulière consistant dans l'accueil par les deux centres hospitaliers de la Réunion (CHRS de Saint-Denis et CHD de Saint-Pierre) des évacuations sanitaires en provenance des pays de la région. De plus, les hôpitaux de la Réunion et leurs écoles d'infirmiers accueillent régulièrement des stagiaires de Madagascar et des Comores. Enfin, ces deux pays reçoivent fréquemment des missions ainsi que des équipements et des consommables provenant des hôpitaux de la Réunion. Les échanges passent par la voie officielle, mais aussi par des relations tissées entre les professionnels et par des ONG.

Les SCAC locaux considèrent toutefois que beaucoup de projets de coopération avec la Réunion tardent à se matérialiser et souffrent de l'absence de suivi et d'interlocuteur responsable clairement identifié.

La formation régionale

Dans ce contexte, le PARMU a contribué à développer les deux organismes de formation qui pourraient acquérir ou renforcer une dimension régionale :

- Le MIH qui a montré avec le PARMU sa capacité à organiser et gérer des sessions de formation pour les professionnels de santé, avec un niveau qualité international.
- L'IFP, et peut-être l'INSPC auquel l'IFP vient d'être rattaché. Mais ces deux instituts n'ont pas encore acquis la maîtrise du MIH (corps professoral inégal, terrains de stage insuffisamment équipés, etc.)⁽¹²⁾.

Simultanément, la Réunion développe ses activités de formation, avec l'expansion récente des deux écoles d'infirmiers IAR et IADE et la création récente d'une école de médecine.

On peut donc observer la progression de trois pôles d'enseignement pour les personnels de santé : Maurice, Madagascar et la Réunion, avec des rythmes et des niveaux de qualité encore très hétérogènes, mais qui pourraient entrer en synergie grâce notamment aux financements apportés par la médiation de la COI.

Nota : On peut citer aussi la réouverture de l'école d'infirmiers de Moroni et la création d'une faculté islamique de médecine. Mais les deux structures sont encore trop fragiles pour qu'il en soit tenu compte dans le renforcement d'un dispositif régional⁽¹³⁾.

(12) Ces constats ne mettent pas en cause la qualité de certaines prestations et de certains intervenants, mais les conditions d'exercice des activités sanitaires à Madagascar sont beaucoup plus difficiles que dans les pays plus développés.

(13) L'école d'infirmiers de Moroni dispense un enseignement de qualité mais cette qualité repose sur la présence d'une AT dont le départ prochain va fragiliser la structure face à des tentatives de dépeçage.

10. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES FORMÉES

Nombre de personnes interrogées à l'aide des guides d'entretien (9) et des questionnaires (1)

	Comores	Djibouti	Madagascar	Maurice	Mozambique	Seychelles
Médecins	2	1	1	1	-	-
Infirmiers	3	-	2	-	-	-

Médecins

Les cours théoriques de deux mois par an étaient peut-être un peu trop longs et trop denses. Mais la formation expérimentale a été « du cousu main ».

Le MIH dispose d'outils pédagogiques et d'outils de gestion. Il est très bien organisé et a très bien accueilli les médecins étrangers.

Infirmiers

Infirmiers malgaches

La plupart des étudiants des deux promotions avaient déjà travaillé en salles d'opération et/ou de réanimation, formés « sur le tas » par des anciens, et connaissaient déjà un peu le métier. Les avis de recrutement ont été diffusés/affichés dans les services. Les motifs d'inscription à la formation étaient bien sûr d'améliorer leur position professionnelle et leur salaire, mais aussi d'éviter d'être affectés dans des formations sanitaires éloignées, sans bloc opératoire.

La première promotion de trente participants a démarré en janvier 2000 avec trois mois d'enseignement théorique à plein temps donné par des enseignants d'UBII. Dès le démarrage, tous les étudiants ont été hébergés (sauf les résidents à Tananarive), nourris, transportés et ont reçu une indemnité de 100 000 Fmg/jour. Le matériel pédagogique souhaitable (documentation, cours photocopiés, matériel pour travaux pratiques, appareils vidéo, etc.) était disponible, ce qui a été particulièrement apprécié : « nous étions heureux ». Bien encadrés, bien formés, très autonomes, les infirmiers de la 1^{ère} promotion ont acquis une image très positive parmi les professionnels.

Les infirmiers malgaches de la 1^{ère} promotion PARMU ont beaucoup apprécié le caractère interactif de la formation théorique (dispensée par des enseignants d'UBII). Ils ont aussi apprécié les contrôles réguliers des connaissances théoriques (tests) et les contrôles réguliers des connaissances et gestes techniques effectués sur le terrain par les enseignants de UBII (y compris le Pr Erny) et par l'AT cadre infirmier, ce qui a facilité l'acquisition des connaissances.

La deuxième promotion de quatorze participants a démarré en novembre 2000 (et s'est donc terminée en octobre 2002). Les conditions d'accueil étaient moins favorables que celle de la première promotion. Notamment, les étudiants malgaches provinciaux ont eu des problèmes financiers et de logement. Cependant, le matériel didactique nécessaire était toujours disponible et a été très apprécié.

Les infirmiers de la 2^e promotion PARMU, qui ont eu des enseignants malgaches pour les cours théoriques, ont noté que ces derniers sont globalement beaucoup moins assidus, peu interactifs et ne font pas de tests réguliers⁽¹⁴⁾.

(14) Remarque : d'après certaines personnes interrogées, l'enseignement à la faculté de médecine n'est globalement pas très bon. Il est surtout fait appel à la mémoire, les détails sont privilégiés plutôt que l'essentiel, ce qui développe peu les capacités d'analyse et de synthèse. Il est aussi noté une valorisation de l'apparence.

Commentaires sur les enseignements théoriques et pratiques

Le seul cours signalé comme étant un peu difficile est l'anatomie du système nerveux.

L'encadrement des stages pratiques était notamment effectué à l'hôpital militaire par deux infirmiers militaires malgaches formés à Marseille et à la Réunion (jugés très bons par les stagiaires) et aussi par le médecin AT (actuellement à la Réunion, jugé par les infirmiers interrogés « forte conscience professionnelle, très bon médecin, toujours accessible »).

En 2002, le coordonnateur régional de la coopération française a souhaité arrêter le « package » de UBII et remettre la formation AR aux responsables malgaches. L'AT cadre infirmier français qui avait secondé le coordonnateur du projet a regagné la Réunion, atteint par le couperet des 4 ans dans un même pays (dont le caractère systématique apparaît parfois contraire au bon déroulement d'un projet). Il était apprécié par tous et son départ a été jugé « une grande perte ». Son remplaçant qui venait de UBII n'a pas su s'adapter aux conditions de travail de Madagascar et est reparti au bout d'une année.

L'affectation des infirmiers PARMU

Le problème principal a trait aux affectations une fois le diplôme acquis. Tous les étudiants des deux promotions ont rejoint leur ancien poste, qui n'étaient pas tous des postes AR. Les affectations en AR ont eu lieu bien après, lors du retour des médecins chirurgiens formés dans le cadre de l'internat qualifiant, qui ont été affectés en province et ont eu besoin d'un infirmier AR (à défaut d'un médecin) pour les seconder. Tous les infirmiers actuellement dans des postes AR travaillent de façon tout à fait autonome, avec dans les CHU⁽¹⁵⁾ uniquement un médecin AR de référence joignable lors des cas difficiles.

Par ailleurs, les postes AR sont dans l'ensemble mal équipés, malgré l'appui apporté par l'AT française, notamment l'appui de l'AT cadre infirmier qui apporte des appareils et de la documentation à chacun de ses voyages à Tananarive. Les délais d'affectation sur des postes AR et le manque d'équipements risquent d'entraîner la perte d'une partie des connaissances et gestes pratiques des infirmiers PARMU. Pour maintenir les connaissances acquises, il faudrait prévoir un système de formation continue.

La reconnaissance des diplômes

L'autre problème a trait à la reconnaissance statutaire des diplômes, car il y a quatre sortes de formation en AR à Madagascar :

Infirmier anesthésiste (formation ancienne)	ISAR	IADE	IDESAR
2 ans d'enseignement infirmier en tronc commun + un an de spécialisation	3 ans IDE + deux ans de spécialisation (dont le PARMU)	3 ans d'enseignement spécialisé directement après le baccalauréat (une seule promotion)	3 ans d'études médicales + 6 mois de spécialisation

Pour le moment, les ISAR sont toujours en catégorie 3 (infirmier généraliste) et non en catégorie 6 comme promis. Le ministre de la Santé prévoit de les reclasser dans cette catégorie sur le budget 2005⁽¹⁶⁾.

Infirmiers des autres pays

Les étudiants étrangers recevaient des bourses complémentaires, ce qui suscitait l'envie des étudiants malgaches.

(15) Nombre de médecins AR dans les trois CHU de Tana : un à HJRA, deux à l'hôpital militaire et deux à Befelatanana.

(16) Qui devait permettre de recruter 1 500 agents de santé supplémentaires.

Moniteurs du projet

Lors de la première session de formation des moniteurs, à Tananarive en juillet 1999, il y avait vingt sept personnes dont seulement trois étrangers (une comorienne, un djiboutien et une seychelloise).

Les moniteurs en formation étaient hébergés dans un hôtel où avaient lieu les cours. Tout était payé directement par le projet. En plus, un per diem était alloué à chaque participant. Les trois non malgaches ont d'abord eu un per diem égal à celui des malgaches puis ce per diem a été relevé à environ 100 FF par jour.

En 2000, les moniteurs ont reçu une formation en pédagogie de 30 jours (sur les méthodes participatives avec beaucoup d'apprentissage par problème), suivie d'une formation à l'élaboration de curriculum de 15 jours, 3 mois après.

Le contenu des cours a été jugé très bon par les participants interrogés. Le coordonnateur et son collaborateur cadre infirmier étaient très présents. Parmi les participants malgaches, six moniteurs ont été sélectionnés sur les vingt quatre formés. Ces six moniteurs sont ensuite partis à Marseille suivre des cours et deux d'entre eux sont sortis majors de leur promotion (ce qui est considéré comme une attestation de qualité de la sélection).

11. QUELQUES OPINIONS

- Les programmes régionaux ne sont pas adaptés à cette région, car les pays sont trop différents. Il faudrait imaginer des mécanismes spécifiques.
- Il faudrait accompagner les personnes formées pendant plusieurs années avec des petites dotations en matériels valorisant les compétences acquises et des recyclages périodiques.
- Il faudrait prévoir des supervisions périodiques ultérieures des personnes formées par le PARMU dans leur poste de travail.
- Le PARMU a été surdimensionné en budget.
- Le PARMU a pu réussir grâce à l'implication de quelques professionnels de grande qualité.
- Au Mozambique, les deux AT ont été source de difficultés.
- L'INSPC a la capacité de devenir un centre de ressources pour la formation des infirmiers spécialisés dans la région de l'océan Indien.
- La sélection des médecins est discutable : un seul médecin malgache et sept médecins mauriciens. Si les médecins malgaches candidats n'avaient pas le niveau requis, il aurait pu être envisagé de prévoir une session de mise à niveau de quelques mois.
- Le PARMU a été une chance unique pour l'ensemble des médecins qui en ont bénéficié.
- Il est inacceptable que le diplôme PARMU ne soit pas reconnu en France.
- La fuite des cerveaux est un problème majeur à Madagascar. Il n'existe pas au Mozambique. Pourquoi empêcher les professionnels mauriciens de travailler à l'étranger ?
- À Madagascar, la formation des formateurs infirmiers a été insuffisante. Il faudrait prévoir un projet pour former des médecins formateurs.
- La difficulté des malgaches à partager leurs connaissances a empêché leur diffusion. Les infirmiers ne consacrent qu'une petite partie de leur temps à leurs activités dans les hôpitaux publics (10% selon un des formateurs). Les diagnostics sont très souvent erronés.
- La rémunération donnée aux étudiants malgaches a été beaucoup plus élevée que ce qu'ils recevaient chez eux, ce qui n'est pas souhaitable. Ce n'était pas une bonne idée car cela créait un précédent et était générateur des revendications ultérieures.

Annexe 5 : Densité des médecins AR dans quelques pays africains

Pays	Population (million)	Nombre d'AR	Densité	Nombre d'AR pédiatriques
Afrique du Sud	42	800	1/52 000	8
Ghana	20,7	50	1/400 000	6
Kenya	32	100	1/320 000	2
Madagascar	16,5	70	1/236 000	?
Maurice	1,2	40	1/30 000	0
Mozambique	19	24	1/800 000	0
Nigeria	137	400	1/340 000	36
Ouganda	26,5	12	1/2 200 000	0
Soudan	39	35	1/1 100 000	2
Tanzanie	36,5	11	1/3 300 000	1
Zambie	10,5	12	1/875 000	0
Zimbabwe	12,5	35	1/375 000	1 (?)

Annexe 6. Liste des personnes rencontrées

France

M. José GOHY	MAE, Bureau du FSP, président du comité de pilotage de l'évaluation
Dr François-Marie LAHAYE	MAE, Chargé de mission, direction du développement et de la coopération technique, coordonnateur du projet PARMU
Dr Jean Marie LAURE	MAE, Conseiller régional de coopération pour la santé pendant le PARMU
M. Michael RULETA	MAE, Chargé du bureau de l'évaluation
Pr Phillipe ERNY	(ex) Chef de service AR, CHU Pellegrin, UB2
D ^r J.-François COCHARD	Pr. Assistant, Service AR CHU Pellegrin UB2
M ^{me} Annie BRÈTHES	Surveillante Chef, Service AR CHU Pellegrin UB2
M ^{me} M.-France LASNIER	Cadre Infirmier, Service AR CHU Pellegrin UB2
M. Christian FILATREAU	DGA, CHU Pellegrin
M ^{me} Muriel FLEURY	Directeur Administratif, ISPED, UB2

La Réunion

Dr José Luis CAMPINOS	Chef service de réanimation (CHD Saint-Pierre), Président de la CME
Dr Marc FORRLER	Médecin AR, réanimation neurochirurgicale (CHD Saint-Pierre), AT à l'hôpital militaire de Antananarivo pendant le PARMU
M. LYSANDRE	DGA GHRS, chargé de coopération (CHD Saint-Pierre)
M. PELLETIER	Directeur de l'IRIADE, GHRS (CHD Saint-Pierre)
Dr Thomas FOSSIER	Médecin AR (CHD St Pierre)
Dr Philippe OCQUIDANT	Médecin AR, chef du service de réanimation neurochirurgicale (CHD St Pierre)
M. Christian MÉRIAU	Directeur Adjoint CHD Saint-Denis, chargé de coopération
M. Alain VITRY	Cadre infirmier anesthésiste (CHD Saint-Pierre), conseiller pédagogique pendant la formation des infirmiers PARMU

Madagascar

Dr Jean-Louis ROBINSON	Ministre de la santé
Dr Rolland RAJONSON	Directeur de cabinet du Ministre de la santé
Pr. Georges RAMAAHADRIDONA	Directeur général, CHU d'Antananarivo
Dr Aimée RAHANTAHARIVELO	Directeur technique, CHUA, HJRA
Dr Eric MALLAT	Conseiller régional de coopération pour la santé
Dr Guy LAJOINIE	Chef de file de la coopération sanitaire franco-malgache
M ^{me} Alexandrine X.	Conseillère pédagogique ISAR (IFP)
M ^{me} Claudine RAMIANDRAZAFY	Directrice de l'UCIFP (unité de coordination des IFP)
Dr Christian RATHAT	AT service des urgences de l'hôpital militaire
Dr Sophie BIACABE	AT, Conseiller Technique Régional Tamatave
Dr Yves BREDA	Coordinateur projet ASPIQ
Dr Tovone GODARD	Chef du service de réanimation chirurgicale de l'hôpital militaire de Tananarive, enseignant ISAR
Dr Jean-Pierre MANSHANDE	Responsable du secteur santé, Banque mondiale

Dr Elyan Narivelo RAKOTOFIRINGA	Médecin AR, formé par le PARMU, clinique de Befelatanana
Dr Thierry RABELSON	Responsable du service Porte, accueil urgences, clinique de Befelatanana (IQ 2001 à UBII)
M ^{me} Ange WILLINGER	Assistante du coordonnateur du PARMU
M ^{me} TNINA	Chef du service administratif et financier du SCAC
Enseignants, moniteurs	Bureau du département AR de HJRA, comité pédagogique ISAR
M. Bernard MIANDRISOA	Infirmier AR au HJRA, formé par le PARMU
M. Liva Fiononana RALISON	Infirmier AR à l'hôpital militaire, formé par le PARMU
M. Henri Donnat RAZAKANDRAINY	Infirmier AR à l'hôpital militaire, formé par le PARMU
Dr Emanuel D.	Représentant OMS
M ^{me} Rachel MARTIN	Représentante Unicef
Dr Khaled BENSAID	Officier de Santé, Unicef

Maurice

M. Jean-Claude LE GALL	Chef SCAC
Dr Dominique POLYCARPE	Conseiller technique, MIH
M. BOURDILLAT	Responsable financier, SCAC
Dr Radhay Shiam SUNGKUR	Chief Medical Officer, ministère de la santé
Dr MOHITH	Directeur du MIH (Mauritius Institute of Health)
Dr Chandra RAMPHULL	Coordinateur PARMU Maurice
Dr NUNDHOLL	Dir. SAMU Port-Louis
Dr SOONDRON	Chef AR Hôp. Victoria
Dr NUNDALL	Chef AR Hôp. Jetoo)
Dr Woodal Sinoh GOPAUL	Chef AR Hôp. SSRN
Dr Kvet Hian Ngsing KWONG	Médecin AR, formé par le PARMU
Dr Omprash MAUNKEE	Médecin AR, formé par le PARMU
Dr Ally Duly MAMODE	Médecin AR, formé par le PARMU
Dr Ayi-Anash See PATAH	Médecin AR, formé par le PARMU
Dr Wong Sing Neook Wong KWEE	Médecin AR, formé par le PARMU
Dr Feizal ABDULATIFF	Médecin AR, formé par le PARMU
M. RUGHOO	Directeur École d'Infirmières, Pamplémousse
M. DISPAUL	Directeur adjoint, École d'Infirmières, Pamplémousse
M. BHUTOO	Directeur adjoint, École d'Infirmières, Pamplémousse
Dr C.N BISSOONAUTHING	Officier de liaison, OMS, Port-Louis
Pr DEMARQUEZ	Service Néo-Natologie, CHU Bordeaux
M. Denis BOSSARD	Chargé de mission à la COI, ancien chef SCAC des Comores

Comores

Dr Jean-Marc PLAT	Responsable de la coopération sanitaire du SCAC
M. Mohamed Caabi ELYACHROUTY	Vice Président de l'Union des Comores, chargé du ministère de la solidarité, de la santé, de la population, de la protection sociale, de l'emploi et de la réforme de l'État
Dr ISSAN	Directrice de la santé, ministère de la santé
Dr	Directeur de l'hôpital El Maarouf
Dr Mohamed CHARIF	Médecin AR, formé par le PARMU, hôpital El Maarouf
Dr Dada AZAD	Médecin AR, formé par le PARMU, hôpital El Maarouf
Dr RIDDHOINE	Chef du service AR, hôpital El Maarouf, formé en AR à Strasbourg, ayant bénéficié de cours dans le cadre du PARMU,
M ^{me} Gisèle LABOURDETTE	AT auprès de l'école d'infirmières
M ^{me} Mounira Said MOHAMED	Directrice de l'école d'infirmières

Mme Hayati HAMIDOU
M. Issimaila M'SAIDIÉ
M. FRIER
M. POLI

Infirmier AR, formé par le PARMU, hôpital El Maarouf
Infirmier AR, formé par le PARMU, hôpital El Maarouf
Chef du SCAC
Attaché SCAC

Seychelles

M. Hughes CAPET
M. Claude COLIN
Dr BEWER
Sr PHILOE
Dr Henriette KENNET
Dr C. NOEL
Sr Bernadette

Chef du SCAC
Attaché SCAC
Health Commissioner, MdS, Victoria
Surveillante Bloc Opératoire, Hôpital Victoria
Méd. Formé PARMU Chef Service Urgence, Hôpital Victoria
Chef AR Hôpital Victoria
Surveillante Service d'Urgence, Hôpital Victoria

Mozambique

M. Charles SIEBERT
M. José DA COSTA
P. ROMANY
Dr J.-P BREUX
M^{lle} L. SOUASIC
Dr Térésa SWALBACH
Dr Joao SWALBACH

Chef SCAC , Ambassade France Maputo
Attaché SCAC, Ambassade France, Maputo
Chargé de coopération, Ambassade France, Maputo
Chef Projet SIDA Hôpital Central, Maputo
Laborantine, Projet SIDA HCM
Chef Département AR, HCM
Chef du Service de santé publique, ex-doyen de la faculté de médecine, Maputo

Dr Otilia NEVES
Dr Aissa MOHAMED
Dr Emilia CONDE
Dr Farida URCY
Dr Jacubo OMAR
Dr Joana SALIA
Dr NASIR
Dr USTA
Dr Nidia REMANE
Dr M.-A HENRIQUES

Chef Département Urgence, HCM
Méd. Formé PARMU, AR HCM, prof. Assist.
Méd. Formé PARMU, AR maternité HCM,
Méd. Formé PARMU, AR HCM
Président Commission Médicale HCM
Directrice Hôpital Malavane
Directeur Hôpital Jose Macano
Gynéco Obstétricien, Hopital Jose Macano
Directrice Services Santé Région de Maputo
Directrice Hôpital Chamanculo (future remplaçante Dr Rémane)

Dr Benigna MATSINHE
Me Salome ZANDAMELA
Me Ester MAHAGANE
Dr Rosa MARLEN
Dr Americo ASSAN
Dr Ricardo TRINIDADE
Dr Rui Alves PEREIRA
Dr B. TOURÉ
Dr X

Chef du département d'assistante médicale, Région Maputo
Superviseuse des infirmières Région Maputo
Chef de la formation continue, Région Maputo
Directrice nationale de la santé, MdSanté
Direction nationale de la santé, MdSanté
Directeur des ressources humaines, MdSanté
Coordinateur des programmes Fac. Médecine, Maputo
Représentant OMS, Mozambique
Chef du département « prévention violences & blessures », OMS Genève
Chargée de programme OMS, Maputo

Dr Kidist BARTOLOMEOS

Liste des principaux services de santé visités

La Réunion

CHD St Pierre	
CHD St Pierre :	École d'infirmière
CHD Saint Denis :	service d'anesthésie-réanimation
CHD Saint Denis :	base du Samu 974

Madagascar

Hôpital HJRA :	Service des urgences + service de réanimation chirurgicale + quelques salles d'opérations
Hôpital militaire :	Service des urgences + service de réanimation chirurgicale + quelques salles d'opérations
clinique de Befelatanana :	Service des urgences
Institut de Formation des Professions de Santé (IFP)	

Maurice

Base du SAMU Port-Louis	
Hôpital Victoria :	Service de réanimation + quelques salles d'opérations
Hôpital Jetoo:	Service d'anesthésie-réanimation + quelques salles d'opérations
l'Hôpital SSRN :	service d'anesthésie-réanimation + quelques salles d'opérations
École d'Infirmières	Pamplemousse

Comores

Hôpital El Maarouf	
École d'infirmières	

Seychelles

Hôpital Victoria :	service d'anesthésie-réanimation + service d'Urgence + quelques
salles d'opérations	

Mozambique

Hôpital Central Maputo	service d'anesthésie-réanimation + service d'Urgence + maternité + quelques salles d'opérations
Hôpital Central Maputo :	Projet SIDA & service HIV/Sida
Hôpital Malavane	Service d'Urgence
Hôpital Jose Macano	Service d'Urgence + service de chirurgie

Annexe 7. Présentation des experts

Michel F. DUPRAT

Docteur en médecine ; CES en épidémiologie Publique et Médecine Tropicale ; Master en Santé Publique aux USA ; Formation en sciences politiques et en gestion.

Associé/gérant de PHI Consulting depuis 1997. Consultant International depuis 1995 : interventions en organisation/management, évaluation, formation, urgences; en Afrique essentiellement anglophone, Asie (Indochine, Papouasie...), Caraïbes, Europe (Danemark, France, Roumanie...), ex-URSS.

Fonctionnaire international (MAE puis Nations Unies pendant 10 ans) ; participation à des projets de développement, urgence, santé publique/nutrition et formation ; postes en Afrique et ex-Yougoslavie.

Expérience de la médecine praticienne et du travail en ONG. Vice-Président du Syndicat Français des Médecins Thermaux.

Jacquie NACHTIGAL

Économiste, elle a acquis une longue expérience des évaluations. Elle a réalisé notamment : l'évaluation de l'hôpital de Sokodé (Togo) avec un sociologue (ministère de la Coopération) ; trois évaluations d'équipements bio-médicaux (Zimbabwe, Philippines, Turquie), avec un ingénieur bio-médical (Trésor) ; l'évaluation de 13 ans de coopération française au Laos (2001) ; l'évaluation du projet Santé urbaine en Afrique de l'Ouest (coopération française/l'Unicef) avec un médecin de santé publique (2001) ; l'évaluation des opérations financées par l'AFD dans le secteur du développement rural au Cambodge (parties micro-finance, impact des projets sur la réduction de la pauvreté en milieu rural, partie financière) (2003) ; l'évaluation du projet de coopération française Niamey II (parties financière, comités de gestion et recouvrement des coûts) (2003). Elle a participé à deux évaluations pour le MAE (projet PADIST, coopération scientifique franco-chinoise) et, dans le secteur santé, pour la Commission européenne (dont Cambodge, 2002, Madagascar, 2004 et Cameroun, 2002 et 2004).

Catherine SOUPRAYEN

Infirmière Cadre de santé ; DU de Qualité en Établissement de santé et DU de santé publique.

Cadre de santé au Groupe Hospitalier Sud Réunion ; services de Réanimation Polyvalente au Groupe Hospitalier et service depuis 2000.

Infirmière coordinatrice départementale des prélèvements d'organes et de tissus à la Réunion ; participation à la création de l'unité avec l'Établissement Français des Greffes (1994-1999).

Infirmière en Néphrologie-Dialyse au GHSR (1985-1994).

Chargée d'Enseignement aux étudiants en soins infirmiers, aide-soignants, à l'école d'Assistante Sociale ; Responsable de l'encadrement des étudiants et stagiaires IDE, IADE.

Participation à diverses publications et à des travaux sur les prélèvements et greffes d'organes et de tissus, la dialyse dans le cadre de l'île de la Réunion.

Thomas LOEB

Doctorat en médecine ; D.E.S. d'anesthésie-réanimation ; Capacité de Médecine d'Urgence, praticien Hospitalier en Anesthésie-Réanimation Chirurgicale, à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP) depuis juillet 2000. Service du Pr D. Safran – Secteur de réanimation chirurgicale et traumatologique ; seize lits de réanimation chirurgicale et quatorze postes de soins post-interventionnels et traumatologiques. Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux, Département d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale et SAMU. Hôpital Raymond Poincaré – Garches (1996-2000).

Activité de garde en médecine d'urgence pré-hospitalière (SAMU) depuis juillet 1988.

Nombreuses publications dans le domaine de l'AR et des urgences.

Annexe 8. Méthodologie de l'Évaluation

OFFRE TECHNIQUE

Introduction

Cette offre technique a été préparée en réponse à l'appel d'offres du ministère des Affaires étrangères relatif à l'évaluation finale du projet FAC inter-États n° 1997-128 « Projet d'appui au développement de l'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence dans l'océan Indien » (PARMU).

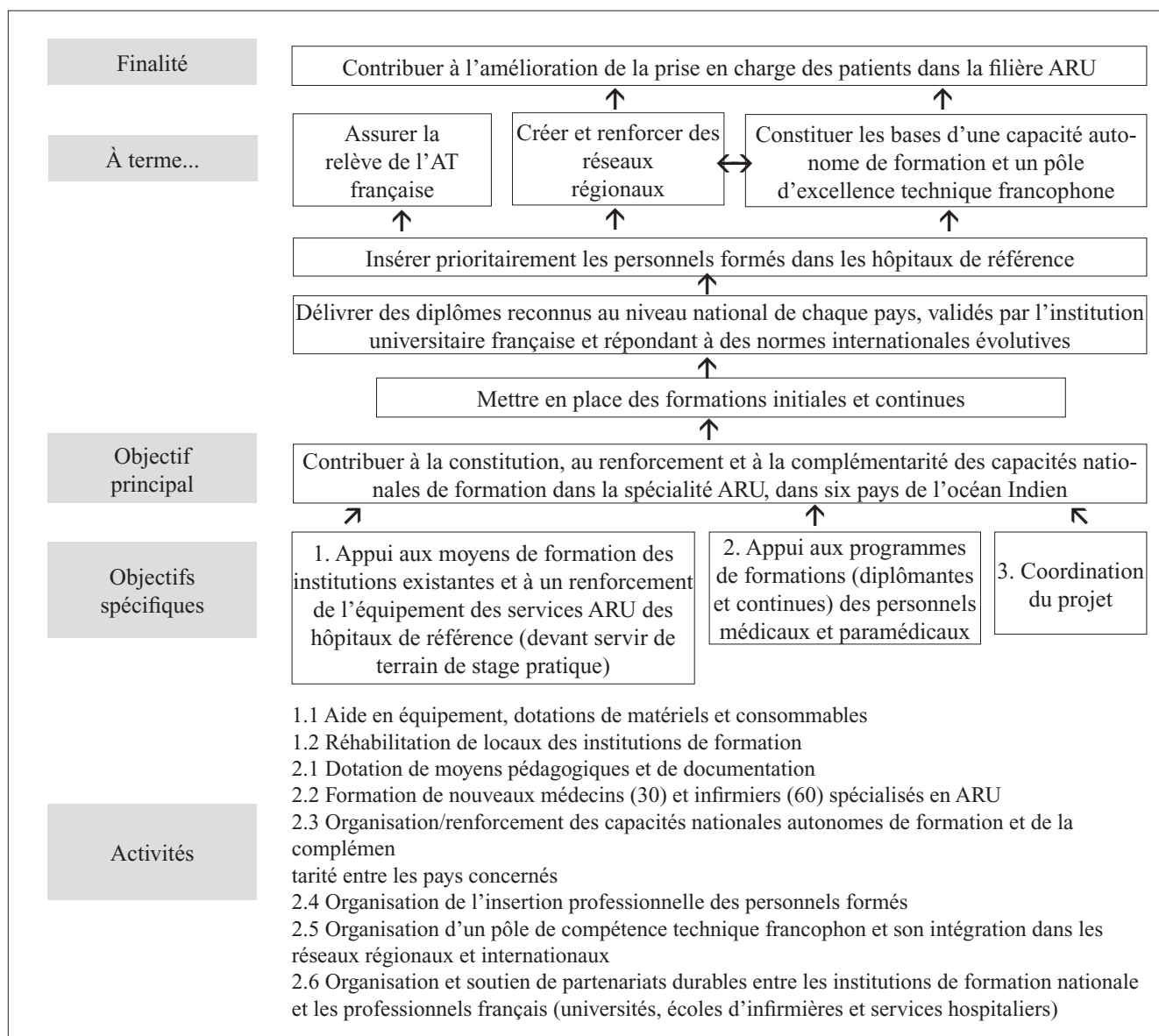
Cette proposition technique a été conçue pour **répondre à l'ensemble des questions** soulevées dans les termes de référence joints à l'appel d'offres. Elle comporte successivement un exposé de la problématique et de la compréhension du projet à évaluer et de son contexte, la présentation de la méthodologie proposée, les expériences et compétences de l'équipe proposée, leur connaissance des pays de l'océan Indien et les références relatives à des études similaires dans la même zone géographique, un chronogramme des travaux.

1. PROBLÉMATIQUE ET COMPRÉHENSION DU PROJET ET DE SON ÉVALUATION

La finalité du projet FAC n° 1997-128 était d'améliorer la prise en charge des patients dans les services hospitaliers en *Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence (ARU)*, dans six pays de l'océan Indien.

Le secteur *ARU* peut être considéré comme une priorité de santé publique dans des populations à densités élevées. Il participe à la mission de base de l'hôpital et constitue un espace de formation et de spécialisation pour le personnel médical et paramédical. Dans les pays concernés (Comores, Djibouti, Madagascar, Maurice, Mozambique et Seychelles), ce secteur se caractérise par une insuffisance en personnel compétent et en outils de travail. Afin d'améliorer les conditions d'exercice du secteur, le projet a défini un ensemble d'objectifs et d'activités qui sont présentés dans le schéma ci-dessous.

Le montant total du projet est de 1 524 490 euros (10 MF), dont 60% des fonds alloués à Madagascar qui a été la plate-forme opérationnelle du projet. Avec chacun des six pays, une convention concernant le montant et l'affectation du budget alloué au pays a été signée, ainsi qu'une convention pédagogique tri-partite [SCAC, ministère de la Santé (ou équivalent), Université Bordeaux 2]. Les conventions pédagogiques avaient pour but d'obtenir la reconnaissance académique des formations et l'intégration des personnels formés dans le dispositif hospitalier national. Le suivi a été assuré par le comité inter-États et les comités de pilotage nationaux et la coordination, par un assistant technique affecté à cette tâche.



Les principaux thèmes de l'évaluation

L'évaluation comprend trois grands thèmes : (i) la façon dont le projet a été conçu, monté et géré, (ii) le niveau de réalisation des activités et des objectifs prévus et (iii) la façon dont les résultats et effets du projet ont été intégrés dans les systèmes de santé des différents pays.

Parmi les points à examiner, on peut lister :

- Le contenu des formations médicales et paramédicales ; le processus d'identification des contenus ; leur adéquation aux besoins actuels et futurs,
- Les institutions de formation ; le déroulement des formations ; les moyens mis à disposition par les pays et le projet ; les modalités d'intégration des institutions dans les cursus académiques nationaux ; la reconnaissance des diplômes ; la capacité d'autonomisation (relève de l'assistance technique française, constitution d'un pôle de compétence technique francophone),
- L'intégration du dispositif de formation au niveau régional, d'abord entre les six pays concernés par le projet, ensuite les possibilités d'élargissement au niveau de l'ensemble des pays de l'océan Indien,

- Les modalités d'intégration des diplômés dans les dispositifs hospitaliers nationaux ; les affectations de postes ; les moyens de travail dans ces postes (locaux, équipements, matériels et consommables, ressources humaines, ressources financières),
- L'impact sur les secteurs hospitaliers nationaux ; le fonctionnement des *ARU* ; le nombre de patients traités ; la qualité des soins ; le coût des soins et leurs modalités de financement (pérennisation de l'accessibilité financière pour les patients et de la qualité des soins).

Une étude a été menée en octobre 2000 : « Évaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998 ». Les conclusions et recommandations étaient très générales et difficiles à mettre en œuvre. L'évaluation envisagée visera à formuler des propositions précises concernant la méthodologie de préparation et d'exécution des projets.

Des pays fortement contrastés

Une des spécificités de ce projet est qu'il s'est déroulé dans un cadre régional et dans six pays présentant de forts contrastes. Les indicateurs figurant dans le tableau ci-dessous indiquent que le PIB de Maurice est dix fois supérieur à celui de Madagascar et du Mozambique ; l'espérance de vie s'échelonne de 44 ans au Mozambique à près de 72 ans à Maurice ; le taux de mortalité infantile qui traduit le mieux le niveau d'organisation d'un système de santé s'échelonne de 50 à 1 100 pour 100 000 naissances vivantes. Dans les autres groupes de pays où le MAE développe des projets de niveau régional (par exemple, le projet « Santé urbaine » en Afrique de l'Ouest), les différences entre pays ne sont pas, de loin, si considérables et les impacts sont analogues.

Indicateurs de développement humain

Classement selon l'IDH	Valeur de l'IDH	PIB par habitant (PPA)	Espérance de vie à la naissance	Taux de mortalité maternelle
53 Seychelles	0.786	10 600	71.0	?
71 Maurice	0.761	8 312	71.6	50
137 Comores	0.510	1 398	59.2	500
141 Madagascar	0.483	756	57.9	490
149 Djibouti	0.447	1 266	50.8	?
168 Mozambique	0.341	782	43.8	1 100

Source : Rapport mondial sur le développement humain 2000.

Des comparaisons possibles

Le champ d'intervention du projet, comportant six pays ayant des niveaux et des modes de développement différents et contrastés suggère/ permet de procéder à des comparaisons sur le déroulement du projet, sur les résultats et les impacts et d'examiner quels sont les facteurs expliquant les écarts enregistrés d'un pays à l'autre. Par exemple :

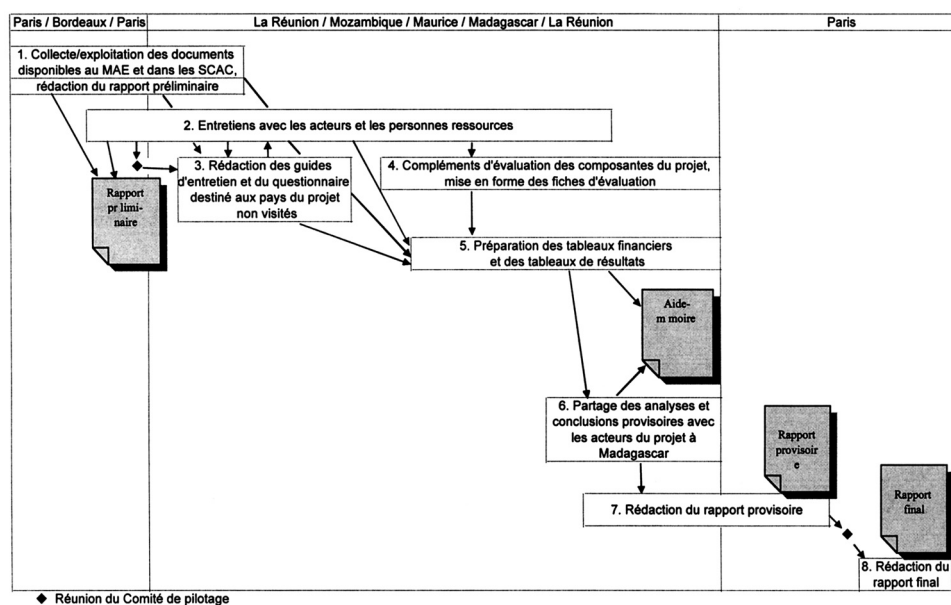
- Comment le projet a pris en compte les différences entre les pays d'intervention, comment ces pays ont réagi face aux conditions contenues dans ce projet (telles que l'homologation des diplômes, les modalités d'intégration des diplômés dans le système hospitalier, les conditions de travail offertes, le niveau d'impact sur l'organisation des services *ARU* bénéficiant d'un appui en équipement et en ressources humaines, etc.) ?
- Quelle est l'importance des facteurs qui traduisent le mieux les différences entre les pays (y compris l'engagement d'établir des éléments durables de coopération inter-pays susceptibles de durer en dehors de l'intermédiation de la coopération française) ?

– Quel est l'impact de la multiplicité des pays et des intervenants sur le déroulement et le rythme du projet. Quelles sont les raisons qui ont conduit à allonger la durée du projet prévu pour 3 ans à près de 6 ans (les retards dans le déroulement des opérations peuvent s'interpréter comme des délais de maturation nécessaires pour une appropriation nationale ; les durées figurant dans les documents de projets sont parfois fixées de façon à être conformes aux dispositions administratives et non pas aux objectifs visés) ?

2. PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE PROPOSÉE

La méthodologie proposée comporte deux volets : (i) le déroulement des tâches présenté ci-après et (ii) une liste des questions auxquelles l'équipe tentera d'apporter une réponse, organisée selon les critères d'évaluation figurant dans les termes de référence, présentée dans l'annexe « Questions d'évaluation ». Cette première liste sera complétée lors du travail de terrain, en fonction de l'importance relative des différents thèmes à analyser.

Le schéma ci-après présente les différentes tâches à réaliser et leurs articulations. Chacune de ces tâches est décrite ensuite succinctement.



Tâche 1 – Collecte/exploitation des documents disponibles au MAE et dans les SCAC

Cette tâche sera réalisée à Paris, à Bordeaux et dans les pays visités. L'ensemble des documents disponibles sera examiné par les deux experts de l'équipe de base. Il s'agit des documents suivants :

- documents de projet,
- comptes rendus des comités de suivi,
- rapports d'activités du chef de projet,
- comptes rendus de mission,
- archives du projet à Madagascar,
- archives pédagogiques à Bordeaux, Maurice et Madagascar,

- documents sur la politique et les interventions de la coopération française dans le secteur de la santé, dans la région de l’océan Indien,
- notes et documents d’analyse sur les systèmes de santé des pays concernés,
- documents nationaux de politique et de stratégie sanitaire des pays,
- stratégies et interventions des autres bailleurs de fonds dans le secteur de la santé et le sous-secteur de la formation médicale et paramédicale, dans les pays concernés,
- échanges de lettres, télégrammes diplomatiques, toutes informations susceptibles d’apporter un éclairage sur des aspects du projet.

Tâche 2 – Visites et entretiens avec les acteurs et les personnes ressources

Les experts rencontreront :

- Les personnes citées dans l’annexe des termes de référence,
- En plus de ces personnes, et en fonction du temps disponible, des responsables des hôpitaux et institutions ayant bénéficié des apports matériels financés sur le projet et des ressources humaines, médecins et infirmiers, formées dans le cadre du projet,
- Des personnes susceptibles de fournir des informations sur la prise en charge des patients dans les services hospitaliers ayant bénéficié du projet (responsables d’ONG intervenant dans les structures hospitalières, familles des personnes hospitalisées dans les services ARU...),
- Les bailleurs de fonds intervenant dans la santé et plus particulièrement dans le domaine de l’ARU.

Tâche 3 – Rédaction des guides d’entretien et des questionnaires destinés aux pays non visités

Des guides d’entretien seront élaborés dès le démarrage de la mission, à partir des questions d’évaluation. Ils seront progressivement affinés à l’aide des informations fournies lors des premiers entretiens réalisés. Ces guides auront pour objet : (i) de s’assurer que tous les thèmes nécessaires pour construire l’argumentaire de l’évaluation sont couverts, et (ii) de permettre aux experts de mener les entretiens séparément, de façon à multiplier les contacts sur le terrain tout en conservant une approche commune. Notamment, la prise en charge des bénéficiaires fera l’objet de deux guides d’entretien, l’un destiné au personnel travaillant dans les services ARU, l’autre destiné aux patients traités dans ces services (ou à leurs familles/accompagnants).

Un premier draft du questionnaire destiné aux pays non visités sera établi en début de travail sur le terrain. Il sera affiné avec l’aide des premières personnes ressources rencontrées (Bordeaux, Île de la Réunion, Mozambique) et envoyé une semaine après le début du travail de terrain.

Le draft des guides d’entretien figurera dans le rapport préliminaire.

Tâche 4 – Élaboration de fiches par pays et par grands thèmes d’évaluation

Pour chaque pays, une fiche sera élaborée comportant trois parties :

- Une description sommaire du système de santé du pays, des choix stratégiques et des contraintes,
- La description de la composante du projet concernant le pays, le déroulement des activités, les difficultés et problèmes rencontrés, les résultats directs,
- Une analyse des critères d’évaluation du point de vue du pays (pertinence, cohérence, efficience, efficacité, impact, viabilité/pérennité).

Les questionnaires retournés permettront d'établir les fiches de Djibouti, des Comores et des Seychelles.

L'ensemble des fiches rassemblera donc l'information de base nécessaire, sous une forme synthétique mais exhaustive. Cet exercice permettra de repérer à temps les éléments manquants pour réaliser l'évaluation telle qu'elle a été conçue dans cette proposition (données, explications de certains points...) et de contacter à temps les personnes ressources connaissant les points en question. Il facilitera ensuite la construction de la structure logique du projet, son évaluation et la rédaction du rapport.

Tâche 5 – Préparation des tableaux financiers et des tableaux de résultats

Les experts prépareront les documents de synthèse, rassemblant notamment :

- Les résultats directs du projet : nombre de personnes formées par type de formation, équipements et autres éléments fournis aux structures, assistance technique, partenariats constitués et activités, etc.,
- Les tableaux financiers,
- Tous autres documents de synthèse préparant la réunion de partage objet de la tâche suivante.

Tâche 6 – Restitution/partage des analyses et des conclusions provisoires avec les acteurs du projet à Madagascar

Afin de discuter et de confirmer les résultats obtenus avant de quitter le terrain, il est proposé d'organiser un séminaire de travail avec les membres du SCAC de Tananarive et avec ceux des partenaires que le SCAC voudra inviter. Au cours de ce séminaire, les experts feront un résumé de leurs travaux et exposeront leurs premiers résultats et conclusions provisoires, qui seront confirmés ou infirmés, ou encore relativisés, et de toute façon enrichis à l'aide des discussions qui s'ensuivront.

Tâche 7 – Rédaction du rapport provisoire

Un plan sera établi et les résultats et conclusions provisoires seront présentés dans un rapport provisoire qui sera soumis au Comité de pilotage de cette évaluation.

Après un délai de lecture, une réunion sera organisée avec le Comité de pilotage de l'évaluation. Au cours de cette réunion, les membres du Comité exprimeront leurs commentaires sur le rapport présenté.

Tâche 8 – Rédaction du rapport final

Le rapport final sera préparé en incorporant au rapport provisoire les remarques et observations formulées par les membres du Comité de pilotage.

3. QUALIFICATIONS, EXPÉRIENCES ET COMPÉTENCES DE L'ÉQUIPE PROPOSÉE

PHI Consulting propose une équipe de base constituée de deux consultants seniors d'expertise complémentaire, tant technique, dans le domaine santé et du développement, que géographique : Michel Duprat et Jackie Nachtigal. PHI Consulting propose aussi d'associer à l'équipe de base un conseiller méthodologique spécialiste de l'évaluation de projets de formation : Christian Dessallien. De plus, l'équipe intégrera un expert en formation ARU des personnels infirmiers, qui sera choisi parmi les personnes travaillant à la Réunion dans ce domaine, au cours de la période précédant le démarrage de l'évaluation.

Michel Duprat, médecin, spécialiste de santé publique, dispose d'une solide expérience en médecine d'urgence, et en formation médicale et hospitalière. Il a travaillé dans le cadre des ARU en France (Samu) en Égypte (mise en place d'un hôpital Universitaire) et au Botswana (directeur de région sanitaire). Il a aussi animé des formations à l'évaluation de terrain dans le secteur hospitalier, en Afrique et dans les pays d'Europe de l'Est. Il a travaillé à Djibouti et au Mozambique et connaît bien Maurice. Il est proposé en tant que chef d'équipe et sera plus particulièrement chargé des points relatifs aux techniques médicales (contenu des formations, méthodes d'enseignement, qualité des soins, etc.).

Jackie Nachtigal, économiste, possède une longue expérience des études et des évaluations, notamment pour le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et pour le MAE, ainsi qu'une compétence confirmée en économie de la santé. Elle a séjourné six mois à Madagascar sur un projet d'appui au ministère de la formation professionnelle (1996-1997) et a établi des échanges avec les services équivalents de la Réunion. Elle a aussi réalisé deux études d'identification dans le secteur de la santé à Djibouti (1988 et 1992). Elle sera chargée plus particulièrement des politiques et stratégies nationales de santé, des aspects économiques et financiers et de l'approche des impacts.

Christian Dessallien est un spécialiste reconnu en évaluations qu'il réalise depuis de nombreuses années pour différents bailleurs de fonds et notamment pour le MAE. Il possède aussi des compétences affirmées dans l'ingénierie de la formation. Il apportera un appui méthodologique (validation des guides d'entretien et des questionnaires) et contribuera à la préparation des rapports.

Les CV des deux experts de l'équipe de base sont joints à la présente offre. Le CV de l'expert formation des personnels paramédicaux sera communiqué avant le départ de l'équipe de base sur le terrain.

Questions d'évaluation

Questions d'évaluation	Comment y répondre ?
------------------------	----------------------

1- Préparation du projet

Description de la préparation : – À quelles demandes/problèmes répondait le projet ? – Quels partenaires ont été impliqués dans son élaboration ? – Comment était configuré le projet à l'origine ? – Quelles ont été les raisons motivant le choix des composantes ?	– Exploitation des documents de projet. – Exploitation des comptes rendus des réunions de préparation... – Entretiens avec les acteurs.
--	---

Pertinence : – Ce projet correspondait-il aux orientations de la politique nationale sanitaire de chacun des pays ? – Y a-t-il eu adéquation entre les objectifs du projet et les problèmes que les autorités voulaient résoudre ? – Y a-t-il eu adéquation entre les réponses apportées, à travers les actions menées par le projet, et les besoins en <i>ARU</i> ? – La décision d’entreprendre ce projet ainsi que sa réalisation étaient-elles en coordination avec les actions des autres bailleurs de fonds ? – Les solutions techniques et organisationnelles retenues correspondaient-elles aux capacités locales ?	– Appréciation sur l’adéquation des formations données (discussion des contenus et des cursus, appréciation de la durabilité/pérennité des projets). – Comparaison avec les choix des autres bailleurs de fonds intervenant dans le secteur. – Identification des éventuels surdimensionnements (niveau d’utilisation des équipements et matériels fournis aux institutions et aux services <i>ARU</i> des hôpitaux).
Cohérence interne et externe : – Quelle était la qualité intrinsèque du projet (configuration par composantes, équilibre activités/ressources, organisation, plans d’activités, chronogramme) ? – Quelles étaient les complémentarités avec les autres actions de la coopération française et avec les actions des autres bailleurs de fonds et des pays bénéficiaires ?	– Informations disponibles dans les évaluations déjà réalisées. – Informations collectées lors des entretiens avec les principaux bailleurs de fonds intervenant dans la santé et avec les responsables nationaux des systèmes de santé.

2- Exécution du projet

Déroulement des activités – Comment s’est déroulé le projet ? – A-t-il été modifié en cours de route et pourquoi ? – Quelles ressources ont été mobilisées ? – Quelles activités ont été réalisées ? Par qui ? – Quels résultats directs ont été produits ? Pour qui ?	– Exploitation des documents de projet et des avenants éventuels. – Exploitation des comptes rendus d’exécution, des comptes rendus des comités de pilotage... – Entretiens avec les acteurs.
Efficience : – Quelles sont les caractéristiques des opérateurs qui ont réalisé ce projet ? Comment ont-ils été sélectionnés ? – Les méthodes étaient-elles efficaces ? – Comment ont été organisés les partenariats et quelles ont été leur qualité ? – Le projet a-t-il été bien géré ? – Pourquoi le chronogramme n’a-t-il pas été réalisé comme prévu ? – Pour quelles raisons, le nombre de formations prévues initialement n’a pas été atteint ? – Y a-t-il eu des différences d’efficacité entre les pays ? – Quelles en étaient aspects et les raisons ?	– Informations disponibles dans les évaluations déjà réalisées. – Analyses complémentaires sur l’efficacité, afin d’avoir des résultats homogènes entre les différents pays.

3- Résultats d'ensemble du projet

Efficacité : – Quel est le niveau d'atteinte des objectifs principaux du projet ? – Y a-t-il eu des différences significatives d'efficacité entre les pays ? Si oui, quelles en sont les explications ? – Comment cette efficacité se compare-t-elle avec celle des autres aides bi ou multilatérales ? Impact : – Le projet a-t-il produit les effets escomptés ? – Y a-t-il eu des effets positifs ou négatifs imprévus ? – Y a-t-il eu un effet de levier ? Comment ? – Quels sont les autres effets éventuels d'entraînement ?	– Informations sur l'efficacité et l'impact collectées dans les documents disponibles, au cours des entretiens et des visites de terrain. – Relevés des registres dans les services <i>ARU</i>. – Groupes de discussion dans les structures hospitalières et dans les institutions de formation. – Existence de partenariats régionaux fonctionnels.
Viabilité/Pérennité : – Quelle est la viabilité technique et financière des organismes, services, mécanismes, mis en place par le projet ? – Comment la formation <i>ARU</i> a-t-elle été intégrée dans les cursus des différents pays ? Quels sont les facteurs expliquant les différences ? – Les effets produits par le projet sont-ils (seront-ils) durables ?	– Appréciation de l'existence et du montant des budgets de fonctionnement des institutions et des services <i>ARU</i> (exploitation, maintenance, rémunération des personnels). – Recettes et charges induites : conditions d'équilibre. – Insertion des dispositifs laissés par le projet dans la programmation budgétaire des pays. – Discussions avec les opérateurs pour relever leur appréciation quant à la poursuite des effets du projet. – Existence d'équipes susceptibles d'assurer la relève de l'assistance technique française.
Visibilité : – Le projet est-il visible ? – À travers le projet, la coopération française est-elle visible ?	– Identification des signes de cette visibilité : projet connu des responsables nationaux, des autres bailleurs de fonds, de la population locale ; projet cité dans les médias...
Répliquabilité : – Quelles sont les conditions de réussite de ce type de projet ? – Ce type de projet peut-il être répliqué ? Est-il transposable à d'autres régions ? – Pourrait-il être réalisé par les seules autorités des pays concernés ?	– Observations des évaluateurs et réflexion en relation avec leurs expériences antérieures, opinions des acteurs, opinions des responsables nationaux et des autres bailleurs de fonds.
Enseignements à tirer du projet : – Des enseignements peuvent-ils être tirés du projet (conception et modalités de mise en œuvre, selon le niveau de développement des systèmes de santé des pays) ?	– Réflexions de l'évaluateur, partagées avec les acteurs et les personnes ressources (lors des entretiens).

4- Bilan/Conclusions et recommandations

– Points forts et points faibles du projet. – Quelles mesures permettraient d'augmenter l'efficacité et l'impact du projet ? – Quelles mesures devraient être adoptées en cas de répliquabilité ? – Le projet permet-il de dégager des nouvelles orientations d'intervention pour la coopération française dans le secteur de la santé ?	– Réflexion sur la conception du projet, sur le choix des opérateurs, l'organisation du projet, le système de suivi et contrôle, le dispositif de capitalisation, les modes de partenariat. – Justification des recommandations.
--	--

Annexe 9. Membres du comité de pilotage et dates des réunions

M. José GOHY	Président du comité de pilotage SME/PAF/FSP - Bureau du FSP
Dr. Hervé d'ORIANO	DCT/HSA – Bureau de la santé
Dr François LAHAYE	DCT/HSA – Bureau de la santé
M. Jean-François LANTÉRI	CG/AI – Département d'Afrique et de l'océan Indien
Dr Bernard MONTAVILLE	SUR/U – Bureau de la coopération universitaire
M. Michael RULETA	SME/SQM/EVA – Bureau de l'évaluation
M. Charles TELLIER	CG/AI – Département d'Afrique et de l'océan Indien

1 ^{ère} réunion	21 octobre 2003	(validation des termes de référence)
2 ^e réunion	24 novembre 2003	(choix de l'expertise)
	<i>27 juillet 2004</i>	<i>(notification)</i>
3 ^e réunion	21 octobre 2004	(entretien avec les consultants)
4 ^e réunion	21 décembre 2004	(aide mémoire mission de terrain)
5 ^e réunion	11 mai 2005	(rapport définitif provisoire)

N. B. : Le délai pour le lancement de l'évaluation a été causé par les difficultés de financement (absence de crédits de paiement sur le FSP), puis la mission de terrain au Mozambique envisagée fin 2004 a été effectuée au premier trimestre 2005.

Annexe 10. Résumé

Le Projet d'appui au développement de l'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence (PARMU) a été conçu pour développer la qualité de services spécialisés dans six pays de l'océan Indien.

Prévu pour 36 mois sur un financement de 1,52 millions d'euros, il a démarré en 1998 et est arrivé à terme en 2003. L'évaluation a été réalisée entre octobre 2004 et mars 2005.

DESCRIPTION

Le PARMU visait à spécialiser trente médecins et soixante infirmiers, à renforcer les capacités de formation et les capacités de services hospitaliers afin de contribuer à améliorer la prise en charge des patients du secteur anesthésie-réanimation et médecine d'urgence.

Il a associé le ministère des Affaires étrangères aux autorités de pays relevant du champ de compétence de la coopération française (Comores Djibouti, Madagascar, Maurice, Mozambique, Seychelles). Il a bénéficié des relations anciennes tissées entre les pays de l'océan Indien et l'Université de Bordeaux (UB2).

Le programme comportait trois composantes :

- i) un appui à deux instituts de formation pour les médecins à Maurice (MIH) et pour les infirmiers à Madagascar (IFP) ainsi qu'aux services utilisés comme terrain de stage dans tous les pays,
- ii) des programmes de formation de médecins et de personnels paramédicaux associés à des sessions de formation de formateurs,
- iii) la coordination du projet.

Le suivi a été assuré par un comité inter-États qui s'est réuni annuellement et par comité de pilotage.

RÉSULTATS

Réhabilitations et équipements des structures

Le PARMU a financé la réhabilitation de salles de l'IFP et du service d'Anesthésie Réanimation de Moroni à hauteur de 33 000 euros, des équipements pédagogiques pour l'IFP et le MIH pour 293 000 euros, des équipements biomédicaux pour les terrains de stage pour environ 130 000 euros ainsi que des ouvrages médicaux pour chaque étudiant et les services utilisés d'une valeur de 177 000 euros.

Formation des médecins et paramédicaux

Après une sélection stricte, seize médecins candidats ont suivi 3 ans de formation en alternance : 9 mois de stage pratique dans les hôpitaux des pays d'origine sous la tutelle d'un maître de stage et 8 semaines de séminaire théorique au MIH, plus une 4^e année de stage personnalisé de FFI en France. Quinze (dont sept mauriciens) sont devenus des spécialistes de qualité, titulaires d'un diplôme reconnu (Attestation de Formation Spécialisée).

Quarante-trois paramédicaux ont été formés en deux promotions. Ils ont suivi en alternance deux sessions d'enseignement théorique plus deux périodes de stage pratique de 9 mois dans le pays d'origine, sous la responsabilité de maîtres de stage. La 1^{ère} promotion comportait vingt-neuf étudiants (vingt malgaches, trois comoriens, trois djiboutiens et trois seychellois) ; la 2^e promotion, quatorze (dix malgaches et quatre comoriens), n'a pas bénéficié de la même qualité d'enseignement. L'ensemble des personnels formés, à l'exception notable des infirmiers malgaches, occupent une fonction correspondant à leur spécialisation.

Formation de formateurs

Elle a concerné sept médecins mauriciens et neuf moniteurs infirmiers (dont six malgaches). Associés à des Assistants Techniques (AT) spécialisés et les enseignants de l'UB2, ils constituaient l'encadrement des stagiaires.

D'autres médecins (une dizaine) ont aussi bénéficié de stages de formations sur des financements PARMU.

Le taux d'exécution des travaux et équipements atteint 97,5 %, celui des programmes de formation est de 94,1 % et celui de la coordination est de 85 %. La coordination a représenté 19 % des dépenses. L'évaluation a été financée sur le budget affecté aux services centraux.

Les pays hôte de la formation ont reçu une part très significative du budget en particulier Madagascar (43,2 %).

ÉVALUATION

L'évaluation externe avait pour objectif : i) d'établir un bilan des opérations et des résultats ; ii) d'apprécier la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'impact et la pérennité du projet; iii) d'analyser les différences observées entre les pays.

Le projet était pertinent par rapport à la situation sanitaire, aux politiques de santé et aux besoins. En effet, tous les pays bénéficiaires manquent de spécialistes compétents en ARU. Ce besoin est particulièrement sérieux dans les deux pays les plus peuplés : Madagascar et Mozambique dotés de capacités de formation limitées. Se pose toutefois le problème de l'utilisation des compétences acquises : seuls les pays où les conditions d'exercice professionnel sont correctes (Maurice, Mozambique et les Seychelles) utiliseront au mieux les personnels formés, ailleurs une perte d'efficacité et d'impact conséquente est à craindre.

La gestion et la coordination financières, du projet ont été maîtrisées. Le taux d'exécution du budget total est satisfaisant (93,7 %) et dépasse 80 % dans tous les pays ; les pièces comptables sont disponibles; seules quelques économies marginales auraient pu être faites.

Les coûts unitaires de formation s'établissent à 77 337 euros par médecin et à 28 101 euros par infirmier. Ce chiffre élevé mérite d'être discuté. D'une part, en l'absence d'une norme, toute comparaison est difficile car le coût d'une bourse de spécialité varie beaucoup suivant les lieux de formation ; il est estimé par l'OMS à 40 000 euros pour 4 ans. D'autre part, le périmètre des dépenses est imprécis. Ainsi, il intègre des dépenses plus ou moins directement liées à la formation (équipements) alors que d'autres coûts tels que des rémunérations (salaires d'AT ou le paiement des FFI) ne sont pas comptabilisées.

Le Parmu devait former trente médecins et soixante infirmiers, ce qui aurait conduit à un coût unitaire de l'ordre de 50 000 euros pour les médecins et 25 000 euros pour les infirmiers, hypothèse irréaliste aujourd'hui. Il apparaît donc que soit le coût des formations était sous-évalué, soit les objectifs initiaux étaient trop ambitieux.

L'efficacité du projet varie en fonction des bénéficiaires. Les objectifs visés étaient ambitieux par rapport aux capacités de réponse de certains pays particulièrement dans le contexte de crise à Madagascar. Le projet a contribué clairement au renforcement des capacités de formation (et d'abord du MIH), en perfectionnant des formateurs, en équipant des terrains de stages et en formant des professionnels de qualité reconnue, en particuliers des médecins. Par contre, l'objectif affiché de complémentarité des capacités de formation entre les six pays apparaît prématuré et la contribution du projet au renforcement des réseaux régionaux n'est que très partielle.

Enfin, le PARMU a induit des bénéfices spécifiques tels que la mise en œuvre d'un cursus personnalisé et régionalisé ou le contrôle de la fuite des cerveaux

L'impact du projet sur la relève de l'assistance technique française est réel : de nouveaux spécialistes ont remplacé les AT aux Comores, à Djibouti et aux Seychelles mais cette relève pose d'autres problèmes à Madagascar. L'amélioration de la prise en charge des patients en AR tant au plan quantitatif (nombre de patients pris en charge) que qualitatif (qualité des soins) reste difficile à quantifier et vraisemblablement faible en termes épidémiologiques.

La constitution d'un pôle d'excellence technique francophone en est à ses débuts.

La viabilité des résultats dépend de l'environnement des systèmes sanitaires nationaux en particulier de la pérennité de leur financement. En l'absence de mesures compensatoires, le risque de déqualification des personnes formées est conséquent. En outre, un institut de formation sur deux est en situation délicate, et la poursuite du renforcement des réseaux n'est pas assurée.

Certaines modalités du PARMU ont été reprises pour la formation d'infirmiers malgaches mais surtout pour la formation de spécialistes mauriciens actuellement en cours. On peut noter que le projet Sida-médecine d'urgence prévu par la Commission de l'océan Indien s'inspire du PARMU qu'il complète par ailleurs.

CONCLUSION

Le projet PARMU est pertinent par rapport aux besoins, mais il a souffert de difficultés dans l'intégration des personnes formées surtout à Madagascar.

Il a mis en œuvre une approche cohérente du développement de l'AR mais la dimension urgence a été partiellement négligée.

En termes d'efficience, le coût par personne formée est relativement élevé surtout si on le rapporte au nombre de personnes utilisant effectivement leurs compétences.

En termes d'efficacité, le projet a contribué au renforcement des structures de formation et des équipes AR des hôpitaux de référence.

Son impact n'est pas aisé à apprécier. Il est très dépendant des conditions locales et donc très variable selon les pays.

La viabilité des résultats est fonction de l'environnement national.

Le projet a souffert d'une sous-estimation initiale mais a été dans l'ensemble correctement managé. Ces limites peuvent s'expliquer si l'on considère que le PARMU représentait un projet expérimental.

Il doit aujourd'hui s'inscrire dans la perspective de la coopération médicale française qui redéfinit les responsabilités du MAE et dont les orientations sont en cours de finalisation.

Recommandations

- Visant au renforcement de l'efficience :
 - Concevoir une comptabilité analytique et un tableau de bord,
 - Insister davantage sur le respect des conventions de financement,
 - Renforcer la communication autour des projets en particulier autour des aides financières.

- Visant au renforcement de l'efficacité :

- Dès l'identification, concevoir un suivi « post projet » avec un financement dédié,
- Mieux tenir compte, lors de la préparation des projets, des contextes nationaux,
- Développer l'accès à l'Internet dans les services hospitaliers.

- Autres recommandations :

Pour la coopération française :

- Développer un programme de formation aux urgences, adapté au contexte national,
- Poursuivre l'approche régionale et l'utilisation des compétences régionales,
- Poursuivre l'appui à la formation de cadres infirmiers qui font défaut aux pays de la région.

Pour les ministères de la Santé des pays bénéficiaires :

- Améliorer la politique de gestion des matériels médicaux et de maintenance,
- Intégrer dans les enseignements de spécialités des notions de management et de gestion.

TITRES DISPONIBLES DANS LA SÉRIE « ÉVALUATIONS »

- Le programme des volontaires européens de développement. Évaluation de la phase pilote (1986-1988) (n° 3)
- L'École Nationale Supérieure des Industries Agro-Alimentaires du Cameroun (ENSIAAC) (n° 6)
- Faune sauvage africaine. Bilan 1980-1990. Recommandations et stratégie des actions de la coopération française (n° 8)
- Le Comité Interafricain d'Études Hydrauliques (CIEH) (n° 10)
- La politique des bourses. Évaluation de l'aide publique française (1979-1988) (n° 11)
- La reconversion des agents de la fonction publique en Guinée. Évaluation de l'aide française (1986-1992) (n° 12)
- L'Association Française des Volontaires du Progrès (n° 13)
- L'appui dans les secteurs du plan et des statistiques (n° 14)
- L'appui aux formations dans le secteur BTP (n° 15)
- L'appui au système éducatif tchadien (n° 16)
- L'appui à l'opération villages-centres du Congo : Mindouli et Lékana (n° 17)
- L'appui dans le domaine du livre et de l'écrit (n° 18)
- Les administrations mauritaniennes des finances et du plan (n° 19)
- Les réseaux de développement (n° 20)
- La politique du ministère en faveur de la coopération décentralisée (n° 21)
- La politique des crédits déconcentrés d'intervention (1988-1993) (n° 22)
- L'appui au développement urbain et à la gestion locale au Bénin et à Madagascar (1982-1994) (n° 24)
- La navigation aérienne et les activités aéroportuaires en Afrique subsaharienne et dans l'Océan indien (n° 25)
- Le volontariat français dans les pays en développement (1988-1994) (n° 26)
- Conséquence de la suspension de la coopération. Cas du Togo, du Zaïre et d'Haïti (n° 29)
- La coopération documentaire (1985-1995) (n° 33)
- Étude de synthèse d'évaluations de l'action des ONG (n° 34)
- Programme d'appui aux administrations financières et économiques (PAAFIE) (n° 35)
- Programme mobilisateur Femmes et développement (n° 37)
- Évaluation rétrospective des FAC d'intérêt général (91, 93, 95) consacrés à l'appui à la politique sectorielle en éducation formation (n° 38)
- Évaluation de la politique française d'aide dans le secteur minier (n° 39)
- Évaluation de la politique française d'aide dans le secteur Jeunesse et Sports (n° 41)
- Évaluation du programme CAMPUS. Coopération avec l'Afrique et Madagascar pour la promotion universitaire et scientifique (n° 42)

- Évaluation dans le secteur de la santé au Cambodge (n° 44)
- Évaluation rétrospective des systèmes financiers décentralisés (n° 45)
- Évaluation du projet ARCHES (n° 46)
- Projet santé Abidjan. Évaluation des FSU-Com (n° 47)
- Évaluation du F3E (Fonds pour la promotion des études préalables, des études transversales et des évaluations) (n° 48)
- Évaluation des actions de l'aide française dans le secteur agricole et l'environnement à Madagascar (n° 49)
- Évaluation du programme développement local et migration au Mali et au Sénégal (n° 50)
- Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida (1987-1997), 2 tomes (n° 51)
- Évaluation des programmes prioritaires Palestine et Viêtnam (n° 52)
- Évaluation de la formation des personnels de santé en Afrique et à Madagascar (n° 53)
- Étudier en français en Europe centrale et orientale. Évaluation des filières universitaires francophones (n° 54)
- Évaluation d'actions de coopération franco-marocaines pour la recherche scientifique. Programmes d'actions intégrées (n° 55)
- Évaluation du pôle régional de recherche appliquée au développement des savanes d'Afrique centrale (Prasac) du Coraf. (n° 56)
- Évaluation de la coopération télévisuelle en Afrique subsaharienne (1995-2000) (n° 57)
- Rapprocher les jeunes du Sud et du Nord. Évaluation de Villes. Vie. Vacances/Solidarité internationale et de Jeunesse/Solidarité internationale (n° 58)
- Évaluation de l'aide française dans le secteur pharmaceutique – Afrique subsaharienne et Madagascar (1994-2001) (n° 59)
- Évaluations (Fiches-résumés de 28 évaluations réalisées entre 1993 et 1997)
- Évaluation de la coopération culturelle, linguistique et éducative en Amérique centrale (n° 60)
- Évaluation du dispositif des crédits déconcentrés « Fonds social de développement » (n° 61)
- Festival international des francophonies en Limousin (n° 62)
- Évaluation de la coopération française dans le secteur de la santé au Gabon (n° 63)
- Appui à la professionnalisation des opérateurs culturels du continent africain (n° 64)
- Évaluation de la coopération décentralisée franco-malienne (n° 65)
- Évaluation des appuis de la France et de la Communauté européenne aux écoles africaines de statistique (n° 66)
- Soutenir le cinéma des pays du Sud (n° 67)
- La coopération scientifique et universitaire franco-sud-africaine (n° 68)
- Le secteur forestier en Afrique tropicale humide 1990-2000 (n° 69)
- Programmes de recherche bilatéraux en Europe 1990-2000 (n° 70)
- L'appui de la France aux associations pour la recherche en Finlande, Norvège et Suède (n° 71)
- Appui à la coopération non gouvernementale au Cambodge 1993-2003 (n° 72)
- Évaluation de l'enseignement technique et de la formation professionnelle (n° 73)
- Évaluation Convention d'objectifs avec Cités Unies France (n° 74)

- L'appui de la France aux éducations en développement (n° 75)
- Amélioration des conditions sociales de vie des réfugiés palestiniens (n° 76)
- Évaluation des programmes d'appui aux actions non-gouvernementales en Bolivie (n° 77)
- Évaluation rétrospective des actions d'appui à la mise en place de SAMU (1993-2002) (n° 78)
- Projet d'appui à la réforme des systèmes hospitaliers dans les pays de la ZSP/ Évaluation rétrospective (1998-2003) (n° 79)
- Évaluation du programmes des évaluations 2000-2004 / Les évaluations dans la ZSP (n° 80)
- Évaluation de la politique des bourses attribuées par le MAE aux étudiants étrangers (1998-2004) (n°81)
- La coopération franco-indienne en sciences humaines et sociales (1992-2004) (n° 82)
- Programmes d'actions intégrées de recherche (PAI) franco-tunisiens (1996-2004) (n° 83)
- **Projet d'appui au développement de l'anesthésie réanimation et médecine d'urgence dans l'Océan Indien (PARMU) (n° 84)**
- Appui de la coopération française à l'organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS) (n° 85)
- Programme franco-chinois de recherches avancées (1993-2003) (n° 86)
- Actions de formation dans le domaine du développement social (1997-2003) (n° 87)

