



# Réseau Pratiques

## La Fiche Pratique

### AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences « Pratiques » sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la « charte Inter Aide ».

Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas « dire ce qu'il faudrait faire » ; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.

Les auteurs de « Pratiques » ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent, soient données intégralement y compris cet avis. Si elles sont citées, la source (Réseau Pratiques) et les auteurs doivent être mentionnés intégralement.

## AMELIORER LA QUALITE DES SOINS REMBOURSES

THEME	
<b>Acteurs</b>	ATIA – AFAFi
<b>Date</b>	25/04/2024
<b>Auteurs</b>	Marc Giordan, référent qualité des soins et Thierry Comolet, médecin et chef de secteur lutte contre la Tuberculose
<b>Relecteur</b>	Brendan Farell, chef de secteur mutuelle de santé et Adrien Cascarino, co-directeur
<b>Mots clés</b>	Qualité des soins – Madagascar – mutuelle de santé – médecin - prescription
<b>Résumé</b>	<p>L'initiative MISSONGA lancée par la mutuelle de santé AFAFi à Madagascar avec l'appui d'ATIA dès 2020, vise à améliorer la qualité des soins offerts par les médecins exerçant en libéral dans la capitale de Madagascar. En dépit du contexte contraint par les ressources limitées des bénéficiaires qui ne sont pas en mesure de payer une cotisation mensuelle élevée, MISSONGA fait le pari qu'il est possible de « faire de la bonne médecine à un coût abordable pour les familles ».</p> <p>Ce document présente les premiers résultats et retour d'expériences issus de ce dispositif, qui est toujours en cours de déploiement.</p>

## Sommaire

1. Rembourser des soins dans un pays en voie de développement ..... 2
2. L'initiative MISSONGA à Madagascar..... 3
  - 1.1 La situation à Antananarivo : le cas des prescriptions médicales..... 3
  - 1.2 Les autres composantes « vulnérables » de la qualité des soins..... 4
  - 1.3 La réponse « MISSONGA » ..... 5
3. Améliorer la qualité des soins remboursés au Burkina Faso et au Togo : ..... 10

## 1. Rembourser des soins dans un pays en voie de développement

Dans des pays où la couverture santé universelle n'existe pas ou tarde à se mettre en place pour les plus démunis, ATIA, et ses partenaires locaux, ont mis en place plusieurs dispositifs mutualistes originaux permettant d'offrir une couverture santé minimale à des familles précaires travaillant exclusivement dans le secteur informel.

Avec 35 358 bénéficiaires (membres actifs à fin novembre 2023) à Madagascar et 40 084 (membres actifs à fin décembre 2023) au Burkina Faso, ces mutuelles de santé ont déjà atteint une dimension significative et le fonctionnement mis en place intéresse les autorités sanitaires de ces mutuelles dans ces deux pays. Au Togo, un dispositif mutualiste analogue a été lancé en fin d'année 2023 en lien étroit avec le Ministère de la Santé.<sup>1</sup>

Dans chaque pays, des conventions sont signées avec les principaux dispensaires ou formations sanitaires et avec les centres hospitaliers publics où les adhérents sont susceptibles de se présenter ou d'être référés, mais aussi avec des médecins libéraux qui s'engagent de manière non contraignante à fournir des soins de qualité avec des coûts encadrés, notamment en utilisant préférentiellement des médicaments génériques.

Dans les deux premiers pays (Burkina et Madagascar), des médecins conseil salariés de la mutuelle examinent les ordonnances avant de rembourser les soins prescrits. Ils analysent d'une part la recevabilité du remboursement en fonction des droits de l'assuré, mais aussi, dans une certaine mesure encadrée par la déontologie, la pertinence de la prescription et les éventuelles incohérences. Dans ce dernier cas, ils peuvent contacter le médecin prescripteur pour tenter de discuter leurs observations.

Il est cependant apparu que l'action des médecins conseils ainsi que la supervision médicale d'ATIA se heurtaient à de nombreuses difficultés, notamment parce que les médecins prescripteurs, qu'ils exercent dans le secteur public ou dans le secteur privé, acceptaient difficilement la remise en cause de leurs pratiques par des praticiens extérieurs, surtout non libéraux. Pour ATIA cependant, comme

<sup>1</sup> Pour plus d'informations, un document récapitule l'historique et le modèle des mutuelles soutenues par ATIA ici : <https://reseau-pratiques.org/capitalisation-mise-en-place-de-mutuelles-de-sante/>. Un Essai Contrôle Randomisé a aussi été effectuée sur l'impact financier de la mutuelle soutenue par ATIA au Burkina Faso : <https://reseau-pratiques.org/evaluation-au-travers-dun-essai-controle-randomise-de-limpact-dun-dispositif-de-sante-et-protection-sociale-mis-en-place-pour-les-familles-vulnerables-au-burkina-faso/>

pour tout organisme prenant en charge des soins, le fait de rembourser des prescriptions dont l'intérêt serait discutable ou, pire délétère, pose très sérieusement question. La Banque Mondiale pose très clairement cette question de la valeur des soins (dispensés et remboursés) avec cette équation très parlante : valeur des soins = qualité X accès<sup>2</sup>. Toute mutuelle/assurance influence la variable d'accès (financiers) aux soins, mais in fine la « valeur » réelle de ces soins pour les utilisateurs dépend en fait de leur qualité (qui peut, au pire, parfois s'avérer nulle). D'autre part, sur un plan de solidarité /partage des risques propre aux mutuelles, le fait de rembourser des soins de peu de valeur pour certains bénéficiaires, diminue d'autant la capacité à rembourser des soins indispensables pour d'autres situations et handicape donc d'autant ces derniers. Sur la base de ce constat, une nouvelle stratégie a été mise en place avec nos partenaires pour contribuer à améliorer la qualité des soins.

Cette stratégie part de l'observation que la qualité des soins dépend d'un grand nombre de facteurs ; certains hors d'atteinte de nos intervention -surtout pour des communautés très pauvres qui constituent notre cible- cependant cette qualité peut être influencée/améliorée par (i) les prescripteurs eux-mêmes, (ii) les patients et leur comportement aussi, et (iii) encore la Mutuelle, en tant qu'acteur légitime et respectable de la société civile.

Dans ce document nous détaillerons principalement le premier volet : le rôle des soignants/médecins prescripteurs : l'initiative MISSONGA.

## 2. L'initiative MISSONGA à Madagascar

L'initiative MISSONGA (« Progresser » ou « Aller de l'avant » en malgache ; **M**édecins **I**nvestis pour des **S**oins de **S**anté **O**rienté selon les **N**ormes **G**arantissant la **Q**ualité) lancée par la mutuelle AFAFI avec l'appui d'ATIA dès 2020, vise à améliorer la qualité des soins offerts par les soignants partenaires conventionnés. En dépit du contexte contraint par les ressources limitées des bénéficiaires qui ne sont pas en mesure de payer une cotisation mensuelle élevée<sup>3</sup> MISSONGA fait le pari qu'il est possible de « faire de la bonne médecine à un coût abordable pour les familles ».

Ce document présente les premiers résultats et retour d'expériences issus de ce dispositif, qui est toujours en cours de déploiement.

### 1.1 La situation à Antananarivo : le cas des prescriptions médicales

Dans la pratique à Antananarivo, les praticiens, qu'ils interviennent dans le secteur privé ou dans le secteur public, sont confrontés à un triptyque de difficultés que l'on retrouve dans beaucoup de pays émergents en l'absence de tout système de régulation :

- Une automédication assez généralisée en amont des consultations chez un médecin, en raison de la large panoplie des produits disponibles sur les marchés et dans les épiceries. Cette automédication incite les praticiens –qui interviennent donc souvent en seconde ligne après automédication- à recourir d'emblée à des traitements normalement réservés à une seconde ou troisième intention après un échec confirmé des traitements de première ligne

<sup>2</sup> La Banque Mondiale (2022). Améliorer la couverture effective en matière de santé : les incitations financières fonctionnent-elles ? (page 78). Repéré ici : <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/8d6771ae-d164-597d-961e-010870601b27>

<sup>3</sup> Le montant de la cotisation mensuelle par famille de la mutuelle AFAFI est en moyenne autour de 5 500 Ariarys, soit environ 1.11 euros.

- Des ruptures d'approvisionnement sur des produits essentiels (notamment ceux dont les prix sont subventionnés ou contrôlés), contraignant les praticiens à prescrire des produits plus coûteux mais pas plus efficaces. L'acquisition de médicaments essentiels génériques pour le secteur public et non lucratif est organisée à Madagascar par une Centrale d'Achat, publique, soutenue par plusieurs bailleurs de fonds, Centrale qui présente de manière chronique quelques difficultés de financement, de trésorerie et d'approvisionnement. A côté, un marché privé constitué de plusieurs sortes de distributeurs répartiteurs (grossistes, pharmacies privés ou dépôts publics) prospère, relayé par un marché informel très actif (illicite mais toléré) de vente de médicaments courants dans les petites épiceries de quartier et même chez les praticiens de ville.
- Une pression considérable et habilement incitative exercée par l'industrie pharmaceutique en faveur de spécialités dont l'utilité est contestée par les recommandations internationales (sirops mucolytiques, fortifiants etc.), ou encore qui sont proposés en dehors du cadre de leur autorisation de mise sur le marché (plusieurs médecins participant nous ont expliqué ainsi que des visiteurs médicaux les avait incité de façon répétée à prescrire un macrolide récent, aux supposées propriétés anti-inflammatoire pour soigner l'arthrose)

A ces contraintes externes, s'ajoutent, pour les médecins libéraux la contrainte interne de la rentabilité du cabinet dans un contexte concurrentiel. Puisque des honoraires élevés dissuadent les patients de venir consulter, les praticiens plafonnent ceux-ci à un niveau assez faible et compensent ce faible gain par une activité de « pro-pharmaciens » qui est absolument généralisée à Antananarivo sans être vraiment légale. Un rapide sondage effectué sur place indique que la vente des médicaments représente entre 50 et 70 % des recettes de l'activité libérale d'un médecin. Ainsi, pour assurer le niveau de vie qu'ils attendent, les praticiens libéraux sont « obligés » de prescrire largement, en privilégiant les produits à plus forte valeur ajoutée : spécialités coûteuses, injectables, ou encore en vendant les échantillons médicaux qui leur sont offerts par l'industrie dans le respect très approximatif de leurs indications. Lorsque les praticiens disposent ou travaillent en lien avec un laboratoire d'analyses, la prescription d'examen complémentaires relève de la même logique. Le service de dispensaires publics, où les consultations sont gratuites et les médicaments subventionnés, devraient théoriquement échapper à ce triptyque péjoratif. Cependant, le faible niveau des rémunérations (et l'absence de contrôles et de sanctions) est l'explication donnée pour justifier, dans certains centres de soins publics, divers mécanismes en place assurant pénurie/détournement, puis revente de médicaments- provenant des achats publics ou du marché privé, dans une même logique de sur-prescription, garante de sur-rémunération.

A Antananarivo, le nombre de centres de santé de base étant faible, l'offre de soin existante est proposée en grande partie par des médecins libéraux. Les fortes contraintes qui pèsent sur eux ont donc un effet important sur la qualité des soins prodigués aux bénéficiaires de la mutuelle.

## 1.2 Les autres composantes « vulnérables » de la qualité des soins

Les soins ne se réduisent pas à l'ordonnance de sortie : la pertinence, la compréhension, l'acceptabilité, l'adaptation des soins prescrits font également partie de leur qualité ; des prescriptions s'appuyant sur un interrogatoire trop limité ou des examens physiques bâclés risquent d'être peu

pertinentes ; et le meilleur traitement du monde ne sera jamais pris si le patient n'a pas compris ou n'a pas confiance en son prescripteur<sup>4</sup>.

A côté de l'aspect « biomédical » des prescriptions ; il y a tout un environnement qui contribue -ou pas- à la qualité intrinsèque des soins, surtout en médecine ambulatoire. Les consultations sont parfois trop rapides, les patients trop timides ou trop stressés pour parler et écouter, le jargon trop impénétrable, la communication médecin/malade trop médiocre et ces défauts contribuent à diminuer l'intérêt, la bonne adaptation, ou même la pertinence et la sécurité de certains traitements ou prises en charge. Une communication de bonne qualité, à double sens et respectueuse voire empathique fait aussi partie de la « bonne médecine ».

### 1.3 La réponse « MISSONGA »

Des rencontres individuelles (en visio ou au cabinet du médecin) se déroulent à l'initiative de la mutuelle AFAFI : l'un des médecin conseil d'AFAFI peut rencontrer l'un de ses collègues pour discuter avec lui de sa pratique et lui suggérer le cas échéant de la modifier. Ces rencontres ne peuvent pas à elles seules amener à une réflexion d'ensemble sur les bonnes pratiques en matière de soins, mais elles permettent de résoudre tel ou tel problème identifié, erreur manifeste de calcul ou de posologie. En allant beaucoup plus loin, *MISSONGA* estime qu'il est possible de faire la promotion d'une meilleure pratique en matière de soins, à la condition de se doter d'outils de communication performants, utilisés notamment par l'industrie pharmaceutique pour promouvoir certains médicaments de spécialité : rencontres individuelles et réunions de groupe.

L'objectif de *MISSONGA* est donc d'amener tous les médecins participants à un questionnaire systématique de leurs pratiques de soins (et à des modifications au besoin), afin d'améliorer la qualité de leurs pratiques en les confrontant librement : (i) aux recommandations existantes, (ii) aux pratiques et avis de leurs pairs, et (iii) à des normes de bonnes pratiques spécialement adaptées à leur situation de travail.

Un objectif intermédiaire est de faire établir par ces médecins en groupe, librement et de façon consensuelle, des « normes de traitement » (recommandations de bonnes pratiques de prise en charge) adaptées à la situation de patients d'Antananarivo vus en médecine libérale, notamment ceux qui ont des moyens limités. Dans un deuxième temps, les praticiens sont amenés, individuellement et confidentiellement, à réévaluer leurs pratiques par rapport à ces normes qu'ils auront eux-mêmes, établies.

Dans un troisième temps, il est proposé aux praticiens participants d'adopter une « charte de bonne pratique » - engagement moral à mettre en œuvre une série de principes d'une médecine de qualité- et de suivre régulièrement, personnellement, leur propre degré d'application des règles de la Charte. C'est pourquoi des réunions de groupe sont désormais régulièrement organisées entre plusieurs médecins: elles ont pour objectif, en partant d'une pathologie donnée, d'élaborer une recommandation consensuelle, vraiment bien adaptée à la situation de médecins de ville de Madagascar traitant des patients pauvres, recommandations **que les participants peuvent s'approprier**, et mettre en pratique dans leur propre cabinet médical et le cas échéant proposer à d'autres collègues médecins avec lesquels ils sont en contact. La pratique médicale des libéraux étant

---

<sup>4</sup> Un court article résume bien l'ensemble des facteurs qui influencent l'observance d'un traitement : <https://theconversation.com/maladies-chroniques-pourquoi-est-ce-si-difficile-de-suivre-un-traitement-sur-le-long-terme-201994>

d'ordinaire très segmentée et les praticiens très isolés, le fait de pouvoir débattre et discuter entre pair nous paraît un facteur d'ouverture extrêmement important. Cette dynamique, de discussion, d'apprentissage, de changements, nous semble plus solide et plus durable que la simple diffusion de « normes », trop vite contournées car jugées inappropriées et rejetées comme allogènes. De très nombreux travaux académiques ont montré depuis longtemps que la simple diffusion de normes et de standards de traitement recommandés est très peu efficace pour améliorer les pratiques. La « bonne parole » ne suffit pas du tout en médecine.

Ces réunions d'échanges de pratiques organisées par Missonga sont conduites par un médecin spécifiquement formé à l'animation de groupes et suivent un plan rigoureux, minuté, permettant au groupe d'élaborer, sur chaque sujet traité, une véritable recommandation médicale adaptée au contexte, et consensuelle donc ultérieurement opposable aux participants. Ces derniers reçoivent une accréditation, à renouveler chaque année, après avoir participé à un certain nombre de ces réunions de consensus.

Sur le plan de la légitimité, la Mutuelle de santé n'a pas de prétention à apporter et encore moins à imposer une ou des « normes » de prescription aux médecins, plutôt jaloux de leur autonomie.

Cependant elle peut (i) à la fois rappeler ou faire connaître quelques consensus et recommandations internationales et nationales existantes, et (ii) faciliter des échanges d'expérience et l'établissement de consensus entre professionnels bien informés.

Par ailleurs, une Mutuelle se préoccupant de ses bénéficiaires peut également rappeler ou faire connaître (iii) les règles déontologiques s'appliquant à la prise en charge des patients par un médecin (iv) des conseils sur les droits et devoirs des patients eux-mêmes, et bien entendu (v) relayer les messages de prévention, de bonne information sanitaire pertinente, d'information sur les lieux et les tarifs de soins, etc.

### Mise en œuvre ; résultats attendus

Les premières réunions d'échanges en groupe, réunissant des médecins libéraux et des responsables de centre de santé publics ont démarré en 2021/2022 en discutant de thèmes de pratique courante, choisis par les médecins participants (Hypertension Artérielle, Infection respiratoire aigüe, techniques en communication interpersonnelle etc.)

Innovantes dans leur principe - éminemment participatif basé sur l'échange d'expériences confrontées à des recommandations externes neutres - elles ont suscité un grand intérêt chez les participants. Les rencontres individuelles menées ultérieurement par les médecins conseils ont montré que l'information transmise a été mémorisée et souvent mise en pratique. En revanche, le plan d'animation initial ne permettait pas aux groupes de produire une recommandation claire et consensuelle pour la prise en charge de chaque pathologie abordée. L'évaluation externe menée à ce moment<sup>5</sup>, sur neuf bénéficiaires d'AFAFI, concernant l'impact des mutuelles de santé a mis en évidence un fort degré de satisfaction des participants et beaucoup d'attentes concernant ce processus nouveau.

Dans le courant de l'année 2023, du fait du succès de la phase pilote<sup>6</sup>, il a été décidé d'étendre la méthode des réunions de groupe à une population de médecins beaucoup plus large, en ayant pour

<sup>5</sup> Une évaluation externe qualitative menée par le cabinet Ethno Logik en 2021 : <https://reseau-pratiques.org/rapport-devaluation-dune-mutuelle-de-sante-a-madagascar/>

<sup>6</sup> Les médecins reviennent aux réunions suivantes pour 90 % d'entre eux alors que les temps de trajets sont importants à Tana et il y a maintenant une "liste d'attente de nouveaux participants (30 personnes actuellement)

objectif qu'au moins 50 % des 1200 médecins d'Antananarivo aient participé à au moins une réunion au terme de deux années. Par ailleurs, un plan d'animation nettement plus rigoureux a été mis en place : il prévoit que le groupe doit élaborer pour chaque pathologie traitée, une recommandation adaptée aux moyens financiers des patients habitant les quartiers pauvres d'Antananarivo, ainsi qu'une liste de « mauvaises pratiques » qui ne doivent plus avoir cours.

Une série d'exercices sont proposés durant ces sessions d'échange :

Pour que l'échange soit productif et permette d'apprendre et de progresser, il doit s'appuyer sur des situations concrètes auxquelles les médecins sont régulièrement confrontés. Or il est apparu que les praticiens réunis en groupe avaient de grandes difficultés à exposer leurs propres pratiques individuelles, soit par crainte d'un jugement négatif de leurs confrères soit encore par peur de déranger un ordre supposé établi, en exprimant une position différente<sup>7</sup>. Dans ce contexte, les propos échangés ne pouvaient porter que sur des banalités ...

Une première amélioration fut tentée avec la préparation, par l'animateur, en amont de la réunion de deux ou trois exercices avec des cas médicaux concrets, imaginaires mais correspondant à des situations fréquentes. Chaque praticien était invité dans le cadre d'un tour de table à révéler son mode de prise en charge de ces situations concrètes afin d'essayer de faire remonter les différences de pratiques, afin de mieux les discuter

Cette seconde approche ne donna pas de résultats beaucoup plus probants pour les mêmes raisons, dans la mesure où les propos de chaque médecin interrogé dans le tour de table avaient surtout tendance à systématiquement confirmer la pratique du premier médecin interviewé.

La parade fut trouvée avec le recours à la méthode des « post it » : Après avoir présenté un cas concret, l'animateur demande désormais à chaque participant d'inscrire sur un post it soit sa propre pratique dans ce type de situation, soit encore celle qu'il pense être la plus commune chez ses confrères. Les post it sont ensuite lus et classés par l'animateur et affichés sur un tableau blanc. Comme ils sont anonymes et ne portent pas nécessairement sur la pratique d'un médecin particulier, les échanges et les critiques sont alors possibles sans pour autant aller à l'encontre de la « culture de la politesse »<sup>8</sup> propre à Madagascar.

Après cette importante phase d'échange qui met en évidence la diversité des pratiques individuelles, les praticiens sont confrontés à des « stimuli » ou informations externes : 1/ Des observations de mauvaises pratiques, « anonymisées » repérées par les Médecins Conseil de la mutuelle et 2/ Des « recommandations » ou des conduites à tenir produites par d'autres pays émergents<sup>9</sup>, que le groupe est chargé d'adapter au contexte spécifique d'Antananarivo. Les participants consacrent ½ journée de

---

<sup>7</sup> Voir à ce propos le travail d'Alain Henry : <https://reseau-pratiques.org/influence-de-la-culture-a-madagascar-sur-la-relation-de-soins-avec-les-personnes-vulnerables/>

<sup>8</sup> Ibid (Alain Henry)

<sup>9</sup> La question de la pertinence de recommandations est assez complexe : des recommandations universelles, telles que celles éditées par l'OMS sont assez rares (maladies épidémiques, : paludisme, VIH, tuberculose, Covid, ou maladie d'importance particulière (Rage, Lèpre, parasitoses, PCIME, périnatalité) mais pour la plupart des autres maladies, il n'existe que des recommandations de bonne pratique « locales » : sociétés savantes européennes ou nord-américaines, Institut NICE pour le Royaume Uni, HAS pour la France, et divers manuels ou site recensant les bonnes pratiques recommandées par pays (habituellement d'ailleurs à l'intention des services de soins publics). bref il est difficile d' « opposer » une recommandation universelle, si elle ne provient pas de l'OMS, car elles sont TOUJOURS liées au contexte de leur utilisation : par exemple, les recommandations de MSF, claires et à jour, sont destinées à des dispensaires de soins primaires, disposant des kits de médicaments MSF

leur temps à chaque séance, qui inclut un repas (le plus souvent à midi) et 3 heures de travail entrecoupées d'une pause de 30 minutes.

### Résultats observés par rapport aux contraintes des praticiens

La méthode est indéniablement efficace à en juger par la vitalité des échanges. D'autre part, les médecins qui ont assisté à une première séance reviennent à plus de 80 % aux séances ultérieures, chiffre assez remarquable quand on connaît les temps de déplacements entre les différents quartiers de la ville. C'est ainsi que bon nombre de participants font plus d'une heure de trajet pour venir en centre ville. L'intérêt des médecins résulte, selon eux, de plusieurs éléments :

- Les médecins généralistes, mais aussi les médecins des formations sanitaires publiques (CSB2), ont peu d'occasions de rencontrer leurs pairs et d'échanger avec eux sur leurs pratiques, et l'initiative Missonga créé et structure cet espace d'échange.
- Le schéma d'animation rigoureux et adapté à la culture locale permet au groupe de produire une recommandation consensuelle : les participants apprécient une méthode d'animation qu'ils n'ont jamais eu l'occasion d'expérimenter
- Enfin, la présentation des dérives observées (chez certains praticiens) par la mutuelle, mais aussi des « bonnes pratiques » mises en place dans des pays émergents, au bénéfice de populations également précaires, sont autant de situations concrètes qui poussent à la réflexion et à l'engagement personnel.

-

Elle permet d'apporter des réponses pour améliorer la qualité des soins tout en prenant en compte certaines des contraintes subies par la totalité des médecins praticiens libéraux des Pays du Sud :

- L'automédication est une réalité omniprésente dans un contexte urbain, puisque quasiment tous les patients<sup>10</sup> indiquent avoir acheté un premier traitement avant d'aller consulter leur médecin (sans parler des recours aux tradipraticiens, faiseurs de sort et vendeurs de plantes pour médecine traditionnelle). Les différentes tentatives pour réduire les achats hors des circuits officiels (marchés, boutiques diverses) n'ont jamais abouti à des résultats solides ou durables. En groupe, les praticiens élaborent des stratégies thérapeutiques qui prennent en compte l'automédication plutôt que de la combattre vainement. Par exemple, prenant acte de la consommation d'antibiotiques avant la consultation, les médecins participants proposent de passer à la forme injectable du même produit plutôt que de changer précocement de classe thérapeutique ou d'ajouter une molécule supplémentaire...
- S'il n'est pas possible pour les médecins d'agir au plan individuel contre les ruptures de stock, il leur est néanmoins possible de définir, en groupe et de façon consensuelle, les produits de substitution financièrement abordables les plus appropriés. Ici ce n'est pas la mutuelle qui « pour faire des économies » recommanderait d'utiliser des médicaments moins chers, ce sont les médecins « pour que les patient puissent payer et utiliser ces traitements » qui proposent des substitutions.
- Enfin, l'élaboration de recommandations consensuelles pour chaque pathologie contribue significativement à améliorer le niveau de connaissance des participants et donc d'avoir des arguments sérieux à opposer aux pratiques souvent délétères encouragées par l'industrie pharmaceutique. A titre d'exemple, on peut évoquer un groupe de travail récent portant sur la

---

<sup>10</sup> D'après les déclarations des médecins participant à l'initiative MISSONGA



- prise en charge des conjonctivites qui a permis aux participants 1/ de découvrir les recommandations du ministère de la santé malgache pour les situations épidémiques (alors qu'un seul participant sur 13 en avait eu connaissance) et 2/ d'apprendre le protocole recommandé en prévention des conjonctivites infectieuses néonatales, qui comportent un risque majeur de cécité définitive de l'enfant.
- Les séances d'échange Missonga ont également permis un autre progrès très utile (d'ordre éthique) en explicitant clairement la différence entre ce qui est classé par les médecins comme le « traitement idéal » et le traitement « raisonnable » à appliquer : Les praticiens sont en effet amenés à présenter par écrit (post it) clairement, ce qu'ils savent des traitements médicaux recommandés *dans l'absolu* (pour une situation idéale où les patients n'auraient pas de contraintes matérielle et où l'environnement sanitaire serait très développé), et, juxtaposé, à présenter ce qu'il leur semble raisonnable de prescrire devant cette situation à Antananarivo pour des patients pauvres ; mais cette présentation devient explicite, assumée, discutée et non plus de floue et et comme en contrebande. Ainsi, à l'issue de ces séances, les médecins peuvent s'approprier des recommandations de prise en charge qui leur paraissent à tous raisonnables et dans l'intérêt de leurs patients (même si elles sont moins « idéales » que des recommandations internationales) mais qui sont adaptées de manière approprié à la situation, rationnelle et éthique (collectivement débattues)

#### Observations, Discussion :

- Pour atteindre leur pleine efficacité, les groupes consensuels doivent atteindre un certain volume quantitatif et être appuyés par des actions « multi supports » et multi média à l'image des méthodes employées par l'industrie pharmaceutique : la multiplication des réunions, le fait que l'on en parle dans les milieux médicaux, au Conseil de l'ordre ou d'autres instances oblige la communauté médicale toute entière à se positionner sur les sujets abordés lors des groupes. Cet « effet masse » indispensable a nécessairement un coût.
- La prise en compte des exigences de la qualité des soins ne répond pas, ou pas complètement aux contraintes économiques des médecins. Il est donc particulièrement important, si l'on veut qu'elles soient suivies dans la durée, que les premières recommandations élaborées ne viennent pas impacter trop négativement les ressources des praticiens
- Comme toute action visant à modifier des comportements, il ne faut pas s'attendre à des changements immédiats. Pour favoriser une évolution progressive, il est particulièrement important de se focaliser davantage sur la valorisation de ceux qui évoluent que sur la critique de ceux qui ne le font pas.
- En parallèle de ces échanges de pratiques fondées sur des cas cliniques fictifs et l'explicitation des ordonnances concrètes, Missonga assure aussi un gros travail de formation des médecins praticiens concernant les modalités pratiques des consultations dans une optique :
  - D'amélioration de la qualité des échanges verbaux et non verbaux,
  - D'établir et maintenir un climat de confiance,
  - De réussir une communication efficace, avec écoute active,
  - De prendre en compte davantage l'éthique du soin,
  - de contribuer à mettre à l'aise les patients pour qu'ils s'expriment,
  - pour limiter les biais stéréotypes de genre,
  - Pour l'application constante d'une meilleure de l'hygiène au Cabinet médical,

#### Réseau Pratiques

Partage d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement  
<https://reseau-pratiques.org>

- Pour systématiser la dispensation de conseils de prévention qui soient pertinents et recevables, on a coutume de dire à Missonga que la « qualité marche sur deux jambes » : l'une est la rationalité des prescriptions, et l'autre est la communication entre les praticiens et leurs patients. Dans ce domaine il est impossible de demander aux participants de présenter et discuter des attitudes intimes, des comportements concrets (plus ou moins conscients et assumés) car cela serait beaucoup trop délicat d'exposer ses éventuelles faiblesses ou manquements.
- Missonga apporte donc des compléments de formation, sous forme interactive et avec jeux de rôle, pour bien faire toucher du doigt, comprendre et pratiquer les méthodes de l'écoute active, des exercices d'expression empathique et motivante, des travaux de reformulation et de compréhension des enjeux des patients (timidité, analphabétisme, peur viscérale, croyances animistes etc) qui entrent toujours en jeu dans la qualité finale des soins.

Annexes :

- Guide d'animation d'une réunion de consensus MISSONGA
- Exemple de recommandation adaptée : les conjonctivites.

### 3. Améliorer la qualité des soins remboursés au Burkina Faso et au Togo :

Au Burkina Faso, la mutuelle TOND LAAFI réunit plus de 40 000 adhérents ; au Togo, la toute récente mutuelle LAMESIN NYO n'en comporte encore que quelques milliers, mais son développement est très rapide.

Dans les deux pays, les autorités locales de la santé suivent de très près ces initiatives. Au Togo, le médecin responsable de la qualité des soins remboursés est systématiquement invité par le Ministère aux réunions de travail relatives à la mise en place de la future CSU.

Au Togo comme au Burkina, la vérification des prescriptions avant leur remboursement pose nettement moins de difficultés qu'à Madagascar et cela pour deux raisons :

- D'une part, les autorités de santé ont mis en place dans les deux pays des algorithmes simples permettant de rationaliser et d'encadrer la prescription pour les affections les plus courantes. Certes, les algorithmes ne concernent pas toutes les pathologies et leur emploi n'est pas coercitif, mais ils ont le mérite d'exister et d'offrir un cadre bien utile notamment pour les soignants en zone rurale qui n'ont pas facilement accès à des avis médicaux extérieurs. Selon le médecin conseil de la mutuelle, ces algorithmes sont largement employés par les médecins prescripteurs.
- D'autre part les ordonnances mentionnent systématiquement un diagnostic suspecté ou avéré sous la forme d'un codage employé par les prescripteurs. Ce codage –qui n'existe pas à Madagascar- simplifie largement le travail du médecin conseil de la mutuelle chargé de la validation des prescriptions avant leur remboursement.

Il n'est donc pas prévu à ce jour de mettre en place des réunions de groupe à l'instar de ce qui se fait à Madagascar, puisque les protocoles proposés semblent dans l'ensemble bien suivis et pertinents.

En revanche, les deux mutuelles accumulent des données épidémiologiques très intéressantes, que ce soit sur les affections les plus fréquentes selon les tranches d'âge, mais aussi sur les traitements administrés et leur durée. Il est prévu d'organiser plusieurs ateliers de travail, en lien avec le ministère, pour restituer ces informations aux médecins prescripteurs et aux différents cadres responsables de la santé.