



Association de Solidarité Internationale

200 bd National,
Le Gyptis Bt, N
13003 Marseille
France

Tél. (33) 4 91 95 63 45
Fax (33) 4 91 95 68 05

contact@santesud.org
www.santesud.org

La médecine générale communautaire en Afrique et à Madagascar

**Bibliographie – Evaluations – Filmographie
1991 – 2010**

Sélection d'articles

Avant-propos

Depuis l'installation du premier médecin de campagne malien en 1989, qui ouvrait la voie de la médicalisation des zones rurales dans plusieurs pays, un nombre significatif de publications, de communications et d'études (évaluations, mémoires, thèses), directement liées à cette expérience, ont vu le jour.

Nous présentons aujourd'hui cette bibliographie ainsi que la filmographie accompagnées d'une sélection de sept textes illustratifs qui permettront au lecteur d'avoir une vue d'ensemble sur cette médecine générale communautaire que nous continuons à promouvoir, convaincus de sa pertinence pour répondre à aussi bien l'attente des jeunes médecins qu'à celle des populations les plus vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

(publications et communications)

Médicalisation des zones rurales en Afrique et à Madagascar - médecine générale communautaire - médecins de campagne – ressources médicales et systèmes de soins.

Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais ?

DESPLATS D

4^{ème} journée Provençale de la Santé Humanitaire, Marseille, 20 novembre 2009.

(communication)

Médecins de campagne au Mali : relations opérationnelles et manageriales dans un contexte de décentralisation.

COULIBALY. S

Mémoire de master en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Leopold, Anvers, année 2008-2009.

(mémoire)

Fidélisation des médecins dans les zones rurales.

DESPLATS D

First expert consultation for programme of work in improve access to health workers in remote and rural areas through improved retention. OMS. Genève, 2-4 février 2009

(communication)

Fidélisation du personnel de santé, en particulier en milieu rural.

FARNARIER G

Dialogue organisé OMS et OCDE sur les migrations et autres questions relatives aux personnels de santé dans une économie globale, Bureau International du Travail (BIT), Genève, 20-21 octobre 2008

(communication)

Fixer des médecins généralistes dans les zones rurales, c'est possible !

COULIBALY. S

First Global Forum ou Human Ressources for Health. Kampala, Ouganda, mars 2008.

(communication)

Contractualiser stratégiquement dans les systèmes de santé.

DESPLATS D

Consultation OMS, Genève 9-11 janvier 2008

(communication)

Appropriate training and retention of community doctors in rural areas : a case study from Mali.

M. VAN DORMAEL, S. DUGAS, Y. KONE, S. COULIBALY, M. SY, B. MARCHAL, D. DESPLATS.

Human Ressources for Health 2008, 6:25

(publication)

L'introduction des sciences sociales dans une expérience de formation continue des médecins de campagne au Mali.

VAN DORMAEL M.

Colloque International - Anthropologie et Médecine : Confluences et Confrontations dans les domaines de la Formation, des Soins et de la Prévention. Marseille, 25-27 octobre 2007.

(communication)

Médicalisation en zone rurale au Mali

COULIBALY. S

Conférence régionale sur les RHS en Afrique (OMS)

Douala, Cameroun, juin 2007

(communication)

Médecine de Proximité : Crise des Ressources Humaines. Regards Croisés Nord-Sud.

SANTE SUD

Colloque Santé Sud/URML, 16 novembre 2007, Marseille.

(communications)

Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali.

COULIBALY S., DESPLATS D., KONE Y., NIMAGA K., DUGAS S., FARNARIER G., SY M., BALIQUE H., DOUMBO O., VAN DORMAEL M.

Education for Health, 2007, 20 (2) : 1-9.

(publication)

La médecine générale communautaire : une approche innovante, entre clinique et santé publique, pour pallier à la pénurie de médecins dans les zones rurales enclavées à Madagascar.

GOTTOT S, RANDRIANARIVO-SOLOFONIAINA A, ANDRIANIRINARISON J.CL, RAKOTOARISON N, RAZAKARISON CL, DESPLATS D, RANJALAHY-RASOLOFOMANANA J.

2007 (en attente de publication)

Exercer et vivre la profession : étude anthropologique sur des médecins généralistes de campagne à Madagascar.

LEFEUVRE J.

Mémoire de master 2, Anthropologie Culturelle, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille 3, 2007.

(mémoire)

Towards a community-based general medicine in Africa.

DESPLATS D. , COULIBALY S., NIMAGA K., RAZAKARISON C., BRUNET P., LAFAY V., FARNARIER G.

TM & IH, 2007, 12 (suppl. 1) : 61. *5th European Congress on Tropical Medicine and International Health*, May 24 - 28, 2007, Amsterdam (comm. 025-81).

(communication)

Surproduction des médecins au Mali : une opportunité pour renforcer la première ligne.

THIERO M.

Mémoire de master 2, Institut de Médecine tropicale Prince Léopold, Anvers, « Santé Publique en Politiques et Management des Systèmes de Santé », année 2006-2007.

(mémoire)

Expériences des CSCOMs et de la médicalisation des aires de santé en milieu rural au Mali.

COULIBALY S, NIMAGA K, KONARE YZ, SEMEGA O.

Conférence internationale sur la santé communautaire dans la région africaine, Partenariat et Renforcement de l'Autonomie, Banque Mondiale, OMS, ONU SIDA, UNICEF, Addis Abéba, 20-22 novembre 2006.

(communication)

Comment mieux utiliser les ressources médicales dans les pays en développement.

DESPLATS D., FARNARIER G.

1ère Journée Provençale de la Santé Humanitaire "Entre Vouloir et Pouvoir", 16 novembre 2006, Marseille.

(communication)

Partenariat et renforcement de l'autonomie. L'expérience de médicalisation des aires de santé en milieu rural au Mali.

COULIBALY S., NIMAGA K., KONARE YZ., SEMEGA O.

Conférence Internationale sur la Santé Communautaire dans la Région Africaine (OMS, ONU SIDA, UNICEF), 20-22 novembre 2006, Addis Abéba.

La crise des ressources humaines en santé.

DESPLATS D.

Forum Association des Professionnels de Santé en Coopération (ASPROCOP), Paris, 30-31 août 2006.

(communication)

Rural Medicine in Africa: Ensuring Sustainable Health Care by Empowering Communities and Preparing Young Doctors.

DESPLATS D., ONG SANTE SUD

Seminar : Department of Human Resources for Health (Dr Manuel Dayrit), WHO/OMS, 6 juin 2006, Genève.

(communication)

Formation préalable à l'installation des médecins de campagne au Mali: présentation et bilan de trois années d'expérience. Synthèse de l'atelier – bilan réunissant l'AMC, Santé Sud et l'IMT d'Anvers.

DUGAS S., VAN DORMAEL M.

Séminaire, Bamako, 27 – 28 avril 2006

(séminaire)

North-South exchange and professional development : experience from Mali and France.

VAN DORMAEL M., DUGAS S., DIARRA S.

Tropical Medicine and International Health, January 8, 2006.

(publication)

Formation et suivi des médecins de campagne pour l'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé communautaires au Mali.

COULIBALY S.

Mémoire de DU, Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, diplôme d'université de Santé Publique, 2004-2005.

(mémoire)

Pour une médecine générale communautaire en première ligne.

DESPLATS D., KONE Y., RAZAKARISON C.

Médecine Tropicale, 2004, 64 (6) : 539-544.

(publication)

Adéquation entre la formation initiale et la fonction de médecin généraliste au Mali.

KONE Y.

Mémoire de master en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Anvers, 2003.

(mémoire)

La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. Etude de cas : "Mali".

DUGAS S., VAN DORMAEL M.

in Studies in Health Services Organisation and Policy, 2003. Belgique.

(publication)

Echanges entre médecins de campagne maliens et généralistes français : une expérience d'altérité professionnelle.

DIARRA S., VAN DORMAEL M.

Journées Scientifiques de l'AUF, Bamako, 1-2 décembre 2003

(communication)

Echange entre médecins de campagne maliens et français
GRANDBESANCON Y.
Santé Conjuguée, oct. 2003, n° 26.
(publication)

L'ONG Santé Sud Marseille : présentation et actions Mali.
BOUARE N.

Mémoire IUP Ingénierie de la Santé, Université de la Méditerranée, Faculté de médecine de Marseille et Faculté de Sciences Economique et de Gestion, Economie et Gestion des Organisations de Santé (EGOS), 2002-2003.
(mémoire)

Pour des systèmes de santé plus performants dans les pays pauvres : l'exemple de la Casamance au Sénégal.

PERILLAT-MERCEROZ P.

Mémoire de maîtrise, Université de Droit d'Economie et des Sciences d'Aix-Marseille, IEP, IUP de Management Public, Maîtrise de Management Public, 2001-2002.
(mémoire)

Médicalisation des zones rurales et décentralisation : l'expérience des médecins de campagne au Mali et à Madagascar.

DESPLATS D., KONE Y.

Réunion Inter-Pays sur l'Approche Contractuelle dans les Services de Santé Décentralisés en Afrique, OMS, Dakar, juin 2000.
(communication)

Etre médecin de campagne au Mali à propos de l'expérience du docteur N'Dao à N'Débougou.

TRAORE M.

mémoire de DEA, LEHA, Marseille, 2000.
(mémoire)

La médicalisation des zones rurales en Afrique subsaharienne : l'exemple des médecins de campagne au Mali.

BAYET G.

Mémoire de DU, Université Henri Poincaré, Faculté de médecine, Ecole Santé Publique, diplôme d'université de Santé Publique, 1999-2000.
(mémoire)

L'expérience des médecins de campagne au Mali et à Madagascar.

DESPLATS D.

Colloque AMADES, Paris, janvier 1999
(communication)

Des médecins de campagne au Mali.

Prescrire, octobre 1999, tome 19 (1999).
(publication)

Le Mali : un système de soins en pleine transformation.

BALIQUE H.

Médecine Tropicale, 1998, 58 : 337-341.
(publication)

Un projet de création d'une mutuelle en zone rurale au Mali : la mutuelle des cotonniers de Nongon.

KONE Y., OUATTARA, BALIQUE H.

Centre Internat. de l'Enfance et de la Famille (CIDEF), 27-29 mai 1998, Paris.
(communication)

Réinventer la médecine de campagne. In « Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest ».

ANNAHEIM-JAMET I., TRAORE S., BALIQUE H.

Ed. Karthala, 1997 ; 137-152.

(publication)

Les perspectives de médicalisation des zones rurales en Afrique Subsaharienne.

ANNAHEIM-JAMET I., TRAORE S., BALIQUE H.

Santé Publique, 1996, 8^e année N° 1 : 29-40.

(publication)

Les médecins en milieu rural au Mali : bilan et perspectives. Enquête rétrospective auprès de 19 médecins de campagne.

ANNAHEIM-JAMET I., TRAORE S.

Document Santé Sud 1995

(publication)

Généraliste malien cherche échange avec généraliste français.

DESPLATS D.

Concours Médical, juillet 1994, 116 : 25-26.

(publication)

Privatisation réussie au Mali.

BALIQUE H., LEJEAN Y., ANNAHEIM I.

Santé du Monde, 1993 ; 6 : 18-20

(publication)

Actes du premier séminaire-atelier sur l'expérience des médecins de campagne au Mali.

SANTE SUD

Séminaire, Bamako, 3-5 juin 1993

(séminaire)

Première installation d'un médecin en zone rurale au Mali.

KONE D.

Thèse en médecine, Bamako, 1991

(thèse)

Réseau épilepsie des médecins de campagne - accès aux médicaments anti-épileptiques

Etude clinique et thérapeutique des épilepsies en milieu rural dans le cadre du projet EPIMECT (Epilepsie au Mali : Epidémiologie, Clinique et Thérapeutique).

BÂ H.

Thèse médecine, Bamako, 2009.

Management of epilepsy by General Practitioners in rural Africa

FARNARIER G, GENTON P, NIMAGA K and the RARE network

11th European Conference on Epilepsy and society, Marseille, 15th-17th october 2008

(communication)

Epileptologie en zone rurale : activités d'une clinique médicale à Markacoungo, Mali.

CAMARA O., NIMAGA K., KOUMARE B., SISSOKO M., GENTON P., FARNARIER G., DOUMBO O.

Journées Françaises de l'Epilepsie, Nice, 8-10 novembre 2007.

(communication)

An action-research network for epilepsy care in rural Mali (West Africa)

FARNARIER G., GENTON P., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D. , and the RARE network
TM & IH, 2007, 12 (suppl. 1) : 196. *5th European Congress on Tropical Medicine and International Health*, May 24 - 28, 2007, Amsterdam (comm. affichée PA 155).
(communication)

Access to antiepileptic treatment in rural Mali: the Impact Epilepsy preliminary study.

GENTON P., FARNARIER G., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D. , and the RARE network
TM & IH, 2007, 12 (suppl. 1) : 52. *5th European Congress on Tropical Medicine and International Health*, May 24 - 28, 2007, Amsterdam (comm. 025-58).
(communication)

Prise en charge et recherche de facteurs parasitaires d'épilepsie dans le cadre d'une recherche-action en réseau sur l'épilepsie à Markacoungo.

CAMARA O.
Thèse en médecine, Bamako, 2006.
(thèse)

The RARE program : an example of self-sustained epilepsy management in rural Mali.

FARNARIER G., NIMAGA K., GENTON P., DOUMBO O., DESPLATS D.
Epilepsia, 2005, 46 (suppl. 6) : 73. Abstract : *26th International Epilepsy Congress*, Paris 28 august-1 september 2005.
(communication)

Addressing the treatment gap : a pilot programme of access to anticonvulsants in rural Mali.

GENTON P., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D., FARNARIER G.
Epilepsia, 2005, 46 (suppl. 6). Abstract : *26th International Epilepsy Congress*, Paris 28 august-1 september 2005.
(communication)

Un exemple de réseau de soins en Afrique : le réseau Action-Recherche sur l'Epilepsie au Mali (RARE).

FARNARIER G., NIMAGA K.
Epilepsies, 2004, 16 (hors-série) : 24. (résumé *8èmes Journées Françaises de l'Epilepsie*, Toulouse, 11-13 novembre 2004)
(communication)

Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE) au Mali: l'expérience d'un séminaire de formation de médecins de campagne.

TOGORA A., NIMAGA K., KOUMARE B., DOUMBO O., DESPLATS D., GENTON P., FARNARIER G., Groupe RARE
XVIème Congrès de l'Association Panafricaine des Sciences Neurologiques (PAANS), Cotonou, 11-13 mars 2004, livre des résumés p. 35.
(communication)

Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE) au Mali: l'expérience d'un séminaire de formation de médecins de campagne.

GENTON P., TOGORA A., NIMAGA K., DESPLATS D., FARNARIER G.
Epilepsies, 2003, 15 (4) : 201-205.
(publication)

Treatment with phenobarbital and monitoring of epileptic patients in rural Mali.

NIMAGA K., DESPLATS D., DOUMBO O., FARNARIER G.
Bulletin of the WHO, 2002, 80 (7) : 532-537.
(publication)

Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali.
FARNARIER G., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D.
Revue Neurologique, 2002, 158 (8-9) : 815-818.
(publication)

Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali.
FARNARIER G., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D.
Revue Neurologique, 2001, 157 (3 suppl.) : 2S18, (résumé *Journées Neurologiques de Langue Française*, Lyon, 18-21 avril 2001).
(communication)

Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali.
FARNARIER G., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D.
XXV^e Colloque des Anthropologistes de Langue Française (GALF). Marseille, 16-18 juillet 2001. Vol. des résumés p. 70.
(communication)

Prise en charge thérapeutique par phénobarbital et protocole de suivi des épileptiques en milieu rural au Mali.
FARNARIER G., NIMAGA K., DESPLATS D., DOUMBO O.
Réunion "L'Épilepsie : Problème de Santé Publique en Afrique". Dakar, 5-6 mai 2000.
(communication)

Réseau hypertension artérielle des médecins de campagne

Mise en place du Réseau Hypertension du Mali (RHYTM).
LAFAY V., DIARRA M., COULIBALY S., COULIBALY S., DESPLATS D.
Médecine Tropicale, 2006, 66 : 437-442.
(publication)

EVALUATIONS EXTERNES

Projet d'appui au développement de la médecine générale communautaire à Madagascar
Evaluation ex-post des projets ONG financés par le MAEE France
AFD, 2010.

Evaluation OMS 2008
Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali
Le rapport est téléchargeable à cette adresse : www.who.int/hrh/resources/case_mali/fr/index.html

Evaluation cabinet COEF Ressources
Etude sur l'appui à l'installation de médecins privés en zones rurales à Madagascar
Pour le compte du Ministère de la Santé malgache sur financement AFD-2008

Evaluation à mi-parcours du projet Santé Sud Madagascar
Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), Tananarive, juin 2007.

L'expérience des médecins de campagne au Mali. Etude sur 32 installations
BALIQUE H.
Document Santé Sud/ORSTOM, 1998.

FILMOGRAPHIE

Tongasoa Dokotera (bienvenue docteur)

Film de l'Association Réunionnaise de Réalisations Audio-Visuelles (ARRAV)
Madagascar, décembre 2008.

France 5 – C dans l'air : Immigration, dossier délicat.

Reportage de Anne Poiret et J.M. Destan.
France télévisions 18 juillet 2007.

Toro Si Té (tout va bien)

Film de Daisy Lamotte
Agora film. Prix du Patrimoine au Festival du Réel 2006.

Actualités FR 3. Médecine au Mali

Reportage H. Ghesquière et J.C. Duclos.
France télévisions – 2006.

Planète en question : Le magazine des relations nord – sud

Campagne Santé Mali, reportage de Gauthier Jacob et Jacques Dochamps.
Production RTBF – 2005

Cap Santé La médecine de Campagne au Mali

Présentation Colette Berthou RFI
Viva productions – 2001

ANNEXE

Sélection d'articles

Pour une médecine générale communautaire en première ligne.

DESPLATS D., KONE Y., RAZAKARISON C.

Médecine Tropicale, 2004, 64 (6) : 539-544.

(publication)

Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali.

COULIBALY S., DESPLATS D., KONE Y., NIMAGA K., DUGAS S., FARNARIER G., SY M., BALIQUE H., DOUMBO O., VAN DORMAEL M.

Education for Health, 2007, 20 (2) : 1-9.

(publication)

La médecine générale communautaire : une approche innovante, entre clinique et santé publique, pour pallier à la pénurie de médecins dans les zones rurales enclavées à Madagascar.

GOTTOT S., RANDRIANARIVO-SOLOFONIAINA A., ANDRIANIRINARISON J.CL., RAKOTOARISON N., RAZAKARISON CL., DESPLATS D., RANJALAHY-RASOLOFOMANANA J.

2007 (en attente de publication)

Appropriate training and retention of community doctors in rural areas : a case study from Mali. (traduction française)

M. VAN DORMAEL, S. DUGAS, Y. KONE, S. COULIBALY, M. SY, B. MARCHAL, D. DESPLATS.

Human Resources for Health 2008, 6:25

(publication)

Fidélisation des médecins dans les zones rurales.

DESPLATS D

First expert consultation for programme of work in improve access to health workers in remote and rural areas through improved retention. OMS. Genève, 2-4 février 2009

(communication)

Evaluation OMS 2008

Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali

Le rapport est téléchargeable à cette adresse : www.who.int/hrh/resources/case_mali/fr/index.html

Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE) au Mali: l'expérience d'un séminaire de formation de médecins de campagne.

GENTON P., TOGORA A., NIMAGA K., DESPLATS D., FARNARIER G.

Epilepsies, 2003, 15 (4) : 201-205.

(publication)

Mise en place du Réseau Hypertension du Mali (RHYTM).

LAFAY V., DIARRA M., COULIBALY S., COULIBALY S., DESPLATS D.

Médecine Tropicale, 2006, 66 : 437-442.

(publication)

Quels systèmes de santé ?

POUR UNE MÉDECINE GÉNÉRALE COMMUNAUTAIRE EN PREMIÈRE LIGNE

D. DESPLATS, Y. KONÉ, C. RAZAKARISON

Med Trop 2004 ; 64 : 539-544

RÉSUMÉ • Depuis une trentaine d'années, des efforts considérables ont été menés pour fournir des soins de base aux populations rurales mais la qualité des soins reste médiocre. L'absence du médecin généraliste en première ligne, véritable « chaînon manquant » de ces systèmes médicaux sans médecins, est paradoxale si on considère le nombre de jeunes médecins aujourd'hui formés dans de nombreux pays d'Afrique francophone et à Madagascar. A partir des exemples malien et malgache, les auteurs montrent l'intérêt de médicaliser la première ligne autour d'un nouveau concept, celui de la médecine générale communautaire qui a pour intérêt la synthèse, dans une même pratique, des Soins de Santé Primaires (SSP) et de la Médecine de Famille (MF). Pour réussir, cette approche nouvelle doit surmonter un certain nombre d'obstacles et bénéficier de mesures d'accompagnement indispensables, l'enjeu étant une évolution vers un premier niveau de soins crédible auprès des populations.

MOTS-CLÉS • Médicalisation - Santé communautaire - Médecine de famille - Systèmes de soins.

FOR FRONT-LINE COMMUNITY-BASED GENERAL PRACTITIONERS

ABSTRACT • In the past thirty years considerable effort has been devoted to delivering basic health services to rural populations. However the quality of care remains poor. One problem is that the absence of general practitioners working at the community level has resulted in health care systems without doctors. This "missing-link" situation is inconsistent with the availability of a large number of young fully trained medical doctors who graduated from Medical Schools in West African countries and Madagascar. Based on examples in Mali and Madagascar, the authors of this article attempt to show the advantages of a new concept, i.e., community-based general practitioners. These practitioners would not only provide a front-line medical presence but also combine the principles of primary health care (PHC) and family medicine (FM) into a single practice. For this approach to be successful a number of obstacles would have to be overcome and several indispensable accompanying measures would have to be implemented. The goal would be to establish a familiar front-line healthcare provider that village communities could trust.

KEY WORDS • Rural medical practices - Community-based health care - Family medicine - Health care systems.

En Afrique et à Madagascar, le premier contact d'une personne malade avec le système de soins ne se fait pas - ou très rarement - avec un médecin, mais le plus souvent avec du personnel insuffisamment qualifié. Cette situation paradoxale d'une activité médicale sans médecins entraîne aujourd'hui, globalement, une profonde insatisfaction au sein de populations rurales et périurbaines de plus en plus conscientes du sort injuste qu'elles subissent devant la souffrance et la maladie.

Pendant de longues années, il ne fut pas possible de mettre des médecins, trop peu nombreux, à la disposition des villageois dispersés sur d'immenses territoires. La politique des Soins de Santé Primaires, lancée à Alma-Ata en 1978, s'est voulue une réponse stratégique pour combler un lourd déficit en compétences professionnelles et les nombreux pro-

grammes qui suivirent ont poursuivi un même but : fournir des soins curatifs et préventifs de base pouvant être administrés par des prestataires peu formés.

Dans son rapport sur la santé dans le Monde 2000 intitulé « Pour un système de santé plus performant », l'OMS a très explicitement pris conscience des limites de cette stratégie menée depuis plus de 30 ans : « malgré tous ces efforts, on considère qu'un grand nombre de ces programmes ont été en fin de compte des échecs au moins partiels ». Certes, des progrès indiscutables ont été accomplis, mesurables par la diminution de la mortalité infanto-juvénile ou l'augmentation de l'espérance de vie par exemple, mais les résultats sont très loin des objectifs assignés, et la qualité des soins est souvent si médiocre « qu'on aurait dû les appeler primitifs plutôt que primaires ».

Devant ce constat, la tendance assez générale est de proposer des plans stratégiques - à horizon glissant (sic) - qui ne sont le plus souvent que des catalogues pluriannuels de mesures normatives dont les résultats resteront limités si des changements de fond ne sont pas envisagés. C'est le cas pour ce premier niveau de soins qui nous intéresse ici en ce sens qu'il a atteint son « niveau d'incompétence » qui sera difficile à franchir sans changement de perspective.

• Travail de l'ONG Santé Sud (D.D., Docteur en médecine, Conseiller projets ; Y.K., Docteur en médecine, Master de santé publique, coordinateur au Mali ; C.R., Docteur en médecine, Coordinateur à Madagascar), Marseille, France.

• Correspondance : D. DESPLAT, ONG Santé Sud, 200 Bd National, Le Gyptis Bat N, 13003 Marseille • Fax : +33 (0) 4 91 95 68 05 •

• Courriel : France : santesud@wanadoo.fr •

• Article sollicité.

Or, aujourd'hui, le nombre de médecins nationaux a atteint dans de nombreux pays un ratio tout à fait significatif, nettement meilleur que celui d'un médecin pour 10 000 habitants préconisé par l'OMS comme ratio minimal acceptable, ce qui représente un progrès considérable. Pourtant, dans leur grande majorité, ces médecins restent dans les capitales et les grands centres urbains, ce qui entraîne un climat de concurrence avec une marchandisation des soins qui touche aussi bien le secteur public que le secteur privé, ayant pour effet le développement de pratiques contraires à la déontologie médicale et une aggravation de l'inéquité entre catégories sociales.

Cette situation résulte, en partie, des mesures d'ajustement structurel de la fin des années 80 qui ont limité de façon drastique l'accès à la fonction publique qui était jusqu'alors acquis pour tous les nouveaux diplômés, ouvrant ainsi largement le champ d'une médecine privée peu structurée où de nombreux jeunes médecins vivent d'expédients, inquiets pour leur avenir. Une situation paradoxale si on considère la périphérie où vit la grande majorité de la population - 60 à 85% selon les pays -, véritable « désert médical » qui se sent à juste titre abandonné malgré les discours sur la Santé pour Tous entendus depuis plusieurs décennies.

En définitive, le médecin généraliste est le grand absent des systèmes de santé malgré tous les efforts consentis jusqu'à présent. Il est le « chaînon manquant » en première ligne ou, pour être plus constructif, le « maillon indispensable » qu'il faudrait promouvoir avec détermination si l'on veut prétendre améliorer durablement la santé des populations.

L'EXEMPLE DU MALI

En 1986, un concours d'entrée dans la fonction publique fut instauré au Mali, ce qui eut pour effet une croissance rapide, en quelques années, du nombre de médecins à la recherche d'un emploi. Devant cette situation, des professeurs de l'Ecole de Médecine inquiets pour l'avenir des jeunes qu'ils formaient proposèrent, avec l'appui de l'ONG Santé Sud, aux nouveaux diplômés qui en exprimeraient la volonté d'aller s'installer dans les villages. En retour, ils avaient la garantie d'être accompagnés et soutenus dans leur entreprise.

C'est ainsi que le premier « médecin de campagne » malien s'engagea dans cette voie en allant s'installer dans un village situé à 370 km de Bamako et à 45 km du chef-lieu de cercle où se trouvait le centre de santé de référence. Suivant son exemple, d'autres médecins partirent à leur tour dans les différentes régions. En 1993, ils étaient 11 pionniers qui acceptèrent d'exercer leur métier auprès des populations rurales et d'être ainsi « l'espoir du pays profond » pour reprendre l'expression d'un article paru dans la presse locale au moment où ils fondent l'Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC).

Si cette approche nouvelle n'a pas été bien comprise par les autorités sanitaires, et parfois contrariées par elles, il faut dire aussi qu'elle a bénéficié des fruits de la démocratie qui s'installait dans le pays avec une évolution majeure du système de santé : l'Etat décide de ne plus être le prestataire de soins au premier niveau de la pyramide sanitaire et passe le relais aux communautés. Les créations de centres de santé communautaires (CSCOM) se multiplient, gérés par des associations de santé communautaires (ASACO) liées par une Convention d'Assistance Mutuelle avec la tutelle définissant les engagements de chaque partie (1). Dès lors, une majorité de médecins de campagne (86 %) va opter pour une installation dans un CSCOM sur la base d'un contrat avec l'ASACO tandis qu'une proportion non négligeable (14%) préfère continuer à s'installer en privé comme l'avaient fait les premiers volontaires.

Cette évolution s'est parachevée en 1999 avec la décentralisation qui a permis la création de 682 communes rurales et l'élection des premiers Maires à qui est désormais confiée la responsabilité du premier niveau de soins. En 2004, les médecins de campagne sont au nombre de 80 adhérents à l'AMC répartis dans la majorité des régions, ce qui porte à environ 15% le nombre d'aires de santé médicalisées sur l'ensemble du pays, et à environ un million le nombre d'habitants qui bénéficient de la présence constante d'un docteur en médecine.

Deux études rétrospectives, la première réalisée en 1994 portant sur 19 centres de santé médicalisés (2), et la seconde en 1998 sur 32 centres médicalisés (3) ont permis l'analyse des forces et des faiblesses de ces installations, et surtout de conclure à leur viabilité marquée par une évolu-

Tableau I - Résultats de huit centres de santé médicalisés comparés aux 61 centres des deux cercles concernés : Sikasso et Koutiala (année 2001).

	Centres médicalisés	Ensemble Sikasso	Ensemble Koutiala
Taux de fréquentation (nouveaux cas)	S : 0,26 K : 0,27	0,13 -	- 0,10
Consultations prénatales	72 %	40 %	40 %
Accouchements assistés	59 %	33 %	26 %
BCG	93 %	43 %	35 %
Troisième vaccin DTCP	71 %	32 %	33 %
Vaccin Rougeoleux	73 %	28 %	23 %
Planning Familial	6 %	3 %	1 %

Remarque : L'analyse des nouveaux cas, pour les 8 centres médicalisés, montre un nombre significatif de nx cas hors aire, ce qui montre le pouvoir d'attractivité de ces centres de santé avec médecin.

tion favorable de la progression des activités et du résultat financier.

En 2001, nous avons analysé l'activité de huit centres de santé dirigés par des médecins de campagne confirmés (plus de 5 ans de présence) dans les cercles de Sikasso et de Koutiala en la comparant aux 61 centres de santé qui couvrent l'ensemble des deux cercles. L'analyse montre des résultats deux à trois fois supérieurs pour toutes les prestations (Tableau I).

VERS UN NOUVEAU CONCEPT :
LA MÉDECINE GÉNÉRALE COMMUNAUTAIRE

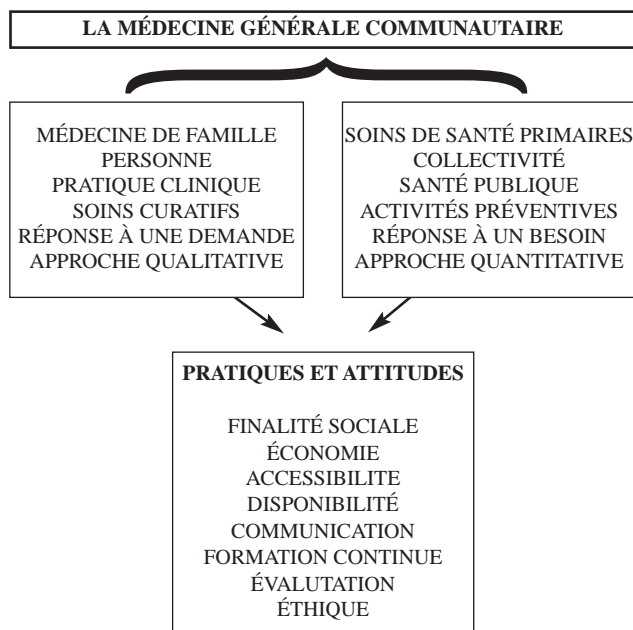
Ces médecins de campagne maliens, en acceptant de vivre au milieu des populations pour exercer une médecine de proximité - sans ignorer leurs difficultés et parfois leurs échecs - ont ouvert la voie d'une alternative possible face aux impasses actuelles des systèmes de santé. S'inspirant de la médecine de famille en Europe qui avait profondément modifié l'état sanitaire des campagnes à une époque où ces dernières étaient beaucoup plus peuplées que les villes, ils ont démontré que des médecins généralistes africains pouvaient également exercer leur métier avec compétence et conviction malgré des conditions de vie précaires.

Au Mali, mais aussi à Madagascar où la même expérience est en cours depuis quelques années, ces médecins inventent un nouveau métier qui n'a pas d'équivalent dans la mesure où ils doivent conjuguer au jour le jour la démarche clinique et la santé publique, la responsabilité thérapeutique individuelle et la prise en charge des problèmes de santé d'une collectivité. Situés en première ligne, responsables d'une aire de santé d'environ 10.000 habitants, ils ont appris au fil des années à concilier dans une même pratique la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) et la dimension individuelle du soin, celle de la Médecine de Famille (MF) où s'exerce la responsabilité du geste à faire, de la parole à donner, de la décision à prendre. Cette stratégie combinée SSP/MF, en permettant la synthèse de deux approches historiques différentes, voire opposées - l'une collective et l'autre individuelle -, représente sans aucun doute la part la plus originale de cette approche médicale, attentive à la fois aux besoins d'une population et à l'attente des patients : la médecine générale communautaire (Tableau II).

Cette globalité se traduit concrètement dans les temps d'une journée où le médecin généraliste communautaire va consulter, superviser son équipe soignante, partir en visite à domicile pour une urgence, organiser une tournée de vaccination dans les villages éloignés, faire une visite systématique des enfants scolarisés, participer à une réunion à la mairie sur les problèmes d'assainissement...autant de tâches qui concourent à résoudre les problèmes de santé quotidiens de tout un chacun, tout en veillant à la mise en œuvre des programmes prioritaires du pays (endémies, PEV, Santé Reproductive, PCIME, etc...).

De cette pratique réelle, polyvalente, est née une définition validée collectivement qui est la suivante : «Le médecin généraliste communautaire (MGC) est un médecin agréé

Tableau II - Le concept de médecine générale communautaire.



qui exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité».

On le voit, la finalité sociale est au cœur de la définition, mais elle n'est pas contradictoire avec l'autonomie, l'initiative, la prise de responsabilité face à des situations spécifiques liées aux particularités locales. Cette approche communautaire de la médecine générale, indépendante de la fonction publique, s'inscrit dans une conjugaison privé/public délibérément souhaitée et construite, le «privé - communautaire» qui peut s'exercer selon deux modalités :

- dans le cadre d'une structure existante : le MGC est lié par un contrat de droit privé avec une structure de santé de première ligne dont il assure la responsabilité médicale. Cette structure peut être associative, municipale, mutualiste, confessionnelle ou publique. En contrepartie il bénéficie d'un revenu qui comprend un minimum garanti auquel s'ajoute un pourcentage sur les recettes des prestations du centre de santé hors médicaments ;

- dans le cadre privé strict : le MGC exerce sous un mode libéral avec une convention de service public qui l'engage à assurer le paquet minimum d'activité (PMA) sur son aire de santé et à pratiquer des tarifs compatibles avec les revenus communautaires. L'installation du médecin s'intègre dans la carte sanitaire du district dont il dépend, ce dernier devant faciliter son insertion dans le système de soins (fourniture des vaccins, des rapports statistiques, participation aux réunions, etc.).

Dans tous les cas, la contractualisation est au centre du dispositif de façon à préciser au mieux les droits et les devoirs de chacune des parties contractantes. Les différentes entités concernées - médecins, associations, collectivités,

tutelles - doivent en effet se considérer comme des partenaires. Et si les médecins généralistes communautaires ont raison de vouloir être gratifiés à hauteur de leurs résultats, ils doivent aussi être conscients de l'espoir que les communautés mettent en eux en offrant le meilleur de leurs capacités professionnelles et humaines pour répondre à cette attente.

DES OBSTACLES À SURMONTER

Cette nouvelle voie professionnelle ouverte par des praticiens de terrain est porteuse d'avenir mais ne pourra se développer sans une évolution profonde du contexte actuel. Les obstacles sont en effet nombreux, susceptibles de compromettre la démarche ou d'en dénaturer le sens. Nous décrivons succinctement ceux qui nous paraissent les plus préoccupants.

Les catégories qui organisent le champ de la santé n'existent pas en soi mais « procèdent de constructions » (4). Pour ce qui concerne l'Afrique et Madagascar, la médecine a été importée en bloc avec l'administration générale des colonies. C'est d'emblée un système de santé administré et hiérarchique qui s'est mis en place avec une vision monocausale, pasteurienne, de la maladie. Cette culture historique perdure sous de nombreux aspects : le rapport administration (dominatrice) / administré (subordonné) structure encore profondément la relation soignant/soigné tandis que les programmes verticaux d'antan sont aujourd'hui relayés par ceux des agences internationales. Dans ce contexte, les initiatives ont peu de prise et sont volontiers déconsidérées si elles ne procèdent pas de l'Etat ou des grandes institutions.

La médecine générale, et tout particulièrement la médecine de famille, n'a pas été transmise (5). De ce fait la fonction diagnostique et thérapeutique, en pratique dévolue à des personnels non médecins, n'est pas reconnue comme spécifiquement médicale. La santé publique et les chefferies hospitalières (et aujourd'hui les spécialités) sont en réalité les seules sources de légitimité pour le corps médical. Etre médecin praticien au premier contact est à priori dévalorisant, professionnellement mais aussi socialement (6).

Cet état de fait que l'on retrouve dans toute l'Afrique francophone est préoccupant, les plans de carrière prenant le pas sur toute autre considération, en particulier celle du « prendre soin » des malades. L'hospitalocentrisme des études, le manque de contacts avec le pays réel, l'exemple des aînés souvent carriéristes ont pour conséquence un désenchantement profond chez les étudiants en médecine. Faute de repères identitaires et d'un cadre professionnel organisé, les jeunes diplômés sont contraints à s'engager dans des stratégies individuelles aux perspectives limitées qui s'apparentent au bricolage à défaut, pour beaucoup d'entre eux, de pouvoir s'engager dans une vraie vie professionnelle. De ces frustrations, auxquelles s'ajoute la concurrence avec les infirmiers dont ils partagent le même territoire, naissent des attitudes et des pratiques de survie peu satisfaisantes (7).

C'est dans cette ambiance générale que les jeunes médecins de campagne du Mali et de Madagascar ont fait le choix d'une pratique différente inscrite dans une charte

Tableau III - Charte du médecin de campagne malien .

Article 1	Etre docteur en médecine, inscrit au Conseil de l'Ordre National des Médecins du Mali
Article 2	Respecter les règles d'éthique et de déontologie médicale
Article 3	Mettre à disposition ses compétences pour apporter des soins de qualité à tout individu qui fait appel à lui sans distinction de sexe, d'âge, d'ethnie, de lieu d'habitation
Article 4	Organiser son activité pour permettre à la population dont il a la charge de disposer d'un médecin en continu
Article 5	Effectuer le Paquet Minimum d'Activités curatives et préventives, défini dans le programme de développement socio-sanitaire du Mali, dans la structure dans laquelle il exerce et en stratégie avancée dans l'aire de santé dont il dépend
Article 6	Participer aux activités de lutte contre les maladies dites prioritaires
Article 7	Mettre en place des activités de promotion de la santé et d'éducation des populations
Article 8	Dispenser des soins de santé aux meilleurs tarifs, en tenant compte des capacités de financement des populations
Article 9	Prescrire en médicaments essentiels génériques
Article 10	Promouvoir les mécanismes de protection sociale auprès des populations dont il assure les soins
Article 11	Mettre régulièrement à jour ses connaissances dans le cadre d'une formation continue
Article 12	Respecter les contrats passés avec les autorités administratives ou les représentants de la population
Article 13	Recueillir des données d'activité et fournir des rapports réguliers aux autorités sanitaires

(Tableau III), mais des dérives lucratives ne sont pas pour autant exclues si les prestations curatives - légitimes en soi pour un médecin - l'emportent sur les activités de prévention, de promotion et de coordination qui sont tout aussi importantes (8). D'où le rôle majeur de leurs associations professionnelles qui est de promouvoir cette approche communautaire de la médecine générale dans toutes ses composantes, de se soutenir entre confrères autour de valeurs particulièrement nécessaires dans le contexte médical que nous venons de décrire brièvement.

Il ne faudrait pas toutefois penser que la médicalisation de la première ligne serait la nouvelle panacée. Le recrutement autoritaire de médecins pour la périphérie s'est soldé par des échecs : isolés, confrontés au dénuement, ils ont souvent abandonné leurs postes au bout de quelques mois. C'est pourquoi un changement des mentalités s'impose pour passer d'une logique administrée à une logique participative où la négociation entre acteurs l'emporte. Cette évolution suppose une réelle décentralisation des systèmes de santé où l'Etat accepte de ne plus avoir le monopole des soins tout en

restant le régulateur et le garant d'un champ ouvert à des entités nouvelles appelées à se développer avec la démocratie : associations communautaires, coopératives, collectivités locales, mutuelles... Les professionnels de la santé ont en effet besoin d'avoir en face d'eux des usagers organisés et des responsables actifs, capables à la fois de les interpeller et de collaborer pour l'intérêt général.

UN ACCOMPAGNEMENT NECESSAIRE

Ainsi que nous venons de le voir, prendre la décision d'aller s'installer volontairement dans un village n'est pas une démarche évidente : un jeune médecin ne se sent pas assez armé pour partir dans une zone isolée, sans expérience et sans autre recours que lui-même, face à des pathologies graves et des centaines de malades aux ressources limitées. Rien ne l'y incite et sa famille, bien souvent, l'en dissuade. Et pourtant, l'expérience montre que des médecins sont prêts à exercer leur métier dans ces conditions difficiles s'ils se sentent soutenus.

Nous présentons ici le processus d'installation en 5 étapes que Santé Sud met en œuvre au Mali et à Madagascar (Tableau IV), processus indispensable si l'on veut promouvoir une médecine générale communautaire de qualité et pérenne. Cet accompagnement nécessite, bien entendu, l'appui sur place d'une cellule technique compétente, sorte de

bureau-conseil qui joue à la fois le rôle d'interface entre les différentes entités concernées et de soutien personnalisé pour les candidats à l'installation.

Précisons quelques points :

- l'engagement personnel des jeunes diplômés est un critère essentiel. Ils peuvent choisir eux-mêmes leur lieu d'installation (que le processus validera ou non) où répondre à une demande que la cellule technique estime pertinente ;

- l'étude de faisabilité, réalisée correctement, permet de prévoir la viabilité ou non de l'installation, et sert de repère ensuite pour ce qui concerne les résultats en terme d'activités et de revenus ;

- le médecin doit être aidé de façon à pouvoir se placer dès le départ dans une dynamique de négociation, aussi bien avec ses partenaires locaux qu'avec le district sanitaire. En effet, considéré comme un novice, il risque d'être traité d'emblée comme un employé (par le centre de santé) ou un subordonné (par le district), situation dont il aura bien du mal à s'affranchir ;

- il faut éviter la concurrence avec un infirmier chevronné : les populations rurales ne font pas encore de distinction entre « les blouses blanches » et l'infirmier n'acceptera pas, à juste raison, d'être dépossédé de son statut médical, qui plus est par plus jeune que lui ;

- les aides à l'installation doivent être ciblées sur le strict nécessaire pour une pratique généraliste correcte en situation isolée. Cela représente un investissement de départ tout à fait raisonnable, de l'ordre de 6 000 000 FCFA. Une moto est justifiée dans le kit d'installation car la mobilité fait partie de la spécificité de la MGC. Un laboratoire de base pourra utilement compléter l'équipement ;

- les infrastructures du centre de santé sont du ressort de la communauté d'accueil (association, municipalité, structure confessionnelle, Etat...), et les conditions de logement doivent être négociées de façon à être satisfaisantes pour le médecin et sa famille. En cas d'installation privée, la meilleure solution est une entente avec la communauté pour la mise à disposition ou la location de locaux qui serviront de centre médical et de logement ;

- la formation préalable s'est révélée indispensable devant un certain nombre de difficultés, manifestation liées à une méconnaissance des spécificités de la pratique médicale en première ligne qui ne sont pas abordées au cours des études en faculté de médecine ;

- il est souhaitable que l'association médicale référente soit partie prenante du processus d'installation des jeunes confrères, en particulier pour le suivi, la formation continue, des actions-recherche en réseau, possibles dans le cadre d'une collaboration avec des spécialistes (9). C'est la condition pour que le métier de médecin généraliste communautaire se construise et gagne sa légitimité avec le temps. La vie associative professionnelle, si elle est animée et confraternelle, permettant la confrontation des idées et de vraies réflexions sur les pratiques, sera en définitive le meilleur soutien de ces médecins qui auront fait le choix d'aller au devant de populations médicalement défavorisées.

En définitive, c'est l'autonomie à court terme qu'il faut viser pour chaque installation, et une autonomie à long

Tableau IV - Le processus d'installation du MGC

Première étape • Mise en relation de l'offre et de la demande

- Sensibiliser des jeunes médecins,
- Identification des demandes locales (communes, associations, mutuelles, structures de santé de premier niveau...),
- Visite sur le terrain et avis du District Sanitaire.

Deuxième étape • Etude de faisabilité par le candidat

- Délimitation de l'aire de santé et de sa population,
- Etude de l'environnement géographique, socioéconomique, sanitaire,
- Simulation des activités attendues et des résultats financiers sur 3 ans,
- Identification des besoins matériels (équipements, logement...).

Troisième étape • Formation préalable

- Théorique avec 4 sessions : démarche clinique, organisation et gestion, santé publique, communication (un mois),
- Pratique avec un stage chez un aîné confirmé (un mois).

Quatrième étape • Contractualisation et mobilisation des aides

- Contrat de droit privé avec les responsables de la structure d'accueil,
- Si nécessaire négociation pour une convention de service public avec le District Sanitaire,
- Installation et mobilisation d'aides ciblées : kit médical, installation solaire, dotation initiale en médicaments, prêt pour une moto...,
- Adhésion à l'association médicale référente.

Cinquième étape • Suivi et formation continue

- Suivi sur le terrain régulier pendant 2 ans,
 - Abonnements revues professionnelles,
 - Vie associative professionnelle (réunions, sessions de formation continue, participation à des actions recherche en réseau).
-

terme pour cette profession médicale nouvelle qui se cherche. Le processus d'accompagnement devra aussi, dans cette perspective, s'ouvrir vers l'extérieur en favorisant des échanges Sud/Nord et des collaborations Sud/Sud.

CONCLUSION

La médicalisation du premier échelon telle que nous la proposons permettrait aux systèmes de soins de dépasser ce niveau d'incompétence qui limite aujourd'hui leurs capacités d'évolution, et de franchir ainsi une nouvelle étape.

Elle favoriserait l'émergence d'une première ligne mieux qualifiée et de plus en plus forte qui produirait des effets systémiques importants tels que :

- la diminution du coût des soins supporté par la population en limitant, grâce à une offre de soins efficace, les évacuations coûteuses et des recours thérapeutiques anarchiques ;

- une amélioration de la situation des hôpitaux qui ne sont souvent que de gros dispensaires encombrés de malades qui n'ont pas été pris en charge en périphérie : leur rôle de référence pourra dès lors s'exercer plus aisément dans le cadre des réformes hospitalières ;

- la possibilité d'organiser des systèmes de prévoyance et d'entraide avec des mutuelles locales qui pourront garantir des prises en charge médicalisées accessibles ;

- un développement local favorisé par la présence permanente d'un médecin, incitant d'autres acteurs à s'installer durablement (instituteurs, vétérinaires, agents techniques...), et mieux à même de lutter contre l'exode rural.

Cette voie nouvelle est possible dans de nombreux pays qui ont chaque année des promotions de jeunes médecins dont le nombre est parfois supérieur à celui des infirmiers, mais dont une grande partie est laissée à la marge. Elle implique une évolution profonde des mentalités, nécessairement politique puisqu'il s'agit, en définitive, de s'affranchir d'une vision où le monopole de l'Etat est le seul horizon, ce qui suppose une adhésion aux idées de démocratie

et de citoyenneté - et qui ne veut pas dire, bien entendu, une absence d'Etat.

La réalité montre que les familles ont partout du bon sens : elles apprécient peu la médecine vétérinaire et savent reconnaître ceux qui les aident à aller mieux. Le fameux « colloque singulier » depuis Hippocrate reste la pierre angulaire de la pratique médicale et tous les systèmes qui marginalisent cette relation, si particulière et spécifique, sont voués à l'échec. Et le médecin généraliste communautaire ne pourra pas s'y soustraire car le succès dépendra surtout de la confiance qu'il aura su faire naître autour de lui.

REFERENCES

- 1 - BALIQUE H. - Le Mali : un système de soins en pleine transformation. *Med Trop* 1998 ; **58** : 337-341.
- 2 - ANNAHEIM-JAMET I., TRAORE S., BALIQUE H. - Réinventer la médecine de campagne. In « BRUNET-JAILLY - innover dans les systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest ». Karthala ed, 1997, pp 138-151.
- 3 - ORSTOM - L'expérience des médecins de campagne du Mali. Etude sur 32 installations sous la direction du Dr Hubert Balique. 1998. Document Santé Sud non publié.
- 4 - FASSIN D - Les enjeux politiques de la santé. Karthala, 2000.
- 5 - VAN DORMAEL M - Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires. In « HOURS B - Systèmes et politiques de santé ». Karthala ed, Paris, 2001, pp 117-135.
- 6 - GOBATTO I - Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle. L'Harmattan ed, 1999.
- 7 - JAFFREY, OLIVIER DE SARDAN JP - Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 2003.
- 8 - DUGAS S, VAN DORMAEL M - La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. *Studies in Health Services Organisation and Policy* - Belgium. 2003.
- 9 - GENTON P, TOGORA A, NIMAGA K *et Coll* - Recherche-action en réseau sur l'Epilepsie (RARE) au Mali : l'expérience d'un séminaire de formation de médecins de campagne. *Epilepsies* 2003 ; **15** : 201-205.



ORIGINAL RESEARCH

Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagne au Mali

S Coulibaly¹, D Desplat², Y Kone¹, K Nimaga³, S Dugas⁴, G Farnarier⁵, M Sy¹, H Balique², OK Doumbo⁶, M Van Dormael⁷

¹*Santé Sud, Bamako, Mali*

²*Santé Sud, Marseille, France*

³*Association des Médecins de Campagne, Bamako, Mali*

⁴*Institute Tropical Medicine, Belgium*

⁵*Service de Neurophysiologie Clinique, Faculté de Médecine de Marseille, France*

⁶*Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires, Faculté de Médecine de Bamako, Bamako, Mali*

⁷*Public Health Department, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium*

Published: 28 August 2007

Coulibaly S, Desplats D, Kone Y, Nimaga K, Dugas S, Farnarier G, Sy M, Balique H, Doumbo OK, Van Dormael M

Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagne au Mali

Education for Health, Volume 20, issue 2, 2007

Available from: <http://www.educationforhealth.net/>

ABSTRACT

La difficulté d'attirer du personnel de santé qualifié en milieu rural constitue un obstacle majeur à l'accès pour tous à des soins de qualité. Quinze ans d'expérience de médecine de campagne au Mali témoignent toutefois de la possibilité, dans un contexte africain, de développer en zones rurales des pratiques de médecine communautaire, intégrant soins curatifs individuels et activités de santé publique. Le mouvement des médecins de campagne au Mali s'inscrit dans le processus de décentralisation des soins, dans lequel les communautés et les Mairies jouent un rôle croissant : les médecins de campagne sont en effet le plus souvent recrutés par les communautés. Regroupés au sein de l'Association des Médecins de Campagne, ils adhèrent à une Charte commune et s'engagent à dispenser des soins de qualité et financièrement accessibles. Un dispositif de qualité s'est progressivement mis en place impliquant plusieurs partenaires : une association professionnelle, une ONG de soutien, des universitaires et des gestionnaires du système de soins. Cet article décrit la genèse de l'expérience des médecins de campagne, la philosophie qui la



sous-tend, les conditions qui l'ont rendue possible, les difficultés de mise en œuvre, les stratégies pour y faire face, et l'évolution des partenariats. Il met en évidence le potentiel des professionnels de soins en Afrique pour sortir de l'impasse de soins de santé primaires limités à des maladies prioritaires, et pour offrir des réponses aux attentes immédiates des communautés tout en assurant les activités nécessaires à la santé publique.

Financement: Le projet des médecins de campagne bénéficie du soutien financier de l'Union Européenne et de la Coopération Française. L'appui technique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers est financé par la Coopération Belge.

Neighbourhood rural medicine: an experience of rural doctors in Mali

English Abstract

The main constraint to improving access to health services of quality in rural areas is to attract qualified health personnel in these areas. A fifteen years experience in rural health in Mali has shown that it is possible to develop community medicine practices in an African context that do integrate individual care and public health activities. The policy of decentralization of health services encouraged local communities and municipalities to recruit rural doctors themselves. An initiative of rural doctors materialized with this event as they founded a national association and adhere to the principles of a Charter to provide quality health care at an affordable cost. A mechanism of quality improvement was established with the participation of several partners: a professional association, a funding non-governmental organization, and groups of academic staff and health managers.

This paper describes the evolution of the rural doctors' experience, its philosophy, conditions that made it successful, constraints it had to overcome and the attitude of partners. It highlights the potential of health care personnel in Africa to provide primary health care well beyond traditional programs on prevalent diseases and to respond to both urgent individual needs and pressing public health requirements.

Medicina rural comunitaria: una experiencia de médicos rurales en Mali

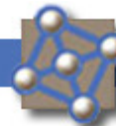
Resumen Español

El mayor obstáculo para mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad en las áreas rurales, es atraer personal de salud calificado para estas áreas.

La experiencia de quince años de salud rural en Malí ha demostrado que es posible desarrollar prácticas de medicina comunitaria en un contexto africano, integrando atención individual y acciones de salud pública.

La política de descentralización de los servicios de salud estimuló a las comunidades locales y a los municipios a reclutar directamente médicos rurales.

Una iniciativa de médicos rurales se materializó cuando ellos fundaron una asociación nacional y se adhirieron a los principios de un Estatuto para proveer atención a la salud de calidad y a un costo aceptable. Se estableció un mecanismo para mejorar la calidad, con la participación de varios actores involucrados: una asociación profesional, una organización no gubernamental filantrópica, grupos de académicos y administradores de salud.



Este artículo describe la evolución de la experiencia de los médicos rurales, su filosofía, las condiciones que la hicieron posible, los obstáculos que hubo que superar y las actitudes de los involucrados. Enfatiza el potencial del personal de atención a la salud en Africa para proveer atención primaria, mucho mas allá de los programas tradicionales orientados a las enfermedades prevalentes, y responder simultáneamente a las necesidades individuales urgentes y a las demandas insoslayables de la salud pública.

Mots clés: santé communautaire, médecine générale, santé rurale, ressources humaines, association professionnelle, Afrique

Introduction

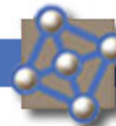
Une grande partie des populations rurales d'Afrique Subsaharienne n'a pas accès aux soins, notamment en raison de l'insuffisance en personnel qualifié (Dussault & Franceschini, 2006). Les initiatives pour attirer des médecins en milieu rural en Afrique donnent des résultats mitigés (Kotzee & Couper, 2006). Or au Mali, des médecins choisissent délibérément de s'installer en milieu rural pour y pratiquer une médecine de première ligne communautaire (Dugas & Van Dormael, 2003; Desplats et al, 2004; OMS, 2006). A travers une analyse de la philosophie et de la mise en œuvre de l'expérience, cet article souligne le potentiel des professionnels de soins en Afrique, et examine les conditions qui rendent possible leur mobilisation.

Le contexte

Dans les années 1980, à peine 30 % de la population Malienne habitait à moins de 15 km d'un centre de santé, et la qualité des soins, assurés par des aides soignants (par des infirmiers dans les plus gros centres) laissait à souvent désirer (Maiga et al., 1999). Malgré la gratuité des soins, les services étaient très peu utilisés. Un axe essentiel de la réforme du système de soins malien des années 1990 (Balique, 1998) fut de créer un réseau de « centres de santé communautaires » (CSCOM), couvrant chacun une population d'environ 10.000 habitants, et d'en confier la gestion à des Associations de Santé Communautaires (ASACO) élues localement. Les équipes de district sanitaires renforcées étaient responsables de les appuyer techniquement dans la mise en œuvre des directives nationales. Mais le personnel, recruté et rétribué directement par les ASACO sur base des recettes des centres (les soins étant devenus payants), ne relevait plus de la fonction publique. Parallèlement aux mesures d'ajustement structurel, l'Etat Malien réduisit drastiquement le recrutement de fonctionnaires dans le secteur de la santé et autorisa l'exercice privé. La décentralisation de 1999 (Diarra S et al., 2004) fit apparaître de nouveaux acteurs, les Mairies, responsables des CSCOM.

C'est dans ce contexte de réforme du système de soins et de décentralisation que s'est développée la médecine de campagne au Mali. Il faut souligner que celle-ci est une conséquence indirecte de la réforme et non une décision de politique de santé. En effet, face au blocage du recrutement des médecins en 1989, des jeunes médecins confrontés au chômage relevèrent le défi de s'installer en milieu rural, encouragés par des Professeurs de la Faculté de Médecine de Bamako et soutenus par l'ONG Santé Sud (Annaheim-Jamet et al., 1997). Les premiers ouvrirent un cabinet privé, seule alternative alors à la fonction publique. Mais le développement des CSCOM créa rapidement d'autres opportunités, certaines ASACO ou Mairies recrutant un médecin (ORSTOM – Santé Sud – AMC (1998). *L'expérience des médecins de campagne du Mali. Document polycopié, Bamako (122 p)*).

Le nombre total de médecins de campagne est en croissance constante depuis 15 ans, le nombre de nouveaux arrivés excédant le nombre de départs. En 2006, l'Association des Médecins de Campagne (AMC) comptait 86 membres (environ 8% du corps



médical) desservant approximativement 12 % de la population rurale Malienne. Plus de 10% des CSCom ruraux ont un médecin pour chef de poste, ce qui est considérable pour l'Afrique Subsaharienne. La majorité des médecins de campagne (74% fin 2005) exerce en CSCom, certains ont un contrat avec d'autres types d'associations (11%) ou choisissent d'exercer en cabinet privé (15%).

La fonction du médecin de campagne: principes et valeurs

La Charte déontologique : une logique à finalité sociale

Tout en ne relevant pas de la fonction publique, les médecins de campagne s'inscrivent dans une logique à finalité sociale, par contraste à une logique à finalité lucrative (Giusti et al.,1997). L'AMC a développé au fil des ans un débat interne sur les implications d'une pratique de qualité. Le souci d'accès pour tous à des soins de qualité est à la base de la Charte de l'AMC : dans le respect de la déontologie et de l'éthique médicale, le médecin de campagne s'engage à dispenser des soins de qualité à tous sans distinctions; à tenir compte des capacités de paiement des populations et à limiter les coûts; à prescrire des médicaments essentiels génériques ; à promouvoir des mécanismes de protection sociale ; à organiser une permanence des soins ; à réaliser le paquet minimum d'activités (PMA) prévu par le Ministère de la Santé ; à participer à la lutte contre les maladies considérées comme prioritaires et à développer des activités de promotion et d'éducation à la santé; à contribuer au recueil d'informations sanitaires; à se perfectionner à travers la formation continue; et à collaborer avec les communautés et les autorités.

L'intégration de la médecine et de la santé communautaire

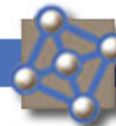
La pratique de la médecine générale communautaire est au Mali un nouveau métier. Outre ses fonctions cliniques, le médecin de campagne doit en effet planifier les activités préventives et curatives du centre, organiser le travail d'équipe, encadrer le personnel, superviser l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière, utiliser le système d'information sanitaire, collaborer avec les autorités de district, la mairie et la communauté...

La médecine de campagne veut intégrer soins médicaux et activités proactives à dimension communautaire. L'implication de cliniciens de niveau médecin, constitue un atout fondamental pour redonner vigueur aux soins de santé primaires : elle permet d'augmenter la capacité résolutive locale, de renforcer la confiance de la population et de créer des conditions plus favorables à l'acceptation des activités nécessaires à la santé publique.

S'ils apportent une plus-value clinique, les jeunes médecins de campagne ne sont cependant pas tous sensibilisés à leurs responsabilités en santé communautaire, leur formation initiale les y préparant peu. L'AMC et Santé Sud ont donc mis en place un programme destiné à répondre aux besoins de formation non couverts.

La mise en œuvre pratique

Diverses stratégies sont élaborées dans le but d'améliorer l'accès à des soins de qualité tout en renforçant les médecins dans leur engagement professionnel.



Des incitatifs à l'installation

Plusieurs facteurs, financiers et non-financiers, contribuent à rendre acceptable le travail en milieu rural. Les jeunes médecins y sont encouragés par des professeurs de la Faculté de Médecine. Le projet de Santé Sud les appuie en fournissant un kit d'installation, des panneaux solaires, une moto... Une formation préalable est proposée aux jeunes qui s'installent, ainsi qu'un suivi régulier. L'appui de l'association professionnelle joue un rôle crucial dans la lutte contre l'isolement professionnel : rencontres régionales et nationales, formation continue, visites réciproques. La reconnaissance par les communautés et les autorités constitue une gratification importante. Sur le plan financier, les médecins employés par un CSCo ont un contrat prévoyant, outre un minimum garanti, un pourcentage sur la totalité des actes, hors médicaments. La perspective de revenus liés au volume d'activité constitue un élément non négligeable de la motivation à l'installation.

Un dispositif qualité multidimensionnel

Le dispositif de qualité qui s'est développé encourage le perfectionnement professionnel. Répondant aux difficultés rencontrées par les jeunes médecins (Kone, 2003), une formation préalable à l'installation est assurée depuis 2003 par des médecins de campagne expérimentés et des enseignants extérieurs. Des modules et des stages pratiques chez un aîné Maître de Stage les préparent à la démarche clinique en milieu rural, et développent leurs compétences en gestion, communication et santé communautaire. Cette formation est complétée pendant deux ans par un suivi de terrain par des anciens médecins de campagne devenus animateurs de Santé Sud. Les activités de formation continue incluent des séminaires thématiques, des actions-recherche en réseau (Epilepsie, HTA, VIH, paludisme), des bourses de perfectionnement, et des échanges avec des généralistes français (Van Dormael et al., 2007). La vie associative, ponctuée de réunions régionales et nationales, permet le partage d'expériences, la définition progressive d'une identité collective, le tutorat des plus jeunes par des aînés et le rappel à l'ordre ou l'appui à des médecins en difficulté. Ces mécanismes d'autorégulation professionnelle, sans doute perfectibles, complètent la régulation par les communautés et par l'Etat. Simultanément ce dispositif qualité stimule le professionnalisme des médecins et renforce leur motivation (Mathauer & Imhoff, 2006).

Recherche de solutions novatrices

Le professionnalisme s'exprime à travers diverses expériences, inédites au Mali, initiées par des médecins de campagne et relayées au sein de l'AMC: certains médecins effectuent des visites à domicile aux personnes âgées ; la première mutuelle rurale du Mali a démarré en 1998 à l'initiative d'un médecin de campagne (Kone et al., 1998) et a eu depuis des effets multiplicateurs; un groupe de médecins expérimente des dossiers de suivi de patients individuels. Des médecins participent aussi à des expériences novatrices de prise en charge du paludisme et de certaines maladies traitées jusqu'ici dans des centres spécialisés : l'épilepsie (Nimaga et al., 2002; Farnarier et al., 2002; Genton et al., 2003), l'hypertension artérielle (Lafay et al., 2006), et le VIH-Sida. Des laboratoires de campagne sont mis en place par Santé Sud dans quelques centres.

Les partenariats

Les principaux partenaires de cette expérience sont les professionnels et les communautés, soutenus par Santé Sud, des institutions académiques, et de manière plus mitigée par les autorités sanitaires.



L'association professionnelle et Santé Sud

Les initiateurs de l'expérience sont de jeunes médecins, encouragés par des professeurs de l'Ecole de Médecine de Bamako et soutenus sur le plan technique et financier par l'ONG Santé Sud. Avec la création de l'AMC et le développement de sa vie associative, le rôle des professionnels est devenu progressivement prépondérant. Néanmoins l'appui technique de Santé Sud reste important, principalement à travers son équipe malienne (constituée d'anciens médecins de campagne) mais aussi de professionnels français (formateurs, généralistes). L'appui financier de l'Union Européenne et de la Coopération française ont permis jusqu'à présent une action au long cours. La pérennisation de l'expérience suppose cependant un financement stable pour assurer la vie associative et les fonctions de régulation et d'assurance qualité.

Les communautés

Les communautés et les Mairies jouent un rôle central dans l'installation des médecins en recrutant des médecins. La FENASCOM (Fédération Nationale des ASACO) demande davantage de médecins dans les CSCom, et des parlementaires appuient le mouvement. Sur le terrain, la collaboration entre médecins et communautés varie toutefois selon la dynamique communautaire et les capacités de dialogue du médecin et de son équipe. Le type de contrat semble également influencer ces relations, le médecin étant considéré par l'ASACO tantôt comme partenaire, tantôt comme employé.

Les autorités sanitaires et les équipes cadres de district

L'installation des médecins de campagne s'inscrit dans la politique de santé de décentralisation et de responsabilisation des communautés, mais ne constitue pas un objectif du Ministère de la Santé. La réglementation des CSCom prévoit un chef de poste ayant au moins un niveau de qualification d'infirmier, suggérant qu'il peut s'agir d'un médecin. Initialement considérés avec scepticisme par les autorités centrales, les médecins de campagne ont progressivement gagné en légitimité.

Les relations avec les équipes de district ont évolué au fil du temps : plutôt tendues au début, elles se sont progressivement améliorées. L'évolution de ces relations doit être replacée dans son contexte. Au début des années 1990, les équipes de districts manquaient de médecins, et voyaient parfois dans ces nouveaux venus des concurrents. Mais des collaborations se sont établies dans certains districts, les médecins de campagne participant aux gardes hospitalières ou à la supervision de CSCom voisins. D'autre part, la seule possibilité pour les premiers médecins de campagne était d'ouvrir un cabinet privé, suscitant l'assimilation « médecine de campagne = but lucratif », qui perdure encore parmi certains décideurs et gestionnaires. La délimitation des fonctions entre premier échelon et hôpital pose également problème. L'interprétation du « paquet minimum d'activités » (PMA) des CSCom mène certains chefs de districts à considérer que les activités non citées dans le PMA relèvent nécessairement de l'hôpital. Or une plus-value des médecins de campagne est de permettre l'élargissement du PMA : tout en référant des patients vers l'hôpital, ils prennent en charge une gamme élargie de pathologies, parfois considérées comme dépassant leurs fonctions : la cure chirurgicale des hernies inguinales est un point de friction avec les autorités. Il existe aussi des situations, peu nombreuses mais réelles, où la référence est totalement impossible à certains moments de l'année et où une activité médicale renforcée est indispensable.

La qualité des interactions continue à varier selon les districts et les personnes, mais pour un nombre croissant d'équipes de district, la présence de médecins représente un atout pour améliorer l'accès à des soins de qualité.



Les institutions académiques

Plusieurs Professeurs de la Faculté de Médecine de Bamako ont été initiateurs du mouvement et le soutiennent en sensibilisant leurs étudiants à cette pratique ou en intervenant dans les activités de formation. Une concertation est en cours pour intégrer certains éléments de la formation préalable des médecins de campagne au cursus de la Faculté. D'autre part, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers contribue depuis 2003 à la conception et la mise en œuvre de la formation préalable et appuie la réflexion conceptuelle sur la médecine générale communautaire ainsi que plus généralement le dispositif qualité.

Eléments d'évaluation

Des éléments d'évaluation de l'expérience sont disponibles mais nécessitent un approfondissement.

Sans pouvoir généraliser, il semble que la présence d'un médecin augmente le recours aux services. C'est ce que considèrent certains chefs de districts, demandeurs de l'installation de médecins. Une étude a montré que les taux d'utilisation et de couverture d'activités préventives de centres tenus par huit médecins de campagne expérimentés étaient supérieurs à ceux des autres centres des mêmes districts (Desplats et al., 2004). Certains centres avec médecins attirent de nombreux patients extérieurs à leur aire. On constate par ailleurs une réduction de plus 80% des crises d'épilepsies des malades suivis par les médecins de campagne (Nimaga et al., 2002, Farnarier et al., 2002).

La formation préalable est fortement appréciée par les jeunes médecins qui se déclarent mieux préparés à affronter la pratique de terrain. Elle ne suffit cependant pas à combler les besoins en formation ; c'est pourquoi elle est enchâssée dans un dispositif qualité plus large (*Association des Médecins de campagne, Santé Sud, Institut de Médecine Tropicale (2006) Formation préalable à l'installation des médecins de campagne au Mali : présentation et synthèse de 3 années d'expérience. Rapport rédigé par S.Dugas et M.Van Dormael*).

Alors que l'instabilité des chefs de poste des CSCom pose problème, un questionnaire administré en 2005 montre plutôt une relative stabilité des médecins de campagne: 45% exerçaient depuis plus de 5 ans, et 25 % envisageaient de pratiquer plus de 10 ans (Audibert, M., de Roodebeke, E. (2005). *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives. Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain. Document de travail*).

Le soutien mutuel que s'apportent les médecins de campagne dans le cadre de leur vie associative semble déterminante pour le maintien en poste. Parmi ceux qui ont quitté le métier, bon nombre sont devenus chefs de districts, encadrant les CSCom en connaissance de cause. L'AMC exige toutefois un engagement minimal de 2 à 3 ans.

Il ne s'agit pas d'opposer des centres avec médecins à des centres avec infirmiers, dont certains réalisent un excellent travail, mais plutôt de mettre en évidence la nécessité d'une formation clinique solide pour rencontrer les aspirations qu'ont les communautés de trouver des réponses à leurs problèmes de santé immédiats (Strasser, 2003). La pénurie de médecins mène certains pays à organiser des formations cliniques pour des catégories de personnel clinique telles que «medical officers», «nurse practitioner» ou assistants médicaux (Hongoro & McPake, 2004). L'expérience Malienne montre que la médecine de campagne est une alternative plausible lorsque le nombre de médecins augmente. Si elle n'est pas reproductible dans tous les contextes, une expérience similaire est néanmoins en cours à Madagascar et d'autres sont envisagées dans des pays voisins du Mali (Bénin, Sénégal, Guinée). Là où ce



type de pratique médicale émerge, l'enjeu est de la soutenir et de créer des conditions favorables pour la canaliser dans une logique sociale, tout en permettant aux professionnels de s'épanouir professionnellement.

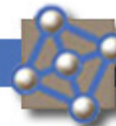
Au Mali, la pérennisation du mouvement suppose un appui institutionnel des pouvoirs publics, qui se justifie pleinement par les contributions de la médecine de campagne à la réalisation des objectifs de la politique sanitaire.

Conclusion

Tandis que certains mettent aux oubliettes les soins de santé primaires (Cohen 2006), d'autres réalisent que l'amélioration du niveau de santé des populations dépendra des capacités des services de santé à répondre aux attentes des populations, notamment en offrant des soins curatifs acceptables (Segall 2004). Le renforcement des compétences cliniques du personnel les rend davantage crédibles pour proposer des activités de santé publique. Mais des mécanismes d'appui sont nécessaires pour renforcer simultanément la qualité des soins et la motivation du personnel. Le projet de médecine de campagne au Mali s'inscrit dans cette revitalisation des soins de santé primaires.

Références

- Annaheim-Jamet, I., Traore, S., Balique, H. (1997). Réinventer la médecine de campagne. In Brunet-Jailly, J., *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l' Ouest* (pp138-151). Paris : Karthala
- Balique, H. (1998). Le Mali : un système de soins en pleine transformation. *Médecine Tropicale*, 58, 337-341
- Cohen, J. (2006). The new world of global health. *Science*, 311, 161-167
- Diarra, S., Keita, A., Nelen, J., Coulibaly, B., Konaté, N., Mossa, R.A., Osté, R., Sène, G., Sy, O., Hilhorst, T., Baltissen, G. (2004). La décentralisation au Mali. Du discours à la pratique. *Bulletin de l'Institut Royal des Tropiques (KIT)* 358. Amsterdam <http://tropeninstituut.nl/specials/assets/images/bull358.pdf>
- Dugas, S., Van Dormael, M. (2003). La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 22, Antwerp : ITG Press <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid=49&miid=43&RND=449133099#>
- Desplats, D., Kone, Y., Razakarison, C. (2004). Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Tropicale*, 6, 539-544.
- Dussault, G., Franceschini, M.C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources For Health* 4:12 doi:10.1186/1478-4491-4-12 <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>
- Farnarier, G., Nimaga, K., Desplats, D., Doumbo, O. (2002). Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali. *Revue Neurologique Paris*, 158 : 815-818
- Genton, P., Togora, A., Nimaga, K., Desplats, D., Farnarier, G. (2003). Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE) au Mali: l'expérience d'un séminaire de formation de médecins de campagne. *Epilepsies*, 15, 201-205



Giusti, D., Criel, B., De Bethune, X. (1997). Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning*, 12, 193-198

Hongoro, C., McPake, B. (2004). How to bridge the gap in human resources for health? *The Lancet*, 364, 1451-1456

Kone, Y., Ouattara, O., Balique, H. (1998) Un projet de création d'une mutuelle en zone rurale au Mali : la mutuelle des cotonniers de Nongon. Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique: Concept importé ou réalité émergente? Expériences et perspectives. Paris, Centre International de l'Enfance et de la Famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <http://www.concertation.org>

Kone, Y. (2003). Adéquation entre la formation initiale et la fonction de médecin généraliste au Mali. Mémoire de Master en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Kotzee, T., Couper, I.D. (2006). What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals in the Limpopo Province of South Africa. *Rural and Remote Health* 6:581 accessed 2007-03-05: <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=581>

Lafay, V., Diarra, M., Coulibaly, S., Desplats, D. (2006). Mise en place du Réseau Hypertension au Mali (RHYTM). *Médecine Tropicale*, 66, 437-442

Maiga, Z., Nafo Traore, F., El Abassi, A. (1999). La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 12, Antwerp : ITG Press <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid=49&miid=43&RND=449133099#>

Matthauer, I., Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health* 4:24 doi:10.1186/1478-4491-4-24 <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>

Nimaga, K., Desplats, D., Doumbo, O., Farnarier, G. (2002). Treatment with phenobarbital and monitoring of epileptic patients in rural Mali. *Bulletin World Health Organisation*, 80, 532-537

OMS (2006) Rapport Mondial de la Santé <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>

Segall, M. (2003). District health systems in a neo-liberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management* 18 Suppl 1: S5-26.

Strasser, R. (2003). Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice*, 20, 457-63.

Van Dormael, M., Dugas, S., Diarra, S. (2007). North-South exchange and professional development: experience from Mali and France. *Family Practice*, doi: 10.1093/fampra/cml070 <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/cml070v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=exchange&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Le médecin généraliste communautaire: une approche innovante, entre clinique et santé publique, pour pallier la pénurie de médecins dans les zones rurales enclavées à Madagascar.

Serge **GOTTOT***, Armand **RANDRIANARIVO-SOLOFONIAINA ****, Jean Claude **ANDRIANIRINARISON ****, Nohorasina **RAKOTOARISON ****, Clément **RAZAKARISON *****, Dominique **DESPLATS *****, Justin **RANJALAHY-RASOLOFOMANANA **.1**

Résumé

Face à la pénurie de médecins dans les zones rurales, en particulier dans celles qui sont enclavées, l'ONG Santé Sud a développé une approche originale qui s'avère effective selon les conclusions d'une évaluation externe réalisée en 2006/2007 par l'Institut National de Santé Publique et Communautaire d'Antananarivo, la coopération française et la Fondation Aedes.

L'originalité de cette approche est de combiner la médecine familiale et la santé communautaire, c'est à dire une médecine curative, préventive et promotionnelle individualisée intégrée dans une pratique de santé publique, attentive à la fois aux besoins d'une population et à l'attente des patients.

Son succès repose sur un appui de la communauté desservie qui accueille son médecin, et une convention d'association au service public favorisant l'intégration au sein du district sanitaire signée entre le médecin et la direction sanitaire régionale. Ces médecins de première ligne améliorent, par leur présence, la couverture sanitaire.

La pérennité de cette approche est liée à l'autonomie financière des médecins et à l'appui de Santé Sud. En effet, les Médecins Généralistes Communautaire peuvent gagner autant, sinon mieux, que les médecins fonctionnaires du secteur public. Santé Sud offre au médecin l'accompagnement technique, les conditions matérielles minimales pour pratiquer la médecine, la formation, le suivi et leur intégration au sein d'une association professionnelle permettant l'échange de pratiques entre pairs.

La reproductibilité de cette approche est envisageable dans d'autres pays car elle permet une vraie pratique médicale communautaire dans un cadre privé-public à un coût nettement moindre que celui d'un centre de santé public de base. Elle offre un emploi motivant à de jeunes médecins sortant de l'université sans grever le budget du ministère de la santé.

Le rapport coût-bénéfice de l'installation et du fonctionnement justifie la mise en place de cabinets ruraux privés communautaires en complémentarité avec le secteur public.

I. Le Médecin Généraliste Communautaire : un concept qui renouvelle et renforce les soins de santé primaires

La dispensation de soins primaires, en particulier en milieu rural, est une préoccupation constante des pays en voie de développement. Elle est même devenue une préoccupation croissante des pays développés. Tous deux cherchent des solutions pour rendre plus attractif l'exercice en milieu rural mais celles-ci s'avèrent peu efficaces.

Dans de nombreux pays en développement, la voie préférentiellement retenue est le recrutement par l'État de médecins ou de paramédicaux dans des centres de santé de base. Cependant, nombreux sont les centres de santé non pourvus en médecin et les communes qui n'ont ni médecins ni paramédicaux.

Deux principales raisons sont le plus souvent citées pour expliquer cette carence. Les professionnels de santé, en particulier les médecins, ne veulent pas s'installer dans les zones rurales, encore moins si elles sont isolées ou enclavées. Nombreux sont ceux qui préfèrent être fonctionnaires, si possible en ville, mais l'État n'a pas les ressources suffisantes pour les recruter.

¹ * Fondation AEDES, ** Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC), *** ONG Santé Sud

En conséquence, nombre de médecins et de paramédicaux sont au chômage ou se sont reconvertis dans un autre métier qui leur permet de rester en ville.

A Madagascar, selon les sources du Ministère de la santé, 70 communes seulement sur 1392 sont dépourvues de Centres de Santé de Base mais de très nombreuses zones enclavées, en particulier en saison des pluies, rendent les soins inaccessibles à une grande partie de la population. Cette inaccessibilité est en outre accentuée par l'insuffisance quantitative et qualitative en personnel, la faiblesse des budgets de fonctionnement et le coût prohibitif des transports. La répartition du personnel médical est inégale : 21% de la population, principalement urbaine, est desservie par 41 % du personnel de santé. Pour répondre à cette carence, le ministère de la santé recrute des médecins pour combler les centres de santé non pourvus mais ce choix ne permet pas de combler le déficit en médecins des zones rurales enclavées et, de plus, pèse sur le budget de l'état.

Pour répondre à cette problématique, l'ONG Santé Sud² a appuyé, depuis 1989 au Mali et 2003 à Madagascar, un programme d'installation d'un nouveau type de médecin, le **médecin généraliste communautaire (MGC)**³ exerçant selon un mode privé. Celui-ci pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé publique de son aire de responsabilité.

L'originalité de la démarche repose sur quatre piliers :

- des médecins sélectionnés sur leurs motivations personnelles et aptes à travailler seuls dans les zones rurales isolées, voire enclavées ;
- la priorité donnée à des installations situées dans des zones suffisamment peuplées, capables sur le plan économique d'assurer la solvabilité de ses habitants ;
- une convention de service public avec intégration du médecin dans le système sanitaire du pays et un engagement de la communauté à laquelle le médecin propose ses services ;
- un fort appui technique et financier de Santé Sud au moment de l'installation et pour le suivi des activités du cabinet médical communautaire.

² Santé Sud est une ONG de solidarité internationale, créée en 1984, basée à Marseille. Le programme présenté ici a bénéficié de subventions de la Coopération Française et de l'Union Européenne, complétées par des financements privés. (site : www/santesud.org)

³ Dans le texte « le médecin » signifie aussi bien un médecin homme qu'un médecin femme

L'architecture du projet

Le médecin fournit une activité de soins de santé primaires combinant une pratique clinique individualisée de médecine de famille à une prise en charge des problèmes de santé de sa communauté d'environ 10.000 habitants. Il doit s'installer dans des zones rurales non desservies par un autre médecin ou par le service public, le plus souvent des zones rurales éloignées voire enclavées. L'installation doit répondre à une demande des institutions publiques et de la communauté. Il assure la permanence des soins et vit sur son lieu d'installation. Il exerce sous un mode privé avec une convention de service public⁴ qui l'engage à assurer le paquet minimum d'activité (PMA⁵) sur son aire de santé et à respecter les règles d'éthique et de déontologie médicale⁶.

La communauté d'accueil facilite l'insertion du médecin, propose des solutions pour le cabinet rural et le logement du médecin et de sa famille et s'engage à assurer la sécurité des biens et des personnes.

Le service public assure l'intégration du médecin et de ses activités dans la carte sanitaire de son district d'appartenance et facilite son insertion dans le système de soins (fourniture des vaccins, des rapports statistiques, participation aux réunions, etc....)

Santé Sud, via, d'une part, une cellule technique d'appui (CTA) basée à Antananarivo, co-pilotée par un ancien MGC et une médecin adjointe, tous deux malgaches, et, d'autre part, par des médecins généralistes français du siège de Santé Sud, apporte son appui à :

> Une étude de faisabilité⁷, étape obligatoire, qui permet de prévoir la viabilité ou non de l'installation d'un cabinet médical en tenant compte des activités et des ressources de la communauté. Cet accompagnement aide le médecin à se placer, dès le départ, dans une dynamique de négociation, aussi bien avec ses partenaires locaux qu'avec le district sanitaire afin qu'il choisisse lui-même son lieu d'installation.

> Des aides à l'installation qui sont ciblées sur le strict nécessaire (kit de matériel médical, des équipements et des médicaments) pour une pratique généraliste adaptée à une situation isolée. Préalablement définis et fournis par Santé Sud, les matériels sont composés de kits (sets médical, de pansements, de petite chirurgie, d'accouchement etc) commandés auprès de «Médecins Sans Frontière Logistique», ainsi que du mobilier constitué d'un bureau, de trois chaises, d'un lit d'examen, d'une armoire et de deux lits d'hospitalisation fabriqués sur place. Selon les termes de l'engagement signé entre le projet Santé Sud et les MGC, ceux-ci deviendront propriétaires du matériel médical à condition qu'ils exercent pendant cinq ans dans le même site, tandis que le mobilier restera au cabinet médical pour un successeur. Cet équipement est complété par une installation solaire avec réfrigérateur qui reste attachée au cabinet médical et par une moto que le médecin rembourse partiellement. Les médicaments sont dispensés par le médecin sous forme générique. La dotation initiale a été établie à partir de la consommation moyenne de médicaments d'un site fonctionnel de MGC. Le montant de l'enveloppe financière que le projet réserve pour l'achat des médicaments de démarrage est fixé à 450 Euros ce qui permet d'acquérir les médicaments essentiels pour exercer pendant trois à quatre mois. Ils sont renouvelés sur le principe du recouvrement des coûts.

> Une formation préalable sur les spécificités de la pratique médicale en première ligne qui ne sont pas abordées au cours des études en faculté de médecine et un suivi pendant deux ans.

> Des activités associatives des MGC : formation continue, actions- recherche en réseau, compagnonnage par des généralistes français etc ...

4. Assurer la permanence des soins. Respecter les contrats passés avec les autorités administratives ou les représentants de la population. Recueillir des données d'activité et fournir des rapports réguliers aux autorités sanitaires. Prescrire autant que possible des (en) médicaments essentiels génériques. Mettre régulièrement à jour ses connaissances dans le cadre d'une formation continue.

5. Activités curatives : urgences, (y compris l'urgence dentaire qu'ils assurent), consultations, soins, accouchements. Activités préventives : consultations prénatales, consultations postnatales, vaccination, planification familiale, et des services communautaires aux groupes de population à risque. Activités promotionnelles : IEC/CCC, surveillance nutritionnelle des enfants 0 – 3 ans.

6. Mettre à disposition ses compétences pour apporter des soins de qualité à tout individu qui fait appel à lui sans distinction de sexe, d'âge, d'ethnie, de lieu d'habitation. Dispenser des soins de santé aux meilleurs tarifs, en tenant compte des capacités de financement des populations.

7. Le postulant perçoit un appui financier du projet comprenant des frais de déplacement (aller & retour et une indemnité de subsistance d'une vingtaine d'Euros pour sept jours afin qu'il ne soit lié par aucune dette envers la famille où il pourrait être hébergé pendant cette période).

II. Principaux résultats de cette expérience

Quatre ans après le début effectif du projet, une évaluation ayant pour objectif d'apprécier l'effectivité et la pérennité a été effectuée par une équipe de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo auprès d'un tiers des médecins installés et auprès des autorités sanitaires de district, de région et du ministère de la santé.

Durant cette période, 42 jeunes médecins ont été concernés par le projet, 32 ayant ouvert un cabinet médical rural et 10 ayant été soutenu pour conforter leur installation. La couverture médicale concerne 38 sites d'installation car on compte parmi eux 4 couples de médecins. Les trois quarts des médecins (31) se sont installés dans des régions productrices de riz dans la province d'Antananarivo (hauts plateaux) et le quart restant (11) dans une région moins riche, celle de Tuléar (sud est de Madagascar). Un tiers de ces 42 médecins sont des femmes.

2.1 Un concept pertinent, répondant aux besoins de santé et à la demande des populations

Le MGC exerce dans un cabinet médical qui se situe entre les deux catégories de CSB⁸, CSB1 pour les locaux et CSB2 pour les activités. La différence entre le cabinet médical communautaire et les CSB porte essentiellement sur l'effectif en personnel car le MGC exerce le plus souvent seul. En effet, les CSB comprennent une petite équipe composée de deux soignants pour un CSB1 et quatre personnes dont un médecin et un administratif pour un CSB2. Elle porte aussi sur l'importance de la population couverte qui est comprise entre 7 à 12.000 habitants pour le MGC versus 8 à 15.000 habitants pour les CSB.

Les MGC réalisent la totalité des activités curatives du Paquet Minimum d'Activités (PMA), excepté certains services comme les actes dentaires (hormis l'urgence dentaire) et les examens de laboratoire. Ils assurent la permanence de soins de proximité, répondent aux urgences, se déplacent à domicile grâce à leur moto et compensent parfois l'absence, pour raisons administratives, de leurs collègues médecins des CSB2.

La plupart d'entre eux effectuent des activités préventives individualisées (vaccination, planning familial, etc.). Près d'un quart ne pratiquent pas encore de vaccinations par manque de chaîne de froid ou pour des difficultés d'approvisionnement en vaccins via le district sanitaire. Deux tiers pratiquent une surveillance nutritionnelle.

Si les médecins participent au service public en s'associant aux campagnes de vaccination ou de vitamine A, et en adressant leur rapport d'activité, l'intégration dans leur district sanitaire dépend beaucoup des relations développées avec le médecin-chef de district. Ces médecins n'ont pas encore acquis une véritable activité de santé communautaire à type de dépistage collectif systématique des principaux problèmes de santé tel que le dépistage des maladies chroniques ou de planification d'activités préventives en fonction de données épidémiologiques, mais cette remarque vaut également pour le secteur public.

Ces installations sont perçues, aussi bien par les populations que par les autorités sanitaires des districts et du ministère de la santé comme étant une bonne alternative en terme de complémentarité avec le secteur public.

⁸ CSB1, petite unité tenue par un infirmier, ou CSB2, plus grosse unité tenue par un médecin comprenant un dispensaire, un laboratoire, 4 lits d'hospitalisations, un local de pharmacie, un cabinet dentaire, des bureaux pour 4 agents de santé et un logement pour le médecin.

2.2. Une activité médicale en partie comparable à celle d'un centre de santé de base avec médecin pour un coût de création et de fonctionnement moindre

L'installation d'un MGC coûte, en moyenne, 12.000 euros, dont 10.000 euros pour l'ensemble des équipements décrits dans l'encadré⁹ et 2.000 pour l'accompagnement du processus d'installation, auquel il faut ajouter environ 15% pour les frais de gestion (fonctionnement de la Cellule Technique d'Appui et les coûts administratifs).

Concernant le cabinet médical et le logement, les MGC et Santé Sud négocient avec le village les possibilités existantes, soit la location d'une maison pour le médecin, soit la mise à disposition d'un local vide (par ex. une ancienne école). Si des petits travaux d'aménagement sont nécessaires, ceux-ci sont pris en charge par le projet (prévus dans les 12.000 euros). En termes d'infrastructure, il n'y a donc pas d'investissement au départ. Certaines communautés, pour retenir leur médecin après avoir apprécié les bénéfices de sa présence, ont souhaité construire un cabinet médical communautaire pour le village. Pour répondre à cette attente, Santé Sud a conçu un plan de cabinet rural sur le modèle de la maison malgache à un étage avec, au rez-de-chaussée, trois grandes pièces pour le cabinet (salle de consultation, salle de soins et d'accouchement, salle d'observation) et le logement à l'étage. Quelques cabinets ruraux ont ainsi été construit avec une participation de la communauté (terrain, briques, moellons, gravillon, sable) et un financement extérieur pour le ciment, le toit, les fermetures, les finitions et le salaire des artisans. Ce modèle est particulièrement bien adapté à une pratique en zone rurale et Santé Sud souhaite l'étendre aux autres médecins. Cependant, le financement (10.000 euros) n'ayant pas été envisagé dans le projet initial, sa réalisation dépend de l'obtention de nouvelles sources financières.

Selon les données du ministère de la santé, le coût des infrastructures et des équipements pour l'installation de centres de santé de base (CSB) est de 60.000 euros pour un CSB1 et de 84 000 euros pour un CSB2. Comparativement, on peut dire que le coût d'installation dans le projet de Santé Sud est 5 fois moins élevé (ou 2,7 fois moins élevé si on ajoute la construction d'un cabinet rural communautaire) que celui d'un CSB1, et 7 fois moins qu'un CSB2 sachant que les locaux et les services (laboratoire, cabinet dentaire) ne sont pas identiques (ou 3,8 fois moins élevés si on ajoute la construction d'un cabinet rural communautaire). De plus, le coût du personnel du CSB est à la charge du ministère de la santé (2.900 euros annuel pour un CSB2) alors qu'il est à la charge du médecin privé communautaire pour la gestion de son cabinet et ne coûte rien à l'Etat.

2.3. Des installations pérennes grâce à l'autonomie financière des médecins communautaires

La pérennité fonctionnelle des cabinets repose essentiellement sur l'autonomie financière des médecins et, parfois, sur la prise en charge de l'infrastructure par la communauté. Le médecin est rémunéré à l'acte. Il définit lui-même le prix des consultations, prix qui intègre la consultation et le traitement. Le nombre moyen de consultations journalières est de 9 avec une variation de 4 à 15 selon les jours.

Le revenu des médecins comprend les revenus financiers des consultations et des revenus en nature (l'équivalent des frais de consultations et de prestations en produits agro-pastoraux) obtenus lors des consultations et par ses activités agricoles. Le coût des prestations de service et de soins varie de 20 centimes d'euros pour les vaccinations jusqu'à 16 euros pour les prestations qui exigent des actes de petite chirurgie et des hospitalisations de deux ou trois jours. Les frais prélevés pour les accouchements varient de 3 à 10 Euros. Un médecin gagne en moyenne 240 euros par mois voire plus, soit un

⁹ L'achat du kit solaire avec réfrigérateur et de la moto représente, à eux seuls, les deux tiers du coût d'équipement.

revenu au moins deux fois supérieur à celui d'un médecin fonctionnaire de CSB2 (100 à 120 euros).

Cependant, le revenu mensuel n'est pas toujours assuré car il dépend des liquidités disponibles, celles-ci variant avec les saisons (période de récolte versus période de soudure). Les MGC soignent à crédit mais, selon les périodes, le taux de recouvrement de ces crédits varie de 5 à 20%. Ils doivent récupérer les frais de leurs consultations et prestations, et accepter les paiements en nature.

Plus des trois quarts des médecins peuvent épargner (22% de leurs revenus en moyenne avec une variation de 5% à 40% selon les médecins). Plus de la moitié des médecins ont pu faire des achats de matériel médical et plus des deux tiers des achats d'équipements pour la désinfection et pour l'hygiène et/ou aménager leurs locaux (extension ou réfection). Quelques-uns ont acheté un téléphone et/ou une bicyclette. Le montant alloué par les médecins aux investissements varie de 36 à 800 Euros.

Un site de MGC d'exercice privé ne peut être autonome et viable que si les recettes des consultations et des prestations sont d'au moins 8 euros par jour. La consultation est en moyenne de 0,50 à 0,80 euros. Pour plus de la moitié des médecins, le nombre minimal de consultations journalières requis est d'au moins 10 par jour pour assurer la viabilité des cabinets. Les marges de bénéfice prélevées sur les médicaments (entre 20 et 40 % des prix d'achat) servent essentiellement à étoffer le stock de médicaments. Ils ne sont pas considérés comme des recettes supplémentaires.

La plupart des médecins (92%) accepte de contribuer à la mise en place d'un fonds de solidarité collective par un apport financier régulier qu'ils prélèveront sur leurs recettes sous réserve d'une gestion sérieuse et transparente. Certains préfèrent affecter un pourcentage de leurs recettes totales de l'année (1 à 10% avec une moyenne à 5%), d'autres penchent plutôt pour un montant forfaitaire fixé à l'avance (4 à 40 Euros par an avec une moyenne à 11 euros).

Les communautés disent qu'elles sont capables aussi d'auto financer la maintenance des bâtiments et/ou leur extension. Certaines communautés sont favorables à l'expérimentation d'approches assurantielles pour la prise en charge de la santé de leurs membres.

2.4 Un projet bien apprécié par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, mais pas suffisamment intégré dans le système sanitaire

Le projet Sante Sud est très apprécié par les médecins généralistes communautaires eux-mêmes et par les populations qu'ils desservent y compris les communes d'appartenance. Il est reconnu par les interlocuteurs institutionnels (Ministère de la santé, Ordre des médecins, Faculté de médecine et bailleurs) et les collègues (médecins de CSB et médecins inspecteurs) comme une voie complémentaire au service publique. Le ministère de la santé l'a inscrit au financement externe.

Les relations entre les MGC et les communautés bénéficiaires sont bonnes. Néanmoins, elles dépendent beaucoup plus de la faculté du médecin à s'adapter au mode et au niveau de vie en zone rurale. Plus ou moins méfiantes au départ, les communautés s'ouvrent de plus en plus aux médecins, et finissent par les intégrer totalement et leur font preuve de confiance.

Ce projet répond aux attentes du ministère en termes de couverture sanitaire car il répond aux besoins d'une médecine de proximité pour les communautés. Il tient compte de la complémentarité des secteurs privés et publics ainsi que la recherche de travail pour les médecins en quête de poste. Leur intégration à la carte sanitaire est effective suite aux décisions d'implantation des cabinets ruraux prises en concertation avec les districts sanitaires et à la signature d'une convention de service public.

En revanche, leur participation au fonctionnement du système de santé est encore insuffisante et peut se développer en renforçant les liens entre les médecins inspecteurs et les MGC.

Les relations entre les médecins de ces deux secteurs sont fonction de leur appréciation réciproque du rôle de chacun mais, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une relation de bonne confraternité et de concurrence respectueuse en termes de qualité de prise en charge. Ils reconnaissent leurs confrères des centres de santé de base comme un collègue ou un collaborateur et peu comme un concurrent. Les autorités administratives et sanitaires locales assurent appuyer et faciliter l'installation des médecins dans leur circonscription respective.

L'appui technique et financier fourni par Santé Sud pour l'installation et le suivi des cabinets ruraux, ainsi que pour le fonctionnement de l'association des MGC, est plébiscité par la plus grande partie des médecins enquêtés.

La formation préalable réalisée en collaboration avec l'INSPC et la supervision biannuelle dispensée par la Cellule Technique d'Appui sont considérés comme très utiles et sont fortement appréciées par presque la totalité des médecins. Ceux-ci y voient une véritable aide car elles leur ont permis de mieux comprendre les réalités du monde rural. Ils souhaitent des rencontres plus fréquentes favorisant les échanges entre pairs.

Le Mali et Madagascar

Cette expérience de la médecine communautaire a été initiée par Santé Sud au Mali. Elle a accompagné la réforme du système de santé malien qui a, dans les années 1990, confié les structures de santé de premier niveau aux communautés. Ces Centres de Santé Communautaires (CSCOM), gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO) ont une autonomie de gestion tout en étant supervisées par l'équipe du district sanitaire (cercle) dont elles font partie. Les ASACOs peuvent recruter le personnel de leur choix avec un infirmier diplômé ou un médecin pour diriger le CSCOM. Une centaine de médecins, accompagnés par Santé Sud, ont ainsi été recrutés par des ASACOs avec un contrat qui prévoit un salaire fixe minimum et un intéressement sur l'activité du centre, tandis qu'une quinzaine a choisi de s'installer de façon indépendante. A Madagascar, où les CSCOMs n'existent pas, les médecins communautaires installés avec l'appui de Santé Sud sont des médecins privés liés à l'Etat par une convention de service public. Cela montre qu'un même concept peut s'adapter à des contextes différents.

III. Conclusion

L'implantation de cabinets privés de MGC est un mode de réponse adapté à la dispensation d'une médecine familiale à orientation communautaire dans les zones enclavées, à l'amélioration de la couverture sanitaire du pays et à la fidélisation des médecins dans les zones rurales. Le Projet de Santé Sud Madagascar s'inscrit parfaitement dans les objectifs du plan national stratégique : *«assurer la fourniture de services de qualité à tous et l'accès aux soins de qualité en particulier en milieu rural»*.

La pérennité de cette expérience repose en grande partie sur l'autonomie professionnelle et financière des médecins, le soutien de la communauté et leur intégration dans le système sanitaire. La solvabilité des patients reste une préoccupation qui nécessite le développement de systèmes assurantiels, probablement de type micro assurance plutôt que mutualiste compte tenu des mentalités peu disposées à partager les risques.

Toutefois, la pérennité de cette approche ne peut sans doute pas être totalement assurée sans l'appui externe de l'ONG Sante Sud qui apporte le financement et surtout un appui opérationnel assurant la vitalité du dispositif d'accompagnement qui s'avère indispensable pour la réussite de cette approche. En effet, même si le coût d'implantation et de fonctionnement est en moyenne 6 fois moins élevé que celui d'un centre de santé du secteur publique, il nécessite près de 12.000 euros pour chaque installation.

D'autre part, le projet Sante Sud, compte tenu des ressources disponibles, ne peut assurer que l'implantation d'une dizaine de médecins par an. Combien d'années faudra-t'il pour couvrir les besoins du pays ? La Cellule Technique d'Appui devrait bénéficier de moyens financiers et logistiques conséquents afin de pouvoir renforcer ses missions d'installation, d'encadrement, d'appui et de suivi des cabinets de médecins communautaires.

Enfin, la pérennité des médecins dans leur localité, au delà de cinq années tels que définis dans les termes de leur engagement, ne pourra s'envisager que par la mise en place d'une procédure de remplacement et par le développement de services permettant, en particulier, de maintenir la scolarité des enfants. Cet aspect dépend aussi de l'évolution socio économique du pays.

Cette approche innovante est probablement exportable dans d'autres pays, mais elle nécessite un financement pour assurer l'installation des médecins sans en oublier le suivi. C'est sans doute sa limite, surtout pour une couverture large des zones enclavées. Les états ne devraient-ils pas appuyer des associations professionnelles qui assureraient les mêmes fonctions que la Cellule Technique d'Appui de Sante Sud au lieu de développer ses propres structures étatiques?

Antananarivo 2007

Ressources humaines en santé

Recherche

Formation appropriée et maintien des médecins en zone rurale : une étude de cas au Mali

Monique Van Dormael*¹, Sylvie Dugas^{1,2}, Yacouba Kone³, Seydou Coulibaly³, Mansour Sy³, Bruno Marchal¹ and Dominique Desplats⁴

Adresses: ¹Institute of Tropical Medicine, Public Health Department, 155 Nationalestraat, 2000 Antwerp, Belgium, ²Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, 2 boulevard Murat, BP 3840, 53030 Laval cédex 9, France, ³Santé Sud, BPE686, Bamako, Mali and ⁴Santé Sud, 200 Boulevard National, Le Gyptis, Batiment N, 13003 Marseille, France

Email: Monique Van Dormael* - mvdormael@itg.be; Sylvie Dugas - Sylvie-dugas@orange.fr; Yacouba Kone - yacoukone2002@yahoo.fr; Seydou Coulibaly - santesud@afribonemali.net; Mansour Sy - santesud@afribonemali.net; Bruno Marchal - bmarchal@itg.be; Dominique Desplats - santesud@wanadoo.fr

Publié le 18 novembre 2008

Article disponible en ligne : www.human-resources-health.com/content/6/1/25

Résumé

Contexte

Au Mali, de plus en plus de médecins sont attirés par une installation en zone rurale, mais la difficulté est leur maintien sur place.

Un stage d'orientation destiné aux jeunes médecins ruraux a été élaboré en 2003 par une association professionnelle et une ONG. Le postulat de départ était qu'une formation adaptée au milieu rural améliorerait les compétences et l'assurance des médecins, augmenterait leur satisfaction professionnelle et favoriserait ainsi leur maintien sur place.

Méthode

L'évaluation du programme distinguait les opinions, les compétences et le comportement des stagiaires. Le recueil des données s'est effectué selon plusieurs canaux : observations des participants, discussions de groupe, questionnaires de satisfaction, outil de contrôle continu des connaissances et visites de suivi. Le maintien des 65 stagiaires a été évalué entre 2003 et 2007.

Résultats et discussion

Le programme consistait en 4 modules de formation théorique -compétences cliniques, santé publique, gestion pratique et communication- et une formation pratique supervisée par un médecin rural expérimenté. Sur les 65 médecins formés entre 2003 et 2007, 55 exerçaient encore en milieu rural fin 2007, ce qui représente un taux élevé de maintien dans le contexte malien.

Les participants ont jugé cette formation indispensable pour faire face aux difficultés techniques et sociales liées à une pratique rurale. Confronter leur expérience professionnelle avec des médecins ruraux expérimentés a contribué à améliorer l'aspect social de leurs nouvelles tâches professionnelles. Parmi les effets positifs de la formation figurent une plus grande confiance en soi, une valorisation du rôle de médecin rural et le sentiment d'appartenance à un groupe de professionnels partageant une identité professionnelle commune. Le maintien ne peut cependant être attribué uniquement à l'action de formation, car les médecins ruraux bénéficient d'autres systèmes de motivation et de soutien (suivi régulier, formation continue, soutien psychologique ...) pouvant augmenter la satisfaction professionnelle.

Conclusion

Une formation améliorant la confiance et l'estime de soi des praticiens ruraux peut contribuer à retenir des professionnels compétents en zone rurale. Des programmes d'études avec des organismes de formation sont nécessaires, mais d'autres types de soutien professionnel sont indispensables. Cette expérience montre que des associations professionnelles ayant pour but d'améliorer la qualité des soins peuvent fortement contribuer à soutenir moralement les médecins exerçant en zone rurale.

Contexte

Le manque de personnel dans les structures sanitaires des zones rurales et isolées est un problème dans le monde entier, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne [1-3].

Au Mali, pays qui manque cruellement de professionnels de santé [4], l'offre générale de professionnels de santé qualifiés s'améliore, mais les disparités entre les zones urbaines et rurales restent fortes [5], et le turnover du personnel est élevé.

La plupart des centres de santé du Mali sont dirigés par un infirmier, bien que les médecins soient de plus en plus nombreux à s'engager dans des pratiques de terrain, y compris dans les zones rurales et isolées [8-10].

Même si le nombre de médecin ruraux augmente régulièrement, le problème est leur maintien sur place à long terme. Pour y remédier, un programme de formation pour les médecins ruraux récemment installés a été lancé en 2003, basé sur l'évaluation des besoins de formation.

Cet article tire les leçons de cette expérience, en insistant sur les procédures et les mécanismes à l'œuvre dans la relation entre la formation et le maintien sur place dans la pratique rurale.

Les causes du turnover du personnel dans les zones rurales et isolées

Il est largement reconnu que le turnover du personnel qualifié est plus élevé dans les zones rurales et isolées que dans les zones urbaines [11-13]. Cela peut affecter la qualité des prestations, car les nouveaux arrivants ont besoin de temps pour établir une relation avec la communauté villageoise. Un turnover élevé affecte également la qualité du service de santé et la productivité de l'équipe pendant la période d'initiation du nouvel arrivant [11]. Le turnover peut aussi provoquer des périodes prolongées de manque de personnel dans les structures de santé.

Même si les facteurs influant sur l'attraction et le maintien des médecins en zone rurale se recoupent, l'attraction est fondée sur des espoirs alors que le maintien se base sur le travail quotidien et l'expérience de vie [14]. Le turnover résulte en partie d'un manque de satisfaction professionnelle, qui provoque non seulement la démotivation et l'absentéisme, mais aussi des envies de démission [11-15].

La satisfaction professionnelle, et en conséquence la volonté de rester dans un poste rural, résulte d'un jeu complexe entre les facteurs individuels, l'environnement et les conditions de travail [2,16].

La situation et les attentes varient selon chaque professionnel, mais d'autres différences existent au niveau de la confiance en soi, qui influe sur la satisfaction au travail : ceux qui ont une forte confiance en eux ont plus de chances de durer à leur poste en affrontant les obstacles que les personnes qui sont moins sûres d'elles [16].

Le cadre de vie exerce une forte influence sur la satisfaction au travail dans les zones rurales : des facteurs tels qu'un logement inadapté, le manque d'écoles ou d'activités de loisirs peuvent pousser un professionnel à partir [2,17]. La qualité des relations avec les patients et la reconnaissance de la communauté locale sont d'autant plus essentielles dans la pratique rurale que les possibilités de développer des réseaux sociaux alternatifs sont limitées [18].

Enfin et surtout, les conditions de travail sont des déterminants majeurs de satisfaction professionnelle. Selon la théorie motivationnelle d'Herzberg [19], les facteurs qui rendent les gens insatisfaits professionnellement sont différents de ceux qui les motivent à faire un bon travail.

L'insatisfaction est davantage liée aux conditions de travail qu'aux tâches professionnelles : bas salaire, manque de perspectives de carrière et de possibilités de formation, accès insuffisant au matériel et aux dispositifs de soutien, relations décevantes avec les collègues et la direction, tous ces facteurs contribuent à créer un sentiment d'insatisfaction. Contrairement à ces facteurs motivationnels extrinsèques, les motivations intrinsèques sont liées au contenu concret du travail, au sentiment de

réussite, de confiance et d'estime de soi ; elles contribuent à la satisfaction au travail et stimulent les performances.

Selon Herzberg, la réduction des facteurs d'insatisfaction motive un travailleur à rester, mais pas à améliorer ses performances. Dans le droit fil de cette théorie, plusieurs auteurs affirment que, pour encourager le maintien, il est plus important d'éviter l'insatisfaction que de rechercher un niveau très élevé de satisfaction au travail [20].

D'autres contestent ce point de vue, et suggèrent que le turnover est dû autant au manque de satisfaction professionnelle intrinsèque qu'à la difficulté des conditions de travail [21].

Le mouvement des médecins ruraux au Mali

En 2007, 99 médecins ruraux exerçaient dans plus de 13% des centres de santé communautaires au Mali [8]. Cette attirance pour une pratique de terrain en milieu rural –inhabituelle en Afrique subsaharienne- s'explique par la réforme du secteur de la santé malien et l'évolution du marché du travail en santé, mais aussi par l'existence d'incitations qui facilitent le recrutement.

La réforme du secteur de la santé au Mali dans les années 90 a une particularité : le développement d'un réseau de centres de santé communautaires dirigé par des associations de santé élues localement, chargées d'embaucher et de salarier du personnel. Au fil des ans, la demande des communautés villageoises en médecins a augmenté. Les aides aux pays pauvres les plus endettés (HIPC) destinées à recruter du personnel de santé pour les zones rurales et isolées, a réduit le poids financier pesant sur les communautés et a accéléré le processus depuis 2001.

Parallèlement, la production de médecins a augmenté spectaculairement, passant de 50 diplômés par an en 1998 à 350 en 2006 [22]. Cependant, les offres d'emploi pour les jeunes médecins au Mali n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions : le recrutement dans le secteur public reste limité, le secteur privé à Bamako est en voie de saturation, les possibilités de spécialisation sont faibles, la fuite des cerveaux vers l'étranger est négligeable, et les ONG recrutent des médecins expérimentés.

Mais l'exercice en milieu rural n'est pas forcément un choix par défaut, car les enseignants de la Faculté de médecine encouragent les étudiants à s'installer dans des zones isolées. La pratique en milieu rural est également encouragée par des incitations non financières fournies par une ONG (Santé Sud) et l'Association malienne des médecins de campagne.

Les médecins qui s'installent en zone rurale bénéficient d'avantages destinés à améliorer leurs conditions de vie (eau, panneaux solaires, moto) et de travail (équipement de base, formation continue, soutien d'autres médecins).

Selon l'avis général, les conditions financières d'une activité en milieu rural sont très acceptables, sauf dans les zones à très basse densité de population. En effet, les médecins ruraux reçoivent généralement un salaire de base, complété par des primes proportionnelles à leur charge de travail.

Le maintien des médecins ruraux nouvellement recrutés n'est pourtant pas automatique. Selon certains témoignages, ils doivent faire face à des situations imprévues auxquelles ils se sentent mal préparés, ce qui provoque parfois des abandons rapides de poste [23]. Pour y remédier, l'ONG Santé Sud et l'Association des médecins de campagne ont lancé un programme de soutien pour les médecins ruraux récemment installés. L'hypothèse de base est qu'une formation répondant aux besoins des praticiens ruraux devrait renforcer les compétences techniques des nouveaux diplômés et leur confiance en eux, et ainsi contribuer à leur maintien sur place.

Dans cet article, nous présentons les résultats de l'évaluation de ce programme de formation, dont l'objectif était de répondre aux questions suivantes :

- 1- Quels sont les besoins en formation non satisfaits des médecins généralistes maliens ?
- 2- Quels ont été les effets de la formation sur les stagiaires ?
- 3- Est-ce que la formation a eu une influence sur le maintien des médecins, et si oui, de quelle façon ?

Méthode

La création et la mise en oeuvre du programme de formation ont été conçues selon un processus de recherche participatif, visant à trouver des solutions à un problème pratique, mais produisant des connaissances à partager avec un public plus large [24,25].

Les besoins en formation ont été évalués lors de discussions de groupe avec des médecins de campagne expérimentés, qui ont rappelé leurs propres difficultés à assumer tous les fonctions d'un médecin rural : clinicien, spécialiste de santé publique chargé d'une communauté, directeur de centre de santé et – fonction transversale - communicant [23].

Sur cette base, un programme de formation a été conçu avec des modules théoriques associés à une formation pratique dans un centre de santé rural dirigé par un médecin senior. Les médecins seniors engagés dans la formation étaient rémunérés par l'association professionnelle ; parmi les critères de sélection figuraient la reconnaissance des autres professionnels, une expérience d'au moins 4 ans dans un champ étendu d'activités cliniques et communautaires, et une bonne intégration dans le système local de santé.

Pour évaluer les résultats de la formation, nous avons utilisé la grille de Kirkpatrick [26], qui distingue 4 niveaux :

- Le niveau 1 évalue les réactions des stagiaires, leur degré de satisfaction et leur sentiment d'adéquation à leur travail.
- Le niveau 2 évalue l'apprentissage des stagiaires et leurs progrès en matière de savoir, de compétences et d'attitudes.
- Le niveau 3 détermine si la formation a changé le comportement pratique au travail
- Le niveau 4 évalue les résultats généraux en termes de production et de performance.

L'évaluation s'est concentrée sur les trois premiers niveaux. Les réactions (niveau 1) ont été évaluées par le biais de questionnaires ouverts de satisfaction, exprimant l'opinion des participants sur la formation et son utilité pratique. A cela s'ajoutaient les observations et l'enregistrement des commentaires des participants pendant les séances de formation, destinés à valider et affiner l'évaluation des besoins initiaux de formation.

Afin d'évaluer la pratique (niveau 2), un outil de référence a été conçu pour permettre au stagiaire et à son superviseur de définir des objectifs prioritaires d'apprentissage, et de mesurer les progrès accomplis ; pour l'évaluation des modules théoriques, aucun test systématique n'a été réalisé avant et après les sessions, mais des jeux de rôles et des exercices ont permis de contrôler les progrès de l'apprentissage.

Les effets sur la pratique (niveau 3) ont été évalués par les coordonnateurs de l'ONG lors de deux visites de suivi auprès de chaque stagiaire l'année suivant la formation. Ces visites étaient au départ conçues comme des supervisions de soutien, mais elles ont aussi contribué à évaluer l'utilité des contenus de la formation dans la pratique ; un modèle de *check list* a été élaboré, avec des indicateurs concernant la qualité et l'accessibilité des soins cliniques, les activités de santé publique, la gestion pratique, l'encadrement d'équipes, et les relations avec les autorités et l'hôpital local.

Enfin, nous avons mesuré le taux de maintien en évaluant la carrière professionnelle de tous les médecins qui ont participé à la formation entre 2003 et 2007. Les données de référence sur le taux de maintien des médecins ruraux avant l'introduction du programme n'ont cependant pas pu être récupérées.

Résultats

Besoins de formation et conception du programme

L'analyse des besoins de formation fait ressortir trois thèmes principaux :

- 1 - Les savoirs et compétences insuffisamment abordés au cours de la formation médicale : direction d'un centre de santé, programmes de santé publique, communication et gestion des conflits...
- 2 - Les connaissances et gestes cliniques adaptés aux conditions d'exercice en zone isolée

3 – L'adaptation au rôle professionnel du médecin de campagne, et l'appropriation des règles, valeurs et comportements qui caractérisent la pratique en milieu rural.

Sur cette base, une session annuelle de formation a été organisée pour la première fois en 2003, pour 10 à 16 médecins ruraux récemment installés. Elle comprenait 4 semaines d'enseignement théorique et 4 semaines de pratique dans un centre de santé dirigé par un médecin rural expérimenté. Les modules d'enseignement abordaient les savoirs cliniques, la gestion d'un centre de santé, la santé publique et les techniques de communication (voir table 1).

Pour stimuler la réflexion sur l'expérience plutôt que sur la simple transmission d'un savoir, une méthode pédagogique interactive a été utilisée. Chaque module a été préparé et animé à la fois par un « expert sujet » (avec une expérience académique, dans un MOH ou une ONG) et un « expert métier » (médecin communautaire expérimenté). L'implication des médecins seniors dans l'animation des modules a permis de mettre à profit leur expérience de terrain et fournir des modèles d'action.

Elle était également destinée à maintenir l'équilibre entre les sessions d'enseignement théorique et pratique.

Les 4 semaines d'enseignement théorique se sont terminées par une évaluation globale et une réunion finale où les médecins seniors ont prodigué leurs recommandations finales aux stagiaires. Les connaissances enseignées dans les modules étaient appliquées dans la pratique, sous la supervision d'un médecin senior, les priorités individuelles étant définies à la fois par le stagiaire et son superviseur.

Evaluation du programme de formation

La satisfaction des stagiaires et l'adéquation du programme aux problèmes rencontrés dans leur pratique (niveau 1 Kirkpatrick) ont été fortes.

Au début de la formation, les participants exprimaient un manque de confiance en eux, exacerbé par leur isolement social et professionnel. Non seulement ils se sentaient mal préparés à accomplir leurs tâches cliniques avec un équipement technique et des possibilités de références limités, mais la plupart n'avaient pas anticipé le fossé culturel qu'ils découvrirait en rejoignant leur poste rural.

Les stagiaires ont rapporté de fréquents problèmes relationnels freinant leur intégration sociale : conflits avec le comité directeur du centre de santé (leur employeur) sur les conditions de travail et les problèmes de gestion financière, conflits de leadership avec les autres membres de l'équipe, absentéisme et mauvais comportement de l'équipe, coexistence tendue avec les praticiens traditionnels, ou désaccords avec le responsable médical du district sur la frontière entre la médecine de terrain et la prise en charge hospitalière.

Ils voulaient également des conseils sur la façon de tisser des relations de confiance avec les villageois, et se sentaient impuissants à changer des habitudes de soins qu'ils considéraient comme dangereuses.

Les réponses au questionnaire et l'évaluation finale traduisent un haut niveau de satisfaction vis-à-vis de la formation. Tout en exprimant une forte demande d'une nouvelle formation, en particulier sur des thèmes cliniques, les participants ont jugé le programme indispensable pour améliorer leur confiance en eux. Quelques-uns ont affirmé explicitement que la formation les avait convaincus de continuer à exercer en zone rurale. Les stagiaires ont apprécié l'approche pédagogique interactive qui les a invités à réfléchir sur leur propre expérience. Ils ont également bien accueilli les apports techniques, dont certains étaient complètement nouveaux pour la plupart des stagiaires (par exemple la gestion pratique ou l'interprétation des indicateurs de routine pour l'auto-évaluation). Outre les apports techniques, les jeunes docteurs ont unanimement apprécié de partager leur expérience professionnelle et d'en discuter avec des praticiens plus âgés.

Ils étaient désireux de parler de leur état d'esprit et leur comportement en tant que médecin d'une communauté rurale, et les médecins seniors souhaitaient partager leur expérience. De nombreuses questions posées au cours de ces discussions portaient sur les relations humaines avec la communauté et dans leur travail : comment trouver un équilibre entre la distance et la proximité avec les habitants du village, reconnaître les hiérarchies sociales en restant équitable, contrôler le comportement de l'équipe sans cristalliser les antagonismes de l'équipe et/ou des membres de la communauté.

Des problèmes de ce type se produisent régulièrement dans les zones rurales, où toute dispute en rapport avec le travail s'envenime facilement et risque d'affecter l'intégration sociale du médecin, car de nombreux membres de l'équipe appartiennent aux communautés voisines.

La session finale de recommandations prodiguées par les médecins seniors, illustrée dans la Table 2, a fourni de nouvelles occasions de réfléchir à l'éthique professionnelle et de renforcer les sentiments d'identité professionnelle partagée et d'appartenance à un groupe. Les médecins seniors ont largement contribué à accélérer le processus de socialisation professionnelle, qui s'est révélé être un axe de formation plus important que prévu. Ajoutons que plusieurs médecins seniors ont déclaré que, s'ils avaient bénéficié d'une telle formation, ils auraient pu éviter bien des erreurs commises lorsqu'ils ont commencé à travailler.

Table 1: Objectifs et contenus des quatre modules de formation

Compétences cliniques : le but n'était pas d'actualiser les compétences cliniques, mais plutôt de renforcer les capacités de prise de décision en contexte d'isolement, caractérisé par le manque d'équipements et de références ; le module évoquait également la continuité des soins et l'action centrée sur le patient comme caractéristiques du soin de première intention.

Gestion pratique : le module visait à familiariser les participants avec les lois et règlements liés au fonctionnement d'un centre de santé, et avec les compétences et outils pratiques concernant la gestion financière, la gestion des ressources humaines et la gestion des médicaments au niveau d'un centre de santé.

Santé publique : le module visait à renforcer les capacités des stagiaires à résoudre les problèmes de santé communautaires en associant les soins curatifs, préventifs et promotionnels, à utiliser le système d'information existant pour l'auto-évaluation et la planification locale, à instaurer le dialogue avec la communauté ; le second objectif était d'affiner chez les participants la perception du rôle d'un médecin de campagne et ses relations avec d'autres acteurs du système de santé malien.

Techniques de communication : l'objectif était d'améliorer les capacités de communication des médecins ruraux en les faisant réfléchir sur leur propre style de communication, et en les faisant prendre conscience des différences existant entre leurs propres points de vue et ceux des différents acteurs avec lesquels ils sont en interrelation : patients, villageois et représentants du village, membres de l'équipe, autorités locales, autorités de santé régionales. Les thèmes abordés incluaient la santé et le comportement de recherche de la santé, la communication entre le patient et le médecin, l'éducation à la santé et le travail d'équipe.

Si les participants ont été satisfaits et ont jugé pertinents le programme et le contenu de la formation, les résultats sur les progrès théoriques et pratiques réalisés (niveau Kirkpatrick 2) sont moins évidents : l'outil conçu pour évaluer les connaissances au cours des sessions pratiques a été perçu comme trop exigeant et n'a pas été systématiquement utilisé. Selon le témoignage informel des formateurs et des superviseurs, les compétences étaient acquises, mais il manquait des informations plus précises.

Enfin, les visites de suivi assurées par les coordonnateurs de l'ONG Santé Sud ont confirmé l'amélioration de la confiance en eux des stagiaires. Il est difficile d'évaluer l'étendue des changements réels dans leur comportement (niveau Kirkpatrick 3), car aucune donnée de référence n'était disponible. Les observations des superviseurs font apparaître des niveaux généralement élevés en matière de direction d'équipe et de relations avec les autorités régionales, mais des difficultés persistantes chez les stagiaires dans la maîtrise de la gestion pratique, l'élaboration de plans stratégiques et l'organisation d'activités de promotion de la santé à l'attention des villageois.

Table 2 : Exemples de recommandations données aux jeunes stagiaires par des médecins de campagne expérimentés

« Evitez le favoritisme. Le chef du village doit faire la queue comme n'importe quel villageois »
« Ne dites jamais à un patient que ce qu'il fait n'est pas bien, sinon il ne reviendra pas »
« Respectez les coutumes, ne dites pas qu'elles sont dangereuses, expliquez plutôt qu'il existe d'autres méthodes »
« Restez neutres, ne prenez jamais parti pour un groupe du village contre un autre »
« Saluez les réussites des membres de l'équipe, et sanctionnez les mauvais comportements : appliquer les règles protège l'équipe contre la pression sociale de leur entourage »
« Ne monopolisez pas la parole pendant les réunions avec les membres du comité du centre de santé, écoutez-les et donnez-leur l'occasion d'exposer leur point de vue ».
« Etre médecin de campagne demande beaucoup de courage ».

Le maintien des médecins formés

Entre 2003 et 2007, 65 médecins nouvellement installés en milieu rural, répartis dans toutes les régions du pays, ont participé à la formation. La table 3 indique le nombre annuel de stagiaires et le taux de maintien de la pratique en milieu rural au fil des années. Fin 2007, 55 des 65 jeunes médecins formés (85%) exerçaient toujours en milieu rural. Quelques-uns étaient partis vers un autre centre de santé rural. La durée de maintien est plutôt courte, car près de la moitié des stagiaires avaient moins de deux ans de pratique fin 2007.

Si l'on se penche sur les trois premières promotions de stagiaires formés entre 2003 et 2005, pour lesquels nous avons plus de données historiques, respectivement 50%, 77% et 86% exerçaient encore en milieu rural 4, 3 et 2 ans après la formation. Huit des 32 stagiaires de cette période n'exerçaient plus en zone rurale fin 2007 ; cinq d'entre eux sont partis au cours des deux premières années de leur installation. Les 8 « démissionnaires » ont suivi des enseignements de spécialités, ont exercé une activité libérale dans la capitale, Bamako, ou ont été embauchés par une ONG.

Discussion

Notre hypothèse de départ était qu'une formation adaptée renforcerait les compétences et la confiance en eux des jeunes médecins, et contribuerait par conséquent à leur maintien en poste. Bien que nous manquions de données de base, notre étude fait apparaître un taux de maintien des médecins ruraux formés relativement élevé dans le contexte malien. En 2005, seuls 21% des directeurs de centres de santé du Mali étaient en poste depuis 3 ans ou plus, 29% entre 2 et 3 ans, et 49% moins de 2 ans. (Ronse I. communication personnelle basée sur les outils de contrôle PRODESS. 17/2/2008) ; ces données comprennent les centres de santé urbains, où le turnover est généralement plus bas [11,12].

Selon Mahe et al [27], la moitié des professionnels de la santé de 20 centres de santé maliens formés en 2001 avaient été remplacés par de nouveaux professionnels au bout de 18 mois. Parallèlement, une étude menée en 1997 dans 41 centres de santé communautaires montre que seuls 29% des directeurs de centres de santé étaient restés à leur poste plus de 2 ans [28]. Par contraste, 50% de nos trois premières promotions de stagiaires étaient toujours en poste après 4 ans, 77% après 3 ans et 86% après 2 ans.

Table 3 : Nombre de médecins récemment installés et taux de maintien en pratique rurale (2003-2007)

	Nombre de médecins récemment installés ayant suivi une formation	Nombre de médecins exerçant encore en zone rurale fin 2007	Nombre d'abandons rapides (moins de 2 ans de pratique)
2003	8	4 (50%)	1
2004	9	7 (77%)	0
2005	15	13 (86%)	2
2006	16	13 (81%)	3
2007	17	17 (100%)	-
Total	65	55 (85%)	5

Source: Santé Sud

Nous ne pouvons cependant pas conclure que la formation a été le déterminant principal du maintien. Tout d'abord, les conditions de vie et de travail avantageuses qui ont favorisé l'installation des médecins ruraux ont aussi contribué à leur maintien. Ensuite, d'autres mécanismes de soutien connus pour encourager le maintien [2,15,29] ont été utilisés : soutien psychologique, supervision, accès à de futures sessions de formation continue adaptées à l'exercice rural. Alors que plusieurs actions complémentaires sont indéniablement plus efficaces que des interventions isolées [30], il est difficile de distinguer clairement les effets des unes et des autres.

Notre hypothèse de départ était que la formation augmenterait le sentiment d'être capable d'exercer ce métier. Les données concernant les réactions des participants (niveau 1) confirment une meilleure confiance en soi et la satisfaction vis-à-vis de ce programme, et suggèrent qu'il répond de façon appropriée aux besoins de formation. Mais les faiblesses méthodologiques dans l'évaluation des progrès en matière de compétences (niveau 2) et de performance (niveau 3) ne nous permettent pas de conclure que cette confiance est due uniquement à l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances. En nous référant aux visites de suivi, nous pouvons cependant affirmer que la formation a amélioré chez les médecins ruraux la conscience de leurs différents rôles, et leur a fourni des informations et des outils techniques pour remplir leurs nouvelles fonctions.

Une partie de la formation traitait de questions pratiques relativement simples, susceptibles d'influer sur les conditions de travail et la satisfaction au travail : une bonne gestion des médicaments évite les pénuries et les frustrations qu'elles entraînent ; les outils permettant une gestion financière transparente préviennent les conflits avec le comité du centre de santé ; la clarté des règles limite les malentendus avec les autorités.

L'observation de l'expérience par les participants nous permet de formuler l'hypothèse que deux autres mécanismes opèrent dans la relation entre cette formation continue et le maintien en poste. Premièrement, la session n'aborde pas seulement les savoirs et les compétences, mais aussi la socialisation professionnelle, c'est-à-dire « l'apprentissage des attitudes, des normes, des images de soi, des valeurs, des croyances et des modèles de comportement » associés à la pratique professionnelle [31].

Les discussions de groupe ont contribué à l'intégration des façons de penser, de ressentir et d'agir en tant que médecin rural. La cristallisation de l'identité professionnelle des médecins ruraux au cours de ce programme a induit un sentiment de fierté : la pratique rurale était dépeinte comme un métier exigeant à haute valeur sociale ajoutée, mais aussi comme une profession gratifiante, car les médecins ruraux prodiguent une large gamme de soins et possèdent un haut niveau d'autonomie.

Ce processus de socialisation résulte à la fois de la méthode et du contenu de la formation, adaptée à un groupe homogène de médecins ruraux, impliquant des médecins seniors dans le rôle de modèles, favorisant le travail de groupe et le partage d'expériences.

Une formation continue adaptée à la pratique rurale contribue également au maintien en réduisant le sentiment d'isolement professionnel [32].

Le programme de formation des médecins de campagne maliens a une fonction forte de soutien, renforçant leur sentiment d'appartenance à un groupe et leur faculté à résister à l'isolement social et

professionnel. Il faut noter que le programme a représenté un moment intense dans la vie de l'Association professionnelle des médecins de campagne, en créant des relations de soutien durables avec leurs collègues et les formateurs, qui ont probablement augmenté leur degré de satisfaction au travail.

Cette expérience souligne l'importance de la satisfaction intrinsèque dans le maintien en zone rurale : l'augmentation du nombre de médecins restant en poste n'est pas seulement la conséquence d'une réduction des désagréments, mais aussi de la fierté d'être un praticien rural, qui aide à faire face aux désagréments. Dans ce programme, le sens du devoir et l'éthique professionnelle étaient mis en avant par une association professionnelle. Une culture d'organisation orientée vers l'accomplissement d'une mission, initiée par d'autres moyens, pourrait avoir des effets similaires sur le maintien des médecins en zone rurale.

Les mécanismes sous-jacents – c'est-à-dire la confiance en soi acquise grâce à ses propres compétences, la fierté d'être un médecin rural, et la notion de solidarité à l'intérieur d'un groupe partageant une identité professionnelle commune – doivent être replacés dans le contexte malien. La formation a eu les effets exposés ci-dessus car les lauréats des écoles médicales n'ont pas réellement la possibilité d'exercer dans des postes en zone rurale. Ce type de cursus est ainsi plus efficace dans les lieux où l'éducation médicale est orientée vers la médecine hospitalière ou régionale, et où la pratique rurale accorde de nouvelles responsabilités professionnelles aux médecins [33].

Implications politiques

Cette formation étant destinée à compenser les carences de la formation médicale initiale, il paraîtrait raisonnable de l'intégrer aux enseignements de base. C'est hautement souhaitable, mais nous en sommes seulement aux premiers pas. La faculté peut, et doit, s'adapter aux besoins de formation concernant les compétences cliniques, l'usage rationnel des procédures techniques, la santé communautaire, la gestion et la communication, qui sont utiles dans toutes les situations.

La socialisation dans la pratique rurale peut aussi être encouragée par des programmes pratiques spécifiques au milieu rural. Cependant, une fois installés, les médecins de campagne confrontés à des situations spécifiques ont besoin de l'avis et du soutien d'autres professionnels, surtout lorsqu'ils débent dans leur pratique rurale où ils risquent de rencontrer des situations critiques décourageantes.

Même si, au niveau académique, le programme des études médicales a été revu pour mieux s'adapter à la pratique, il y aura toujours besoin d'un soutien professionnel structuré. Dans le projet exposé ici, ce soutien est assuré par un dispositif associant une formation continue, un encadrement, un soutien, une supervision et des rencontres régulières, le tout fourni par une association professionnelle soutenue par une ONG. Ce genre de « package », plus que la formation elle-même, est à même de favoriser le maintien en poste des médecins ruraux, au moins pendant quelques années.

Conclusion

Alors que les mesures incitatives peuvent influencer la décision de travailler dans des zones rurales et isolées, le développement de la confiance en soi peut influencer la décision de rester en poste.

Une formation appropriée peut contribuer au maintien par l'amélioration des compétences, le changement des comportements et l'augmentation de la confiance en soi. D'autres mécanismes de soutien sont cependant nécessaires pour aider les médecins à supporter l'isolement social et professionnel.

L'expérience des Médecins de campagne du Mali montre qu'une association professionnelle dont l'objectif est de renforcer la qualité des soins peut contribuer de manière significative à l'amélioration du moral des médecins de campagne.

Intérêts concurrents

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts concurrents.

Contributions des auteurs

MVD et SD ont tous deux contribué à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme et ont rédigé le manuscrit. YK a mis en œuvre l'analyse préliminaire des besoins de formation, contribué à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du projet, et a révisé le manuscrit. SC et MS ont contribué à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du projet, collecté les informations sur le suivi des stagiaires et révisé le manuscrit. BM a rédigé et révisé le manuscrit. DD a contribué à la conception et à l'évaluation du programme et a révisé le manuscrit.

Remerciements

Nous souhaitons remercier pour leur contribution Thimothée Dao, Seydou Konate and Moussa Mariko, qui ont activement participé à la conception et à la réalisation de leur intervention en tant que médecins de campagne seniors. Nous voulons également remercier pour sa contribution Mahamadou Thiero, de Santé Sud, qui a largement contribué à la conception et l'enseignement du module de gestion pratique. L'intervention a été créée par Santé Sud, avec un soutien financier complémentaire de l'Union Européenne. L'aide technique fournie par l'Institut de médecine tropicale a été financée par la Coopération belge. Aucun de ces organismes financeurs n'a influencé l'intervention ou son analyse.

Références

1. Dussault G, Franceschini MC: Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006, 4:12.
2. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T: Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008, 8:19.
3. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP: Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *Jama* 2001, 286:1041-8.
4. WHO: World Health Report, Geneva; 2006.
5. Ministère de la Santé du Mali, Direction Nationale de la Santé: *Rapport Bilan Année 2005, Comité Technique du PRODESS, Bamako* 2006.
6. Audibert M, de Roodenbeke E: Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives. *Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain* 2005.
7. Fournier P, Dufresne C, Zunzunegi MV, Haddad S: Réformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel: le cas du Mali. *Proceedings CERDI: 2ème colloque international "Financement de la Santé dans les Pays en Développement, Clermont-Ferrand 1 December 2005*.
8. Coulibaly S, Desplats D, Kone Y, Nimaga K, Dugas S, Farnarier G, Sy M, Baliqie H, Doumbo OK, van Dormael M: Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagne au Mali. *Educ Health* 2007, 20:47.
9. Dugas S, van Dormael M: La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. In *Studies in Health Services Organisation and Policy* 22 ITG Press, Antwerp; 2003.
10. Desplats D, Kone Y, Razakarison C: Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Médecine Tropicale* 2004, 64:539-544.
11. Zurn P, Dolea C, Stilwell B: Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. In *The Global Nursing Review Initiative* International Council of Nurses, Geneva; 2005.
12. Thommasen HV: Physician retention and recruitment outside

- urban British Columbia. *British Columbia Medical Journal* 2000, 42:304-308.
13. Eley D, Young L, Shrapnel M, Wilkinson D, Baker P, Hegney D: Medical students and rural general practitioners: congruent views on the reality of recruitment into rural medicine. *Aust J Rural Health* 2007, 15:12-20.
 14. Bilodeau H, Leduc N: Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. *Cah Sociol Demogr Med* 2003, 43:485-504.
 15. Clarke HF, Laschinger HS, Giovannetti P, Shamian J, Thomson D, Tourangeau A: Nursing shortages: workplace environments are essential to the solution. *Hosp Q* 2001, 4:50-7.
 16. Franco L, Bennett S, Kanfer R: Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med* 2002, 54:1255-1266.
 17. Kotzee TJ, Couper ID: What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural Remote Health* 2006, 6:581.
 18. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T: Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health* 2003, 1:10.
 19. Herzberg F: One more time: How do you motivate employees? *Motivating people. Best of HBR. Harvard Business Review* 2002.
 20. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, Douglas J: Physician Job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract* 2002, 51(7):593.
 21. Ullrich RA: Herzberg revisited: factors in job dissatisfaction. *J Nurs Adm* 1978, 8(10):19-24.
 22. Thiero M: Surproduction des médecins au Mali: une opportunité pour renforcer la première ligne. In *Master thesis in public health* Institute Tropical Medicine, Anwerp; 2007.
 23. Kone Y: Adéquation entre la formation initiale et la fonction de médecin généraliste au Mali. In *Master thesis in public health* Institute Tropical Medicine, Antwerp; 2003.
 24. Meyer J: Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000, 320:178-181.
 25. Grodos D, Mercenier P: Health systems research: a clearer methodology for more effective action. In *Studies in Health Service Organisation and Policy 15* ITG Press, Antwerp; 2000.
 26. Kirkpatrick DL: Evaluating training programs: the four levels. Berrett-Koehler Publications, San Francisco; 1998.
 27. Mahe A, Faye O, N'diaye HT, Konare HD, Coulibaly I, Keita S, Traore AK, Hay RJ: Integration of basic dermatological care into primary health care services in Mali. *Bull World Health Organ* 2005, 83:935-941.
 28. Population Council: *Etude des CSCOM et CSAR dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires opérationnelles des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou et Mopti.* Bamako 1998.
 29. Mathauer I, Imhoff I: Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Hum Resour Health* 2006, 4:24.
 30. Marchal B, Kegels G: Focusing on the software of managing health workers: What can we learn from high commitment management practices? *Int J Health Plann Manage.* 2008, 23:299-311.
 31. Fox RC: *The sociology of medicine. A participant observer's view* Prentice Hall. Foundations of Modern Sociology Series. Englewood Cliffs, New Jersey; 1989.
 32. White CD, Willett K, Mitchell C, Constantine S: Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural Remote Health* 2007, 7:700.
 33. Van Dormael M, Dugas S, Diarra S: North-South exchange and professional development: experience from Mali and France. *Fam Pract* 2007, 24:102-107.

Intervention orale de Dominique Desplats
réécrite à l'intention du panel d'experts réunis sur le thème
« Fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales »
Genève, OMS, 3 février 2009

L'expérience menée par Santé Sud vise l'installation durable de médecins généralistes en milieu rural. Elle a été initiée au Mali, puis répliquée à Madagascar, et elle commence au Bénin.

L'origine de cette expérience est directement liée aux mesures d'ajustement structurel préconisées par le FMI à la fin des années 1980 qui ont eu pour effet, entre autres, de limiter fortement les recrutements dans la fonction publique. Au Mali, en 1988, le premier concours proposa 2 postes de médecins aux 60 nouveaux diplômés alors que jusque là tous les médecins formés à la Faculté de Médecine de Bamako devenaient fonctionnaires.

Cette sélection drastique perdure (en 2007, 25 postes pour 609 candidats) avec pour conséquence une forte augmentation du nombre de « diplômés-chômeurs », c'est-à-dire des jeunes médecins sans emploi stable qui pratiquent dans l'informel en ville faute de moyens pour s'installer, ou se reconvertissent dans d'autres activités pour survivre. Cette situation se retrouve dans les trois pays. A Madagascar, par exemple, le nombre de médecins sans emploi se situe autour de 35% !

C'est pour réagir à ce drame humain que nous avons proposé d'aider les jeunes médecins maliens qui accepteraient d'aller volontairement s'installer dans les zones rurales pour exercer leur métier. En effet, les rares médecins affectés par l'Etat ayant essentiellement une fonction administrative, la responsabilité diagnostique et thérapeutique était assurée par des agents de santé insuffisamment formés, dispensateurs de soins médiocres. Les structures de santé primaires, peu fréquentées (taux d'utilisation 0,17), reflétaient la profonde insatisfaction des populations rurales (voir rapport OMS 2000). Dans ce contexte, il nous sembla logique d'encourager les jeunes médecins sans emploi à pratiquer la médecine de proximité en se mettant au service des populations les plus vulnérables.

Cela ne marchera pas !

C'est la phrase que nous avons le plus entendue. Deux raisons principales étaient avancées :

- 1/ les médecins n'iront pas ou ne resteront pas en milieu rural à cause des conditions de vie rustiques et de l'isolement. Après 10 ans d'étude dans la capitale, ce sont des citadins. Aller en brousse est vécu comme un déclassement professionnel et social.
- 2/ les populations ne pourront pas les payer : le revenu en milieu rural est trop faible, les populations ne sont pas solvables.

Ces deux affirmations ne sont pas fausses mais elles ne sont pas entièrement vraies non plus. L'installation, aujourd'hui, de 115 médecins répartis dans la majorité des régions du Mali, et de plus de 50 médecins à Madagascar dans cinq régions, démontre que cet engagement professionnel est possible.

Pour se faire, nous avons mis en place un dispositif d'accompagnement et de qualité en quatre étapes : une étude de faisabilité du lieu d'installation, une formation en médecine communautaire avec un stage rural pratique, des aides matérielles (kit médical, éclairage solaire, moto) et un suivi-formatif pendant deux ans.

La mise en œuvre est assurée, dans chaque pays, par une équipe technique nationale.

Le projet ne verse aucun salaire, ni indemnités, les médecins étant rémunérés par leurs prestations.

Les réactions

Elles ont évolué avec le temps et on peut les analyser à plusieurs niveaux :

1/ L'Etat et les autorités sanitaires

Au début, au Mali, c'est la méfiance qui a prévalu : les premiers médecins qui se sont installés ont été considérés comme des intrus dans le système de santé, non contrôlables, suspects de « chercher l'argent ». Avec certains médecins-chef de région ou de district, il y a eu des conflits sérieux et le Ministère de la Santé est resté jusqu'à ce jour ambivalent sur l'attitude à adopter vis-à-vis de ces médecins non fonctionnaires, mal identifiés.

A Madagascar il y a eu cette même réticence au début mais, après la crise sociopolitique de 2002, l'Etat malgache s'est engagé dans une politique de partenariat public/privé (les 3 P) qui a permis de créer un cadre d'exercice spécifique pour ces « médecins généralistes communautaires » leur permettant d'être contractuellement associés au système de santé publique.

Sur le terrain, dans les deux pays, l'évolution est nette : les médecins chefs de district comprennent maintenant l'intérêt d'avoir un réseau de médecins communautaires en première ligne, avec pour effet une nette augmentation des taux de fréquentation des structures de premier niveau. Dans certains districts, au Mali comme à Madagascar, la collaboration est devenue confiante au point que certains médecins responsables de district sollicitent l'installation de médecins privés communautaires pour améliorer la couverture médicale du niveau primaire.

Au Bénin, c'est le Ministère de la Santé qui a demandé, dans le cadre d'un accord avec la France sur les flux migratoires, une action permettant la fixation de médecins dans « les zones rurales du nord qui n'attirent pas les jeunes médecins et sont désertées ». L'engagement de l'Etat et l'appui de la jeune Faculté de Médecine de Parakou créé pour désenclaver le nord Bénin devraient faciliter le processus d'installation des jeunes diplômés qui feront le choix de s'installer d'eux-mêmes dans des zones mal desservies.

2/ Les communautés rurales

Les paysans, par nature et par expérience - on leur a fait tant de promesses non tenues ! - sont méfiants. Ils font confiance par la preuve. Si elle est obtenue, alors tout est possible !

Dans ce projet, c'est au médecin de faire ses preuves. Sa présence permanente, son accueil et sa disponibilité, la qualité de sa prise en charge des malades sont déterminants.

Le bon indicateur, ce n'est pas la pauvreté mais la confiance. L'indigence est rare en zone rurale (c'est un problème urbain) et la solidarité sociale permet de faire face aux dépenses lorsqu'elles sont jugées nécessaires (baptêmes, mariages, maladies).

La médecine de proximité est appréciée car elle permet de se soigner sur place et diminue les coûts de transport. Pour cette raison, elle favorise l'implantation de mutuelles santé locales, l'offre de soins étant plus crédible.

Depuis une quinzaine d'années, dans ces trois pays, la décentralisation s'est mise en place avec la création des communes confiées à des maires élus qui sont, de part leurs attributions, parties prenantes de la gestion sanitaire de leur commune. Ce sont eux qui ont le mieux compris l'intérêt d'avoir un médecin permanent, pour leur population mais aussi pour son rôle positif en faveur du développement local. Les maires, de plus en plus, demandent la présence d'un médecin et prennent des dispositions pour les fixer durablement sur place.

3/ Les jeunes médecins

Partir exercer en brousse ne va pas de soi. La plupart des médecins disent qu'ils n'auraient pas tenté l'expérience sans le dispositif d'accompagnement du projet car ils ne se sentaient pas suffisamment armés, à la fin de leurs études, pour exercer seuls en zone rurale.

Le mouvement a été lent : les premières installations ont eu valeur de test pour les suivantes. Au Mali comme à Madagascar, c'est une vraie aventure professionnelle et personnelle. Ces médecins sont souvent mariés avec enfants. Certains en font un projet de vie à long terme, d'autres envisagent ce mode d'exercice pour acquérir une expérience en attendant d'autres opportunités (par exemple en continuant à présenter le concours de la fonction publique). Contrairement à ce que l'on croit, ce ne sont pas seulement des médecins d'origine rurale qui font ce choix mais aussi des citadins sensibilisés à la situation du monde rural de leur pays. A Madagascar, un tiers sont des femmes.

Un autre facteur de fidélisation résulte de la création, dans chaque pays, d'une « association des Médecins de Campagne » qui constitue un réseau de solidarité professionnelle permettant les échanges entre pairs, la formation continue et l'entraide mutuelle. Ces médecins veulent être reconnus. Ils reprochent aux autorités sanitaires d'être traités comme des subalternes alors qu'ils estiment être les alter égo des médecins fonctionnaires avec lesquels ils ont fait les mêmes études.

L'évaluation OMS réalisée au Mali a montré que la durée moyenne d'installation était de quatre ans. Nous avons fixé cinq ans pour avoir un « retour sur investissement » satisfaisant, moyenne qui devrait être atteinte au Mali avec une meilleure reconnaissance de ce mode d'exercice, et qui sera dépassée à Madagascar où la légitimité de la médecine communautaire est mieux affirmée. Bien entendu, il faut que les médecins prévoient leur succession pour que la continuité des soins médicaux reste garantie auprès de leur communauté.

Quel revenu ?

Il provient de la participation communautaire selon deux modalités :

1/ indirecte lorsque le médecin exerce dans un centre de santé géré par une association communautaire. Un contrat de droit privé est alors signé indiquant le mode de rémunération qui comprend, en général, une part fixe garantie et une part variable basée sur un pourcentage des recettes globales du centre hors médicaments. C'est le cas le plus fréquent au Mali qui a généralisé les centres de santé communautaires (CSCOM) au premier niveau, structures privées sans but lucratif

liées à l'Etat par une convention de service public. Certains centres, via la mairie, bénéficient du fond PPTTE (remise de dettes) pour financer la part fixe de la rémunération des médecins.

2/ directe lorsque le médecin s'installe de lui-même dans un village. C'est le cas à Madagascar et au Bénin où il n'existe pas de structures communautaires, les centres de santé du premier niveau étant gérés par l'Etat. Le médecin fixe le prix de ses prestations en fonction du pouvoir économique de sa population. Il signe une convention d'association au service public avec le district sanitaire dans laquelle il s'engage à assurer, dans son aire de responsabilité, les activités de Santé Publique telles que la vaccination (gratuitement faute de budget de prestation alloué par l'Etat qui fournit les vaccins ...).

Concernant ce revenu nous avons comme objectif, pour le rendre attractif, qu'il soit au minimum le double du salaire de base d'un médecin fonctionnaire. Les évaluations faites au Mali par l'OMS et à Madagascar par l'Institut National de la Santé Publique et Communautaire (INSPC) montrent que cet objectif est atteint – et souvent dépassé - malgré une grande variabilité des recettes selon les saisons (périodes de soudure). A titre d'exemple à Madagascar, le prix moyen de la consultation est de 1.500 ariary (0.50€), l'accouchement à 7.500 ariary (3€), le coût moyen de l'ordonnance à 2.500 ariary (1,12€). Avec ces tarifs, accessibles en milieu rural, le revenu moyen est de 200€ par mois alors qu'il est de 104€ pour un médecin fonctionnaire en début de carrière.

Le défi à relever

Dans ces trois pays, très différents mais situés dans l'espace francophone, la problématique concernant les RHS est la même. Il n'y a pas une pénurie de médecins mais une sous utilisation et une mauvaise répartition de cette profession qui continue d'augmenter (Mali \pm 250 par an, Mada \pm 150 par an, Bénin \pm 80 par an). La densité médicale théorique est favorable (Mali \pm 1/6.500 hab., Mada \pm 1/3.000 hab., Bénin \pm 1/7.000 hab.) mais concentrée dans les villes. Les zones rurales où vit 60 à 80% de la population selon les pays sont des déserts médicaux. De ce fait le glissement des rôles est la règle : les rares médecins administrent, les paramédicaux assurent la fonction clinique, le personnel d'entretien et les bénévoles pratiquent les soins.

Le système de santé, peu performant, est historiquement administré par l'Etat d'une façon hiérarchique et autocratique, considérant les personnels de santé comme des exécutants. Ces derniers, peu payés et mal considérés, sont souvent démotivés, ce qui favorise une petite corruption et un absentéisme très répandus.

Les politiques de décentralisation et de participation communautaire qui ont vu le jour n'ont pas encore suffisamment pénétré les mentalités, d'où le climat de concurrence et de rivalité entre les secteurs public et privé qui perdure malgré les discours officiels.

Le défi à relever se situe à ce niveau : le redéploiement des médecins dans les zones rurales et leur fidélisation dépendra de la capacité des systèmes de santé à intégrer l'innovation et des solutions alternatives. L'expérience d'un secteur « privé communautaire », régulé par la contractualisation pour répondre aux besoins de la population en évitant les dérives lucratives, est une voie possible pour que tous puissent « travailler ensemble pour la santé » (voir rapport OMS 2006).

Commentaire

La réunion d'experts a montré la complexité du problème posé, rendant difficile et probablement non pertinent une analyse globale. Effectivement, les catégories qui organisent le champ de la santé

n'existent pas « en soi » mais procèdent de constructions sociales et historiques spécifiques selon les pays.

Les cas présentés au cours de ces journées ont surtout porté sur les médecins et certains ont déploré cette exclusivité car ceux-ci ne sont pas les seuls concernés. Cela est juste mais, si on regarde l'ensemble francophone dont les trois pays ci-dessus sont un exemple, les deux professions cruellement absentes des zones rurales périphériques sont les médecins praticiens et les sages femmes. Peut-on s'en passer ?

La question mérite d'être posée ainsi : chacun d'entre nous accepterait t'il d'être soigné et suivi exclusivement par des non médecins ? Le sentiment d'inéquité face à la maladie ressenti par les populations rurales me semble légitime, surtout dans ces pays qui consentent de grands efforts pour former des médecins en nombre suffisant.

Le renouveau des Soins de Santé Primaires (rapport OMS 2008) et la fidélisation d'un personnel de santé qualifié ne sont-ils pas étroitement liés ?

Dominique Desplats Santé Sud
dominique.desplats@santesud.org

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

Le contexte de l'évaluation

Le phénomène de médicalisation du milieu rural au Mali résulte de la rencontre entre la volonté d'améliorer le recours et l'accès à la santé des populations rurales, le mouvement de décentralisation des soins de santé de premier niveau, engagé au Mali depuis les années 90 et des initiatives de médecins en recherche d'emploi. Après la réforme administrative de la décentralisation (1999-2002), un programme de développement socio-sanitaire a permis la création ou la revitalisation de Centres de santé communautaires (CSCoM), structures de première ligne chargées d'offrir un paquet minimum d'activités à la population d'une aire de santé (5000 habitants dans un rayon de 15 km). Ces structures sont gérées par des associations communautaires et les mairies. Faute de perspectives professionnelles dans la fonction publique, en raison des mesures d'ajustement structurel, de jeunes médecins sont venus progressivement s'installer dans les zones rurales, offrant leurs services aux CSCoM ou à titre privé.

Dès 1989, l'ONG Santé Sud accompagnait ce processus. A partir de 2002, le mouvement s'est amplifié avec l'ouverture de postes budgétaires dédiés aux communes sur des financements dévolus à la santé dans le cadre de l'appui apporté au pays pauvres très endettés. Avec l'appui de financements de la coopération française et de l'Union européenne, Santé Sud et l'association regroupant les médecins de campagne ont déployé un programme d'appui à l'installation et au maintien des jeunes médecins maliens dans les CSCoM.

Méthodologie

L'évaluation avait pour but d'apprécier la pertinence, l'efficacité et la viabilité de ce programme de médicalisation, notamment des stratégies développées pour attirer et maintenir les médecins dans les zones rurales. Un cadre conceptuel a été construit sur la base d'une revue de la littérature portant sur les stratégies de fidélisation des professionnels de la santé dans les zones défavorisées utilisées dans différents pays et les facteurs influençant le choix du lieu d'exercice du professionnel.

La méthode d'évaluation conjugue une analyse documentaire, une enquête par questionnaire auprès des 120 médecins installés en zone rurale, des entretiens avec les décideurs nationaux, les partenaires institutionnels et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce programme et des observations dans 4 sites, lieux d'exercice des médecins dans une région du Mali, ainsi qu'une analyse des coûts des mesures déployées.

Présentation des résultats

La médicalisation est une réponse pertinente aux besoins de santé des populations rurales isolées, mais l'augmentation de la fréquentation des structures de première ligne reste difficile à documenter.

La médicalisation des centres de santé ruraux est une réponse pertinente aux problèmes d'accès aux soins des populations rurales, car elle permet d'assurer la prise en charge des problèmes de santé sur un registre plus étendu. Les missions affectées au médecin rural sont de nature à garantir la permanence et la continuité des soins auprès de la population ainsi qu'une articulation plus étroite entre curatif et préventif. L'introduction du médecin dans les centres de santé redonne confiance aux populations et restaure une crédibilité au système de santé. Les activités du paquet minimum d'activités sont réalisées : soins curatifs de meilleure qualité, élargissement à la prise en charge des maladies chroniques dans un continuum prévention/soins/suivi, réalisation des activités promotionnelles et de prévention recueillant une plus grande adhésion de la population. La disponibilité des médicaments est généralement assurée. La fonction d'encadrement de l'équipe de santé du centre est un facteur de renforcement des compétences des professionnels.

Les données recueillies, trop lacunaires, ne parviennent pas toujours à démontrer l'augmentation de l'utilisation des services. Cependant, l'augmentation des recettes du centre qui permet de générer des revenus aux médecins, l'embauche de personnels additionnels ou encore l'amélioration des conditions d'emploi, est un indicateur de la fréquentation des structures.

Les stratégies mises en œuvre réussissent à attirer les médecins dans les zones rurales mais la précarité de l'emploi et les conditions de travail sont un frein à une carrière rurale à long terme.

Plus d'une centaine de médecins se sont installés dans les zones rurales ces dix dernières années, encouragés par la combinaison de stratégies d'installations soutenues par le projet Santé Sud/AMC et l'Etat malien. Les médecins installés en zone rurale sont plutôt jeunes et s'installent en milieu rural à la fin de leurs études. Ils y demeurent en moyenne à peine 4 ans et n'envisagent pas d'y rester plus de 5 ans car ils sont plutôt insatisfaits de leurs conditions de travail. Cependant, les médecins affiliés à l'AMC et bénéficiant des mesures d'accompagnement sont ceux qui restent le plus longtemps et sont les plus satisfaits. La fidélisation des médecins en milieu rural résulte d'un processus qui se déroule en plusieurs phases : phase de sensibilisation à la problématique spécifique de la médecine rurale ; phase de recrutement et d'installation des médecins ; phase d'exercice médical rural. La réussite de ce processus (des médecins stabilisés dans un poste rural) n'est possible que si des conditions favorables sont mises en place : sensibilisation et formation des étudiants en médecine à la pratique en milieu rural ; accompagnement à la recherche d'emploi et appui à l'installation ; revenus réguliers et jugés suffisants ; formalisation d'un contrat d'emploi incluant couverture sociale et retraite ; cadre conciliant vie familiale et vie professionnelle avec des conditions de travail conformes aux attentes de la profession. Ces conditions relèvent de trois niveaux (organisationnel, institutionnel, environnemental) et ne sont pas, actuellement, toutes réunies. La faible attirance des étu-

dians pour l'exercice rural témoigne d'une sensibilisation insuffisante des étudiants mais probablement aussi d'une représentation du métier associée à la notion de sacrifice. Si la politique de recrutement et la facilitation de la prise de poste réussissent à installer des médecins dans les centres, grâce notamment à l'accompagnement de l'AMC et aux mesures préconisées par l'Etat, les conditions de vie encore trop austères et la précarisation de l'emploi, semblent incompatibles avec une carrière rurale à long terme. Toutefois, l'inscription des médecins dans une communauté de professionnels qui défendent les mêmes valeurs et procurent un soutien sur les plans technique, matériel et pédagogique, favorise leur stabilité dans les centres de santé ruraux.

On observe un jeu de combinaisons des différentes stratégies, lesquelles sont plus ou moins aptes à satisfaire les médecins. Ces derniers sont prêts à travailler durablement dans les zones rurales à condition que le plateau technique du centre soit en adéquation avec les normes et que l'équipe de santé du centre réunisse le personnel nécessaire et suffisant à la réalisation des activités. Ces combinaisons ont été classées en fonction de leur potentiel à satisfaire les médecins.

La viabilité des stratégies de médicalisation dépend de l'institutionnalisation du processus en place et des mécanismes de soutien des stratégies à l'œuvre.

Les stratégies de médicalisation mises en œuvre dans les zones rurales du Mali pourraient être viables si la poursuite de leur financement était acquise. Les différents acteurs se sont appropriés partiellement ou totalement les stratégies de médicalisation. L'AMC a intégré ces stratégies dans son plan de développement afin de les réaliser de façon routinière. La Faculté de médecine envisage également d'intégrer les modules de formation en santé rurale dans ses curricula. Toutefois, l'institutionnalisation de ces stratégies est partielle et leur intégration dans les activités des organisations principalement concernées (AMC, collectivités locales) dépend des capacités financières et de gestion de ces dernières.

Les médecins de campagne acceptent de rester travailler dans les zones rurales quand ils sont satisfaits de leur rémunération et des autres stratégies de fidélisation. Or, la partie variable de leur rémunération (pourcentage sur prestations délivrées) dépend de la fréquentation des centres et des capacités financières des populations. Si des mécanismes ne sont pas adoptés pour accroître l'accessibilité financière des populations au centre de santé, les médecins de campagne ne resteront probablement pas dans les zones rurales.

Recommandations

A l'intention du Ministère de la Santé et des collectivités locales

- Insérer les stratégies de médicalisation des zones rurales dans une perspective plus large d'organisation des services de santé
- Concevoir un programme dédié à la revitalisation des centres de santé ruraux

- Favoriser l'instauration de mutuelles dans les zones rurales
- Poursuivre le transfert des moyens financiers aux collectivités locales
- Impliquer davantage les centres de santé privés dans la réalisation des activités
- Former les équipes de santé rurales
- Envisager une perspective de carrière aux médecins de campagne
- Valoriser l'exécution des programmes de prévention

A l'intention de l'Association des médecins de campagne

- Obtenir une reconnaissance effective du Ministère de la santé
- Obtenir un financement pour la réalisation du plan stratégique
- Rester le garant des bonnes pratiques et de la qualité des soins des membres de l'AMC
- Sensibiliser les autorités locales et les ASACO
- Promouvoir l'exercice de la médecine rurale auprès des jeunes étudiants en médecine

Extrait « Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali »

Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées - Etude de cas No. 2

Organisation Mondiale de la Santé

Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE)
au Mali:
l'expérience d'un séminaire de formation
de médecins de campagne

Pierre GENTON,^{1,2} Arouna TOGORA,³ Karamoko NIMAGA,⁴ Dominique DESPLATS,¹
Guy FARNARIER.^{1,5}

1 - Association Santé-Sud, Marseille

2 - Centre Saint Paul, Marseille

3 - Département de Psychiatrie (Professeur Koumare), Faculté de Médecine, Bamako

4 – Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC)

5 – Université de la Méditerranée, Marseille

Adresse pour la correspondance :

Dr Pierre Genton
Centre Saint Paul – HHG
300 Boulevard de Sainte Marguerite
13009 Marseille
Fax : 04 91 17 07 91
piergen@aol.com

Remerciements

Santé Sud pour la prise en charge de la mission du Dr P. Genton

L'Université de La Méditerranée pour la prise en charge de la mission du Dr G.

Farnarier

Les Prs. O. Doumbo (Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires) et B. Koumaré (Département de Psychiatrie), Université de Bamako, partenaires du projet RARE.

L'Union Européenne et la Coopération Française pour le financement du programme Santé-Sud de médicalisation des zones rurales au Mali.

Résumé :

Santé-Sud, une organisation non gouvernementale (ONG) marseillaise agissant pour promouvoir l'accès aux soins de qualité dans les pays en voie de développement, a décidé la mise en place d'une action pilote sur la prise en charge de maladies chroniques. Ce choix a été rendu possible grâce à une action sur le long terme ayant abouti à la mise en place d'un réseau africains de médecin de campagne. Le Mali et l'épilepsie ont été choisis comme terrain et thème d'expérimentation. Parmi les 75 médecins de campagne installés, 6 se sont portés volontaires pour créer un réseau d'action et de recherche sur l'épilepsie (RARE), dont le but est d'assurer en même temps l'accès des patients épileptiques à un traitement, et le recueil de données d'observation et d'évolution : cette recherche permet d'une part de fournir des données épidémiologiques sur plusieurs régions du Mali, pendant trois années, d'autre part d'apprécier l'effet du traitement (efficacité et effets secondaires) et l'impact de cette prise en charge. Afin de permettre aux médecins praticiens participant à cette action d'améliorer leurs connaissances sur l'épilepsie, un séminaire de formation a été organisé à Bamako du 19 au 23 mai 2003. Nous rapportons ici le déroulement et les résultats de cette action pédagogique : l'administration d'un questionnaire à choix multiple avant et après le séminaire a permis d'objectiver une nette amélioration des connaissances sur l'épilepsie, et de confirmer la motivation des participants. Il s'agit d'une action concrète qui pourrait servir de modèle dans l'amélioration de l'offre de soins aux patients épileptiques des pays dans lesquels règne le « *treatment gap* » (hiatus thérapeutique).

Research- Action Network on Epilepsy (RARE) in Mali : the experience of a teaching workshop for rural doctors.

Summary :

The aim of Santé-Sud, a non-governmental organization based in Marseille, France, is to improve the access to quality care in developing countries. It has obtained a grant from the European Union for a programme organizing the care for chronic diseases. Because of antecedent projects that have resulted in the installation of rural doctors, and pilot treatment programmes, Mali and epilepsy were chosen as the place and theme of this experiment. Among 75 presently active rural doctors, 7 volunteered to create an action-research network on epilepsy (*réseau action et recherche sur l'épilepsie, RARE*), with the double aim of providing essential care to patients with epilepsy on one hand, and on the other hand, of collecting extensive prospective data in order to evaluate the epidemiology of epilepsy in several distinct areas of Mali over a three-year period, as well as the efficacy and impact of epilepsy treatment (efficacy and side-effects). Participating practitioners needed to improve their knowledge on epilepsy, and a teaching workshop was organized in Bamako on May 19-23, 2003. We wish to report the content and the results of this specific teaching action. A multiple choice questionnaire was filled in before and after the teaching sessions, and the quantification of the answers shows that an important progress in the participants' knowledge on epilepsy was achieved. This workshop also confirmed and increased the participants' motivation for the ongoing programme. Such specific, practical actions may constitute a model for the improvement of health care offerings to patients with epilepsy in other settings plagued by the « *treatment gap* ».

L'existence d'un « hiatus thérapeutique » (*treatment gap*) dans la prise en charge des patients épileptiques dans les pays en voie de développement est une donnée connue de longue date : dans ces pays, seule une petite minorité de patients, vivant habituellement en milieu urbain, et disposant d'un niveau économique suffisant, a accès à une prise en charge diagnostique et thérapeutique (Meinardi et al., 2001), la plupart connaissant des difficultés financières et des problèmes dans la pérennité de l'approvisionnement en médicaments. Les moyens de remédier à une telle situation sont peu nombreux, en raison de la situation générale, économique et/ou politique, de ces pays. Les moyens d'exploration modernes sont indisponibles ou peu accessibles, en dehors de certains centres hospitaliers, et le coût d'un traitement antiépileptique peut poser un problème insurmontable pour la majorité des populations rurales, à très bas niveau de vie.

Au Mali, l'action entreprise par une ONG marseillaise - Santé Sud - financée par l'Union Européenne et la Coopération Française, a permis de développer la médicalisation des zones rurales en appuyant l'installation de médecins de campagne maliens dans des régions dépourvues de praticiens. Parallèlement, faisant suite à une enquête épidémiologique sur l'épilepsie, menée au mois de juin 1998 (Farnarier et al., 2000), une étude pilote sur le traitement de l'épilepsie par le phénobarbital a été conduite, à partir de 1999, dans une zone rurale proche de Bamako, au Mali, auprès d'une population pour laquelle l'accès aux soins de qualité était très difficile (Farnarier et al., 2002a ; Nimaga et al., 2002).

Le projet initial de médicalisation des campagnes au Mali a débuté en 1989 et a abouti aujourd'hui à l'installation de 75 médecins dans diverses zones rurales. Le projet actuel prévoit la mise en place d'expériences de prise en charge de maladies chroniques et l'épilepsie a été choisie comme première maladie chronique en prolongement de l'étude pilote (Farnarier et al., 2002b). Cette première expérience a commencé par la sélection d'un groupe de médecins de campagne volontaires pour participer à la prise en charge thérapeutique de patients épileptiques, et pour améliorer leurs connaissances sur l'épilepsie.

Le projet RARE (Recherche- Action en Réseau sur l'Epilepsie)

Le projet RARE comporte un triple volet : formation, suivi des patients et recherche.

Le réseau épilepsie est composé des six médecins de campagne ayant été choisis parmi ceux qui ont manifesté leur intérêt pour la prise en charge, le suivi et l'étude de l'épilepsie. Le médecin désigné en tant que « tête de réseau », a reçu une formation spécifique lui permettant de jouer un rôle de formateur auprès de ses confrères. Le suivi des patients sur le terrain est assuré par les membres du réseau dans le cadre de leurs activités de soins, dans leurs aires de santé en milieu rural. Le seul médicament utilisé actuellement est le phénobarbital, que les patients achètent à un coût compatible avec leur pouvoir d'achat.

Après un séminaire de formation initiale, des formations complémentaires en épileptologie sont réalisées tous les six mois par les référents formateurs maliens et/ou français, le bilan semestriel du fonctionnement est réalisé à cette occasion.

Le terme "recherche-action" a été retenu pour désigner ce travail qui s'appuie sur un protocole rigoureux. Des fiches initiales de diagnostic, puis des fiches de suivi, permettent de recueillir un grand nombre de données cliniques dans différentes régions du Mali sur une durée de trois ans. Après leur inclusion dans l'étude, les patients sont revus un mois plus tard, puis encore trois mois plus tard et ensuite tous les quatre mois pendant les trois années de

l'étude. Les nombreuses données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ainsi recueillies constitueront le substrat de cette recherche opérationnelle.

Le séminaire de formation initiale (Bamako, 19-23 mai 2003)

Le programme du séminaire, étalé sur une semaine, est rapporté dans le Tableau I. Les enseignements ont été dispensés par sessions d'une journée, avec administration chaque matinée avant les cours, puis en fin de journée, d'un même questionnaire à choix multiples (QCM) portant sur l'enseignement de la journée, pour vérifier que les points importants avaient été acquis. Outre les six médecins volontaires assistaient à ce séminaire deux médecins de campagne « auditeurs libres », ainsi que le formateur malien (AT) et un interne du CHU de Bamako, chargé du recueil des données dans le cadre du projet RARE (Figure 1). La dernière journée a été consacrée à une consultation épileptologique, effectuée dans le cabinet d'un médecin de campagne (Dr K. Nimaga, village de Markacoungo), qui a permis à l'ensemble des participants d'acquérir l'expérience d'une consultation épileptologique dans les conditions de travail habituelles en milieu rural, et de se familiariser avec le recueil des observations nécessaires à la création de la base de données du RARE.

Nous avons également administré à l'ensemble du groupe, avant le début du séminaire, un questionnaire comportant 40 QCM et portant sur divers aspects de l'épileptologie clinique. Pour chaque question, il pouvait y avoir une ou plusieurs réponses correctes. Certaines réponses étaient considérées comme exactes, d'autres pouvaient être considérées comme correctes ou acceptables, et d'autres encore comme clairement inexactes. Les questions étaient réparties dans les catégories suivantes :

- 1- Définitions (4 questions)
- 2- Aspects historiques (3 questions)
- 3- Epidémiologie, facteurs de risque (4 questions)
- 4- Mécanismes fondamentaux (1 question)
- 5- Prise en charge pratique, urgences (3 questions)
- 6- Médicaments antiépileptiques (7 questions)
- 7- Cas cliniques avec illustration vidéo (4 questions)
- 8- Syndromes épileptiques (4 questions)
- 9- Séméiologie des crises épileptiques (7 questions)
- 10- Vie pratique, hygiène de vie (3 questions)

Les réponses à ce questionnaire recueillies le premier jour, avant l'enseignement, ont été comparées aux réponses obtenues le dernier jour, à la fin du séminaire. A chaque question, il n'y avait qu'une réponse exacte, mais certaines réponses (complexes, en raison des choix multiples proposés) peuvent être considérées comme acceptables, et d'autres totalement fausses.

Comparaison des résultats : *avant vs après le séminaire*

Les résultats globaux sont rapportés dans le Tableau II. D'un test à l'autre, le pourcentage de réponses exactes est passé de 29,3 à 51,4%. Certaines questions étaient très difficiles, d'autres beaucoup plus faciles. A titre d'exemple, des améliorations sensibles ont été obtenues pour les questions suivantes :

- Parmi les produits suivants, lesquels peuvent, lors d'une consommation modérée et occasionnelle, provoquer une crise d'épilepsie ?

A - café B - Coca-cola C - tabac D - marijuana
E - bière F - tous ces produits G - aucun de ces produits

Réponse exacte : G

Pré-séminaire : 2 réponses exactes

Post-séminaire : 7 réponses exactes

- Parmi les professions suivantes, laquelle ou lesquelles est/sont formellement interdite(s) à un sujet épileptique ?

A- professeur de lettres B- pilote de ligne C- médecin du travail
D- expert comptable E- chauffeur poids lourds F- vendeur de fruits et légumes

Réponse exacte : B et E

Pré-séminaire : 3 réponses exactes

Post-séminaire : 7 réponses exactes

Il est intéressant de noter l'importante diminution des réponses fausses, démontrant une lacune importante des connaissances : leur pourcentage décroît de plus de 50% à 30%. A titre d'exemple, voici les modifications des réponses aux questions suivantes :

Une crise **temporale mé�iale** se caractérise souvent par:

A- une sensation épigastrique ascendante, un mâchonnement, une amnésie totale
B- un engourdissement et des paresthésies de l'hémicorps controlatéral, avec des vertiges
C- une hémianopsie latérale associée à des perceptions lumineuses, puis nausées et céphalée
D- une contraction tonique d'un bras qui se lève, avec déviation de la tête du même côté, et cri sourd

Réponse exacte : A

Pré-séminaire : 0 réponses exacte

Post-séminaire : 6 réponses exactes

Parmi les médicaments suivants, citer celui ou ceux qui a/ont un effet inducteur enzymatique hépatique:

A – valproate B – carbamazépine C - diazépam
D – phénobarbital E - phénytoïne

Réponse exacte : BDE

Pré-séminaire : 0 réponses exacte (réponses : ABCE, C, AB, AE, DE, ABE, BD), 2 réponses partielles

Post-séminaire : 3 réponses exactes, 3 réponses partielles (D, DE, D), une seule réponse fausse (ABCD)

Pour d'autres questions, les progrès n'ont pas été notables, et le message transmis par les enseignants n'a pas modifié les réponses. Un exemple semble significatif et mérite d'être cité. Une question portait en effet sur les convulsions fébriles du jeune enfant :

Contrairement à une crise convulsive survenant sans fièvre, une convulsion fébrile chez un enfant:

A- peut être contagieuse
B- ne dure souvent que quelques secondes
C- reste souvent isolée
D- a un pronostic beaucoup plus sévère
E- traduit souvent l'existence d'une encéphalite virale

F- impose la réalisation d'une ponction lombaire

Réponse exacte proposée: C

Pré-séminaire : 2 réponses exactes (autres réponses : 2A, D, 2F)

Post-séminaire : 0 réponse exacte (A, D, E, 4F).

La discussion qui a accompagné le corrigé du test post-séminaire a permis de mettre en évidence de grandes différences dans les attitudes médicales devant des crises fébriles chez le jeune enfant, considérées comme beaucoup plus dangereuses dans le contexte local, en particulier en raison du risque de méningite cérébro-spinale (d'où l'importance attachée à la pratique d'une ponction lombaire, et la notion de contagiosité), ou d'accès palustre. A posteriori, cette question était donc, dans le contexte d'un pays du Sahel, mal posée et inadaptée. En revanche, la proximité du fleuve Niger fait que la question portant sur les dangers des activités sportives a fait ressortir les risques de noyade (lors de baignades, ou lors de la pêche), ce qui représente alors bien un aspect transculturel des risques encourus par les patients épileptiques.

Conclusions :

Ce séminaire organisé pour former en épileptologie pratique des médecins généralistes exerçant en milieu rural africain a été très utile, pour les enseignants comme pour les apprenants. Une formule apportant des documents (enregistrements vidéo de crises épileptiques, planches d'EEG, par exemple) est bien perçue ; la discussion de cas cliniques concrets permet d'aborder de nombreux problèmes pratiques. S'il est apparu que certains points pouvaient donner lieu à des différences d'interprétation et d'attitude médicale, les problèmes pratiques posés par l'évaluation et la prise en charge des patients épileptiques sont en grande partie communs à des sociétés très différentes.

Sur un plan pratique, il est apparu qu'un séminaire comprenant 4 journées d'enseignement interactif suivi d'une mise en pratique lors de consultations en conditions habituelles, représente un outil efficace dans la formation en épileptologie de médecins de campagne, non spécialisés en neurologie. Cette expérience pourrait être étendue à d'autres pays, en situation sanitaire similaire.

lundi 19 mai

1) Accueil des participants

en présence des Pr DOUMBO, KOUMARE et du Dr. DIARRA (DNSP)

2) Questionnaire sur les pré-requis en épileptologie des participants

3) enseignement

- pré-test
- définitions de l'épilepsie
- épidémiologie
- post-test

mardi 20 mai

1) enseignement :

- pré-test
 - clinique, sémiologie, classifications
- 2) atelier vidéo
- discussion
 - post-test

mercredi 21 mai

1) enseignement :

- pré-test
- bilan clinique d'une épilepsie
- bilan paraclinique d'une épilepsie
- thérapeutique des épilepsies

2) atelier pratique: diagnostic et traitement, étude de documents

- discussion
- post-test

jeudi 22 mai

1) enseignement :

- pré-test
- situations particulières
- méthodologie : protocole de suivi, fiches, recueil des données, recherche
- discussion générale sur le protocole
- post-test

2) reprise du questionnaire sur les pré-requis en épileptologie

vendredi 23 mai

Déplacement à Markaongo, cabinet médical du Dr. K. NIMAGA

- présentation de cas
- consultations
- mise en pratique des fiches pour le recueil des données
- retour sur Bamako en fin de journée

Tableau I : programme du séminaire (semaine du 19 au 23 mai 2003)

		% réponses (sur 40 questions)
Réponses exactes		
pré-test	82	29,30%
post-test	144	51,40%
Réponses fausses		
pré-test	145	51,80%
post-test	84	30%

Tableau II

Amélioration des réponses exactes et des réponses fausses entre les deux sessions.

La différence entre réponses exactes et réponses fausses est représentée par des réponses partiellement exactes (voir texte)

Figure 1 : Organisation en table ronde des sessions d'enseignement du séminaire, avec la présence des Dr A. Coulibaly, ML. Coulibaly, T. Dao , M. Mariko, M. Ndao, K. Nimaga membres volontaire de l'AMC participant au RARE, des Dr I. Malla et M. Sogoba venus en auditeurs libres, du Dr O. Camara interne du CHU de Bamako, et du Dr A. Togora, formateur malien.

Références

FARNARIER G., DIOP S., COULIBALY B., ARBORIO S., DABO A., DIAKITÉ M., TRAORÉ S., BANOU A., NIMAGA K., VAZ T., DOUMBO O. Onchocercose et épilepsie. Enquête épidémiologique au Mali. *Med. Trop.*, 2000, 60 (2) : 151-155.

FARNARIER G., NIMAGA K., DOUMBO O., DESPLATS D. Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali. *Rev. Neurol.*, 2002a, 158 (8-9) : 815-818.

FARNARIER G., NIMAGA K., DESPLATS D. Prendre en charge les maladies chroniques en Afrique : l'exemple de l'épilepsie. *Santé Sud Infos*, 2002b, N°55 (sept. 2002) : 1-4.

MEINARDI H., SCOTT R.A., REIS R., SANDER JWAS., ILAE Commission on the Developing World. The treatment gap in epilepsy : the current situation and ways forward. *Epilepsia*, 2001, 42 (1) : 136-149.

NIMAGA K., DESPLATS D., DOUMBO O., FARNARIER G. Treatment with phenobarbital and monitoring of epileptic patients in rural Mali. *Bull. WHO*, 2002, 80 (7) : 532-537.

MISE EN PLACE DU RÉSEAU HYPERTENSION DU MALI (RHYTM)

V. LAFAY, M. DIARRA, S. COULIBALY, S. COULIBALY, D. DESPLATS

• Travail du Cabinet de Cardiologie (V.L., Docteur en Médecine, Docteur en Sciences), Marseille, France, de l'Hôpital du Point G (M.D., Docteur en médecine, Coordinateur RHYTM), Bamako, Mali, du Réseau du RHYTM (S.C., Docteur en médecine), Tête de réseau du RHYTM, Koutiala, Mali, de Santé Sud, (S.C., Docteur en médecine, Coordinateur Santé Sud), Bamako, Mali et de Santé Sud (Docteur en médecine, Conseiller projets), Marseille, France.

• Adresse : V. LAFAY, Cabinet de Cardiologie, 282 avenue de Saint-Antoine, 13015 Marseille.

• Courriel : vincent.lafay@medecins-saint-antoine.fr •

Pour l'auteur :

• Veuillez compléter les mots-clés français et anglais (3 à 5)

Med Trop 2006; 66 : 437-442

RÉSUMÉ • L'augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle et de ses complications en Afrique sub-saharienne, y compris dans les campagnes, a conduit l'Association des médecins de campagne du Mali à demander à son partenaire, l'ONG Santé Sud, de l'aider à monter un réseau médical consacré à cette pathologie : le Réseau Hypertension du Mali (RHYTM). Les auteurs décrivent la conception et la mise en place de ce réseau en trois étapes : formation des médecins, conception d'un protocole adapté et application sur le terrain. La première s'est déroulée sur une semaine et a abordé tous les aspects de l'hypertension. La deuxième est partie des recommandations internationales pour les adapter aux spécificités locales de la médecine de campagne. La troisième s'est déroulée dans les centres de santé afin de vérifier les possibilités d'application de ce protocole et de son fonctionnement en réseau. Le traitement de l'hypertension est basé en priorité sur des recommandations hygiéno-diététiques, avec une attention particulière consacrée à la charge sodée. Le traitement médicamenteux repose essentiellement sur les diurétiques thiazidiques en première intention. La prise en charge de cette pathologie chronique se heurte à des obstacles socioculturels, économiques et logistiques. Ceux-ci sont abordés avec leurs éventuelles solutions. Cette expérience localisée devrait apporter des informations épidémiologiques et cliniques sur un échantillon de plus de 80 000 personnes, et explorer les possibilités d'extension de ce fonctionnement en réseau sur d'autres zones de cette région d'Afrique.

MOTS-CLÉS • ????

IMPLEMENTATION OF THE HYPERTENSION NETWORK IN MALI (RHYTM)

ABSTRACT • In view of the rising prevalence of arterial hypertension and its complications throughout sub-Saharan Africa including in rural areas, the Association of the Rural Doctors of Mali asked its NGO partner, Santé Sud, for assistance in setting up a medical network dedicated to hypertension. This report describes the implementation of the Mali Hypertension Network (French acronym, RHYTM) that involved three stages, i.e., physician training, development of appropriate protocols and field trials. The physician training stage was carried out over a one-week period and covered all the aspects of hypertension. In the second stage international guidelines were used as a basis for development of appropriate protocols for the rural setting. Field trials were conducted in the villages to verify the feasibility of the protocols and functionality of the network. Treatment of hypertension depends mainly on lifestyle and dietetic measures with emphasis on reducing salt intake. Drug treatment is based primarily on first-intention use of thiazidic diuretics. Management of this chronic pathology runs up against socio-cultural, economic and logistic obstacles. These problems are discussed and possible solutions are proposed. This preliminary experience will provide epidemiologic and clinical data on a sample population including more than 80000 people and explore the possibility of extending the network to other zones in this area of Africa.

KEY WORDS • ????

Vraisemblablement rare en Afrique Noire sub-saharienne jusqu'au XIX^e siècle (1, 2), l'hypertension artérielle (HTA) touche actuellement, dans les zones sub-sahariennes, une frange estimée entre 8 et 12% de la population (3), selon le mode de vie et de l'habitat. Or, celle-ci étant très jeune, il est à craindre que cette prévalence n'augmente rapidement (4) et que l'HTA devienne, dans ces régions, l'un des grands facteurs de morbidité si ce n'est de mortalité d'ici à une quinzaine d'années. C'est dans ce contexte que l'Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC) a demandé à son partenaire, l'ONG

Santé Sud, la mise en place d'une action-recherche ciblée sur l'HTA, comme cela avait déjà été réalisé avec succès pour la prise en charge de l'épilepsie (5). Suivant la méthode de travail de Santé Sud cette action, après une étude de faisabilité, a été basée sur la formation puis l'utilisation exclusive des compétences et des moyens disponibles dans le cadre du projet qu'elle mène depuis plus de 10 ans, à savoir l'installation dans les campagnes de médecins généralistes maliens au premier niveau de soins (6).

Cet article a pour but de décrire les modalités choisies et les difficultés ren-

contrées pour la mise en place de ce Réseau Hypertension du Mali (RHYTM), ainsi que le protocole finalement adopté dans la prise en charge de l'HTA, jusqu'à son application sur le terrain.

Contexte épidémiologique

Même si la majorité des données épidémiologiques concerne surtout l'Afrique de l'Est, il apparaît que l'HTA est une pathologie en forte progression dans toutes les régions de l'Afrique sub-saharienne. Elle est devenue l'affection cardio-vascu-

laire nettement prédominante. Par ailleurs, il existe une proximité génétique entre les populations de l'Afrique de l'Ouest et les populations afro-américaines, et les travaux réalisés outre-atlantique nous sont utiles dans la compréhension de l'HTA en Afrique occidentale (7). Plusieurs interprétations sont en effet proposées pour expliquer le bouleversement épidémiologique que nous observons dans ces régions, mais sans explication univoque. Il est probable que l'augmentation des chiffres tensionnels soit liée à la conjonction de facteurs génétiques et environnementaux, où l'occidentalisation du mode de vie, et en particulier la consommation de sel (8-12), tient une part importante. Cette hypothèse semble confirmée par l'existence d'isolats traditionnels où persistent des taux très bas de prévalence de cette maladie (1, 8, 13, 14). La mise en évidence d'une concentration intracellulaire de sodium plus élevée dans les populations hypertendues noires va dans le sens d'une sensibilité spécifique à la consommation de sel (10).

Dans ce contexte, l'approche des conditions environnementales, et surtout alimentaires, prend une importance particulière dans la prise en charge de l'HTA. Les autres facteurs favorisant l'HTA, sans être négligés, représentent une part probablement moins importante pour les populations rurales du Mali qui restent, à ce jour, moins concernées. C'est le cas par exemple pour la consommation d'alcool ou de tabac, même si les liens avec l'HTA ne sont pas nets pour ce dernier. C'est aussi le cas pour le surpoids ou le manque d'activité physique. En revanche, la faible consommation de potassium est un élément qui concerne ces patients de même que le diabète qui se développe rapidement, et dont l'épidémiologie est très liée à celle de l'HTA.

Si le mode de vie oppose les populations rurales et urbaines quant à la prévalence de l'HTA - l'épidémiologie des pays de ces régions étant marquée par la plus forte progression de cette maladie dans les villes où l'occidentalisation des modes de vie (15,16) se répand de manière brutale et plus anarchique - les campagnes ne sont pas épargnées. C'est pour cette raison que l'AMC a souhaité mettre d'ores et déjà l'accent sur cette pathologie. En effet, le caractère longtemps asymptomatique de l'HTA ainsi que la sous-médicalisation des campagnes expliquent le manque de dépistage et de prise en charge de cette maladie et la fréquence des complications en termes d'accidents vasculaires cérébraux (17) et d'insuffisance cardiaque ou rénale, ce qui contraste par ailleurs avec la rareté des complications coronariennes (18).

Mise en place d'un réseau opérationnel

La prise en charge de l'HTA en zone rurale comporte plusieurs impératifs : dépistage, traitement diététique et médicamenteux, recueil épidémiologique, prise en charge des facteurs de risque des complications éventuelles de l'HTA, suivi des patients, conseils prophylactiques dans les villages. Pour maîtriser cette approche globale, la formule d'un réseau coordonné de soins a été retenue.

Le RHYTM s'est formé avec six médecins généralistes volontaires des régions du sud-ouest du Mali (régions de Sikasso et Koutiala) recouvrant une population estimée à environ 80 000 personnes, l'un d'entre eux ayant été choisi comme « tête de réseau ». Ce mode de fonctionnement impose à tous, les mêmes procédures de prise en charge, et de se rencontrer régulièrement afin d'assurer le suivi et l'évaluation de leurs pratiques en coordination avec un médecin responsable de Santé Sud au Mali. Deux cardiologues, issus des CHU de Bamako et Marseille, assurent en binôme le pilotage scientifique de cette action.

La mise en place du réseau s'est déroulée en plusieurs étapes.

Le travail préparatoire des deux spécialistes

Il s'agissait d'élaborer une formation d'une trentaine d'heures concernant la prise en charge de l'HTA, en tenant compte des spécificités liées à la pratique de la médecine communautaire. Ce travail s'est effectué séparément puis a été coordonné sur place. Le caractère chronique de la pathologie a rendu nécessaire la conception d'un dossier médical de suivi des patients.

La visite des hôpitaux de la capitale a permis d'évaluer les possibilités techniques et humaines de prise en charge des pathologies cardiaques sévères.

Enfin, une rencontre avec le responsable de la chaire d'enseignement de cardiologie du Mali a été importante pour faire le lien entre la médecine de campagne et le CHU, ce qui a permis un accueil très favorable et un soutien universitaire.

La formation des médecins du réseau

Elle a concerné les 6 médecins du réseau ainsi que le médecin coordinateur de Santé Sud au Mali. Durant une semaine, tous les aspects épidémiologique, physiopathologique, diagnostique et thérapeutique de la prise en charge de l'hypertension arté-

rielle ont été abordés. Nous avons choisi de présenter des données générales basées sur les publications et recommandations internationales (19-22), et de n'envisager le cas particulier de la médecine de campagne au Mali que dans un deuxième temps. Une attention toute particulière a été apportée au diabète, à la grossesse et à l'insuffisance rénale. Des cas cliniques ont été présentés et discutés. Ils exposaient des situations classiques, mais aussi particulières ainsi que des pièges comme la cardiomyopathie (fréquente dans cette région), l'insuffisance aortique ou l'HTA secondaire à l'utilisation de lotions cutanées à base de corticoïdes.

Toutes les sessions ont fait l'objet d'une évaluation des connaissances, avant l'enseignement et en fin de formation. Celle-ci a montré une progression très significative des bonnes réponses (63% en post-test versus 38% en pré-test). Cette formation a été complétée par une séance pratique de méthodologie de prise tensionnelle. La dernière journée a été consacrée :

- d'une part, à l'élaboration d'un protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique, diététique et médicamenteuse, adapté aux contraintes du terrain de la médecine de campagne, et aux possibilités des populations ciblées ;

- d'autre part, à l'élaboration d'une fiche de recueil d'informations permettant la constitution d'un dossier médical pour la prise en charge de cette maladie chronique, ainsi qu'à l'élaboration d'une méthodologie de suivi et d'évaluation de cette action-recherche.

Les deux documents ont été adaptés et validés par l'équipe universitaire de Bamako.

Tous les documents de la formation ont été mis en ligne sur Internet (documents disponibles sur le site <http://www.clubcardiosport.com/>) afin d'en faciliter la diffusion.

Enfin, tous les médecins du réseau ont suivi une formation d'une semaine à l'IOTA de Bamako pour l'apprentissage de la pratique du fond d'œil dans le cadre de la rétinopathie hypertensive ou diabétique.

A la fin de la formation, les médecins ont été équipés d'un tensiomètre, d'un ophtalmoscope, d'un appareil de mesure de la glycémie capillaire et de bandelettes réactives par l'ONG Santé Sud. Chacun a pu quitter Bamako avec un exemplaire complet des documents de la formation, les principaux documents de référence ainsi qu'une centaine d'exemplaires de dossiers.

Le protocole de prise en charge

Le protocole mis en place s'est attaché à tenir compte des normes internationales, mais en les adaptant aux conditions du ter-

rain. Les objectifs thérapeutiques ont été volontairement modestes dans un premier temps et seront révisés en fonction des résultats et des difficultés rencontrées. Ce protocole est aussi conçu pour être compatible avec le mode de fonctionnement en réseau avec, entre autres, l'acceptation d'une rédaction d'un dossier commun de suivi des patients de façon à homogénéiser les procédures, et à faciliter son exploitation informatique.

La prise tensionnelle est devenue un geste systématique pour la prise en charge de tout nouvel adulte et, au moindre doute, en cas de symptomatologie évocatrice chez un patient déjà connu. Des causeries d'information concernant l'HTA - et surtout les facteurs diététiques - sont organisées dans les villages avec la participation des notables. Des informations similaires sont proposées dans les écoles ou à l'occasion des campagnes de vaccination.

La prise en charge thérapeutique elle-même privilégie toujours les mesures hygiéno-diététiques. Celles-ci sont mises en avant car elles n'engendrent aucune dépense supplémentaire et peuvent être un facteur d'échec du traitement médicamenteux si elles ne sont pas suivies, d'autant qu'elles représentent par ailleurs la seule prophylaxie de l'HTA. Il est prévu d'insister sur la charge sodée, en particulier sur les «cubes» de préparation lyophilisée utilisés pour les sauces. Le principe du régime «m-salé» (supprimer le sel d'un repas sur deux) a été abandonné au profit du régime constamment appauvri en sel afin d'obtenir une dose quotidienne inférieure à 6 g. Des moyens pratiques sont donnés pour quantifier la quantité de sel, y compris en utilisant les préparations lyophilisées. La redécouverte d'une alimentation traditionnelle est encouragée, en l'adaptant aux nouveaux modes de vie.

Enfin, la prise en charge d'un patient commence par le dépistage systématique d'un état de déshydratation. En effet, une déshydratation avec perte de sel peut être responsable d'une hypertension, éventuellement sévère, par activation du système rénine-angiotensine. La prescription d'un régime hyposodé, a fortiori d'un traitement diurétique, pourrait alors entraîner des conséquences graves pour le patient. La mise en place d'un traitement, quel qu'il soit, ne débute donc qu'après la rééquilibration d'un désordre hydro-électrolytique pouvant être la cause de l'HTA.

Trois niveaux d'intervention ont été choisis :

- L'HTA légère : TA Systolique = 140 à 160 et/ou TA Diastolique = 90 à 100 mm/Hg.

La décision thérapeutique n'intervient

qu'après au moins deux consultations confirmant ces chiffres. Sont alors réalisés les dépistages suivants : signes cliniques d'insuffisance cardiaque, diabète (glycémie capillaire : 1,3 g/l si le sujet est à jeun ou 2 g/l par ailleurs, et glycosurie), protéinurie (bandelette urinaire).

- Si ces facteurs de gravité sont retrouvés, le traitement médicamenteux est alors envisagé dans la mesure du possible par l'association d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) et d'un diurétique thiazidique, sinon par le diurétique seul. Le traitement est prescrit à demi-dose et sera passé à dose pleine si besoin. Un contrôle du ionogramme sanguin et de la créatininémie est réalisé une dizaine de jours plus tard si cela est possible. L'objectif thérapeutique est fixé à 130/80 mm/Hg. Si le traitement précédent est insuffisant, on associe un anticalcique ou un anti-hypertenseur central.

- Dans les autres cas, seules les mesures hygiéno-diététiques sont proposées et le patient doit continuer à être suivi. Cette attitude, contraire aux recommandations internationales, a été choisie ici en raison des conséquences économiques contraignantes de la mise en place d'un traitement. Les autres facteurs de risque ou un éventuel diabète doivent être pris en charge.

- L'HTA modérée : TA Systolique = 160 à 180 et/ou TA Diastolique = 100 à 110 mm/Hg.

En dehors de l'urgence hypertensive associant une souffrance viscérale aiguë, les conditions de prise en charge initiale restent inchangées. Au bilan précédent, on associe dans la mesure du possible le dosage de la créatininémie et la réalisation d'un fond d'œil. Ce dernier est pratiqué sur place par le médecin généraliste. Les mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge des facteurs de risque ou d'un diabète sont discutées.

- En cas de diabète, de protéinurie ou d'insuffisance cardiaque, un traitement anti-hypertenseur est initié d'emblée.

- En l'absence de diabète ou de retentissement viscéral, le patient est reconvoqué à un mois après application des mesures hygiéno-diététiques, et le traitement médicamenteux par thiazidique est alors entrepris si nécessaire. Chez un jeune on peut envisager un β -bloquant. L'objectif thérapeutique est fixé à 140/90 mm/Hg et le traitement initié à demi-dose. En cas d'inefficacité, on associe un IEC ou un anticalcique.

- L'HTA sévère : TA Systolique > 180 et/ou TA Diastolique > 110 mm/Hg.

L'attitude est identique, mais on s'efforce d'obtenir un bilan biologique initial. De même, le traitement médicamenteux doit intervenir dans la semaine ou immé-

diatement en cas de retentissement viscéral. Le suivi du patient doit être rapproché dans les premières semaines.

- La femme enceinte : on différencie l'HTA gravidique apparue au-delà de la 20^e semaine d'aménorrhée. Le régime pauvre en sel est contre-indiqué et on privilégie un anti-hypertenseur central. L'objectif thérapeutique est moins exigeant : 140 à 160 mm/Hg et 90-100 mm/Hg. En cas d'HTA préexistante, le traitement en cours est maintenu. Si celui-ci est contre-indiqué pendant la grossesse (IEC) il est alors remplacé par un anti-hypertenseur central. De même, pendant l'allaitement, on privilégie cette classe thérapeutique.

- La personne âgée de plus de 50 ans : l'objectif thérapeutique est moins strict (150/90 mm/Hg) et l'on préfère un anticalcique en première intention.

- Le suivi du patient : il est proposé tous les trois mois en l'absence de traitement médicamenteux. Sinon tous les mois tant que l'HTA n'est pas stabilisée, puis tous les six mois.

Ce protocole de prise en charge se rapproche par de nombreux points des recommandations retenues pour les zones d'Afrique sub-saharienne (23,24), alors qu'elles n'étaient pas encore connues lors de son élaboration.

Tous les éléments sont consignés dans un dossier initial, puis dans un dossier de suivi (Fig. 1 et 2). Ces dossiers font l'objet d'une évaluation lors de chaque visite de suivi effectuée tous les trois mois par l'un des coordinateurs. Toutes ces informations font l'objet d'une étude clinique et épidémiologique, actuellement en cours, et seront publiées ultérieurement. Les premiers résultats sont cependant particulièrement encourageants pour les 200 premiers patients puisque les niveaux moyens des chiffres tensionnels sont passés de 178 (\pm 25) / 106 (\pm 16) mm/Hg à 153 (\pm 18) / 93 (\pm 12) mm/Hg après quelques semaines de traitement.

La mise en place du protocole sur le terrain a été suivie par les médecins spécialistes et les coordinateurs qui se sont rendus dans les villages et, lors de consultations tout-venant, ont adapté les procédures au cas particulier de chaque centre (mode d'information, de prescription, aspects logistiques...). Ils ont aussi rencontré les responsables de chaque Association de Santé Communautaire afin de présenter cette action aux responsables villageois.

Les difficultés rencontrées et les solutions possibles

Les obstacles à la mise en place et à la pérennisation d'un tel travail sont nombreux. Nous allons brièvement les évoquer

DOSSIER HTA

Prénom : _____ NOM : _____ Sexe : M / F
 Age : _____ ou : **Enfant** 15 – 25 25 – 50 > 50
 Village : _____ Profession / Activité : _____
 DATE : _____ Motif de consultation : _____

Histoire de la maladie :

Antécédents :

Médicaux			
Ictère	OUI	NON	INCONNU
Chirurgicaux			
Obstétricaux	G	V	
HTA pdt grossesse	OUI	NON	INCONNU
Familiaux			
HTA	OUI	NON	INCONNU
Diabète	OUI	NON	INCONNU
AVC	OUI	NON	INCONNU

Facteurs de risque :

HTA	OUI	NON	INCONNU
Tabac	OUI	NON	INCONNU
Diabète	OUI	NON	INCONNU
Poids : _____ Kg			
Taille : _____ m			
Ménopause :	OUI	NON	Pré-ménopause

Traitement en cours :
 Ce traitement a-t-il été modifié récemment ?

Signes fonctionnels

Dyspnée	OUI	NON	Céphalées	OUI	NON	Acouphènes	OUI	NON
Vertiges	OUI	NON						

Autres : _____

Signes physiques

Tension artérielle à Droite : _____ / _____ mmHg à Gauche : _____ / _____ mmHg
 Pouls : _____ /min REGULIER IRREGULIER

Déshydratation (Pli cutané (genou), sécheresse de la langue) OUI NON

Insuffisance cardiaque :

Souffle	OUI	NON	Galop	OUI	NON	Râles	OUI	NON
OMI	OUI	NON	Hépatom	OUI	NON	RefluxH	OUI	NON

Souffle périombilical OUI NON Souffle Carotidien, Fémoral :

Contact Lombaire OUI NON
 Si enfant : Palpation des pouls fémoraux

AUTRES :
 Signes d'anémie : OUI NON

Paraclinique

Bandelette urinaire : Protéinurie 0 + ++ +++ Glycosurie : OUI NON
 Glycémie Capillaire :

Si réalisé :

• Fond d'œil :	Normal	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
• Créatininémie :				Glycémie a jeun :	
• Ionogramme sanguin :	Na :	K :			
• NFS :					
• Ionogramme urinaire :	Na :	K :			

Traitement entrepris
 (Attention : si TRT par IEC, la patiente doit signaler toute grossesse)

Surveillance particulière

Figure 1 - Dossier médical initial.

en trois paragraphes : socioculturels, économiques et logistiques.

• Socioculturels : ils émanent à la fois des patients et des médecins (25). En effet,

la culture médicale est, en Afrique subsaharienne, logiquement très ancrée sur la prise en charge des pathologies aiguës. L'urgence des situations sanitaires a privi-

légié cette approche indispensable, et les notions de suivi, de traitement au long cours ou de dossier médical ne font pas partie des pratiques habituelles des médecins de

Prénom	NOM					N° dossier
DATE	TA	TRT interrompu		Changement TRT		Observations
		OUI	NON	OUI	NON	

Figure 2 - Dossier de suivi.

campagne. Cependant, cette approche a bénéficié de la présence de quelques médecins volontaires, particulièrement motivés pour ce travail. Leurs bonnes connaissances initiales dans de nombreux domaines de cette pathologie chronique, de même que leur grande expérience de la médecine générale communautaire ont permis d'avancer rapidement dans la logique de cette action-recherche et d'adapter la mise en place du protocole aux réalités de terrain.

Par ailleurs, de façon similaire, les populations sont habituées à des traitements symptomatiques au bénéfice thérapeutique immédiat. Le caractère souvent asymptomatique de l'HTA et la déconnexion totale entre la réelle contrainte d'un traitement et son éventuel bénéfice ne correspondent pas à l'image de la pratique médicale. Dans ce contexte, seule une bonne relation médecin-patient peut laisser espérer une adhésion au traitement. Cependant, les complications de l'HTA commencent à être connues et sévèrement ressenties au sein des familles, ce qui explique une sensibilisation de plus en plus grande à ce type de pathologie.

Un point reste particulièrement important : le régime alimentaire, en particulier vis-à-vis du sel. Traditionnellement, le sel représente la force, la santé, la vie, et la prescription d'un régime désodé est lourdement ressentie d'autant plus que les repas sont partagés par toute la famille. Ceux-ci sont le plus souvent composés de riz assaisonné de préparations très salées qui ont détruit les bases de l'alimentation traditionnelle. Ces préparations industrielles sont d'utilisation pratique et représentent des « marqueurs de progrès », soutenus par une promotion omniprésente jusque dans les villages les plus retirés. De plus, la carence iodée, sévère dans ces régions, a fait l'objet d'une action de santé publique en faveur du sel iodé, ce qui a renforcé l'image positive du sel. Devant ces nouveaux compor-

tements, c'est au médecin, mais aussi à la communauté villageoise, de s'emparer du problème, et peut-être d'envisager la réhabilitation de condiments plus traditionnels et bénéfiques comme le soubala, préparation issue de la graine du néré, arbre très répandu dans ces régions. Le rôle des associations sera primordial dans ce domaine.

- Economiques : il s'agit, bien entendu, d'obstacles majeurs. Comment investir une somme importante dans un traitement quotidien qui n'apporte aucun bénéfice immédiat, alors que les autres priorités sont cruellement ressenties ? Actuellement, le coût mensuel du traitement évolue entre 500 CFA pour un simple diurétique et plus de 3000 CFA pour un traitement plus complexe. De plus, l'organisation économique traditionnelle, très centralisée, laisse peu d'indépendance à chaque membre de la famille, ce qui représente une difficulté supplémentaire. Les solutions passent par la possibilité d'accéder à des molécules peu onéreuses, et aussi par l'organisation de prises en charge sociales faisant appel à des systèmes mutualisés ou forfaitisés comme cela est en train d'apparaître dans des communautés qui s'organisent de plus en plus. Là encore, le rôle des associations reste majeur. Leur action, conjuguée à celle des médecins et des pouvoirs publics, permettra peu à peu d'atténuer ces difficultés. Mais il est important que l'HTA soit dorénavant perçue comme une priorité de santé publique.

- Logistiques : le manque de diagnostic et de traitement amène souvent l'évolution de l'HTA au stade de complications graves et irréversibles. Il faut renforcer le dépistage de l'HTA, et c'est l'un des objectifs du RHYTM, mais aussi le diagnostic infra-clinique des complications. La mise à disposition de bandelettes diagnostiques est un élément simple et efficace, de même que la formation au fond d'œil qui représente un atout non négligeable tant sur le plan dia-

gnostique que relationnel avec les patients. Il est vraisemblable que la qualité clinique et paraclinique de la consultation améliorera l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Néanmoins, la réalisation d'un bilan biologique, aussi simple soit-il, représente un obstacle difficile à surmonter en raison de l'éloignement des laboratoires d'analyse et des difficultés de transport des prélèvements, sans parler de leur coût. Deux laboratoires, à Koutiala et Sikasso, sont prêts à participer à ce travail en réseau, mais les transports des prélèvements ne peuvent être résolus qu'au cas par cas, ce qui explique la rareté des dosages réalisés.

La disponibilité des molécules n'est pas encore acquise pour tous les centres, en particulier pour ce qui concerne l'hydrochlorothiazide qui est la base du traitement. Cependant, l'association avec la réserpine, très diffusée et peu coûteuse, rend actuellement de grands services. Nous préconisons l'abandon des diurétiques de l'anse, seules molécules disponibles et utilisées jusqu'à présent (le furosémide en particulier). Nous espérons que ces insuffisances pourront être rapidement surmontées et que les récentes recommandations régionales (23, 24) pourront aider les pouvoirs publics dans le choix des molécules disponibles.

Enfin, la prise en charge de cas sévères et compliqués relève, bien sûr, d'une hospitalisation qui ne peut être envisagée que lorsqu'elle est réalisable sur le plan pratique et financier. A cet égard, tout le travail effectué en amont par le réseau a l'avantage de sélectionner les patients relevant réellement d'une hospitalisation, progrès incontestable pour la bonne organisation des soins en permettant de limiter la référence aux seuls cas qui le justifient.

Conclusion

L'HTA devient une préoccupation quotidienne pour les médecins de campagne du Mali. Sa prise en charge bouleverse non seulement la pratique médicale actuelle, orientée vers les pathologies aiguës, mais aussi les habitudes de la société avec l'apparition d'un traitement de longue durée et de ses conséquences sur le mode de vie. Dans le contexte d'isolement des villages, un tel enjeu ne peut être

abordé que par des médecins généralistes formés à la médecine de première ligne. Eux seuls sont susceptibles de réunir les conditions de prise en charge d'une maladie chronique, d'en assurer la prévention et d'éviter ainsi des évacuations coûteuses pour les familles. L'information et le soutien actif des associations communautaires nous apparaissent également indispensables pour appréhender une situation aussi complexe. Cette expérience de réseau

consacré à l'HTA est une solution proposée par Santé Sud et l'Association des Médecins de Campagne du Mali pour tenter de dépasser les difficultés multiples que nous avons décrites. Elle est amenée à se développer vers d'autres régions du pays. La diffusion de ces informations nous semble utile pour envisager l'avenir d'une pathologie qui prendra de plus en plus d'importance dans toutes les régions de l'Afrique sub-saharienne ■

Remerciements • Ce projet a été réalisé sous l'égide de l'ONG Santé Sud, 200 boulevard National, le Gyptis, Bmt N, 13003 Marseille <santesud@wanadoo.fr> et soutenu par l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Nous tenons particulièrement à remercier : le Pr Mamadou Koréïssi Touré, Chef de Service de Cardiologie, Hôpital du Point G, Bamako, Mali et les Docteurs Drissa Konaté, Moussa Sogoba, Mansour Sy, Dramane Traoré et Zakarias Traoré, acteurs du RHYTM.

RÉFÉRENCES

- 1 - DONNISON CP - Blood pressure in the African native: its bearing upon the aetiology of hyperpiesia and arterial sclerosis. *Lancet* 1929; **1** : 6-7.
- 2 - VINT FW - Post-mortem findings in the natives of Kenya. *East Afr Med J* 1936; **13** : 332
- 3 - AKINKUGBE OO - Epidémiologie : historique et situation actuelle en Afrique. Dans Hypertension artérielle des populations originaires d'Afrique Noire. Sous la direction de Bertrand E. Pradel ed, Paris, 1995, pp 1-7.
- 4 - NISSINEN A, BOTHIG S, GRANROTH H, LOPEZ AD *et Coll* - Hypertension in developing countries. *World Health Stat Q* 1988; **41** : 141-54.
- 5 - NIMAGA K, DESPLATS D, DOUMBO O, FARNARIER G *et Coll* - Treatment with phenobarbital and monitoring of epileptic patients in rural Mali. *Bull World Health Organ* 2002; **80** : 532-7.
- 6 - DESPLATS D, KONE Y, RAZAKARISON C - Pour une médecine générale communautaire en première ligne. *Med Trop* 2004; **64** : 539-44.
- 7 - DOUGLAS JG, BAKRIS GL, EPSTEIN M *et Coll* - Management of high blood pressure in African Americans: consensus statement of the Hypertension in African Americans Working Group of the International Society on Hypertension in Blacks. *Arch Intern Med* 2003; **163** : 525-41.
- 8 - CARVALHO JJ, BARUZZI RG, HOWARD PF *et Coll* - Blood pressure in four remote populations in the INTERSALT Study. *Hypertension* 1989; **14** : 238-46.
- 9 - POULTER N, KHAW KT, HOPWOOD BE *et Coll* - Blood pressure and its correlates in an African tribe in urban and rural environments. *J Epidemiol Community Health* 1984; **38** : 181-5.
- 10 - POULTER N, KHAW KT, HOPWOOD BE *et Coll* - Salt and blood pressure in various populations. *J Cardiovasc Pharmacol* 1984; **6 Suppl 1** : S197-203.
- 11 - ROSE G, STAMLER J - The INTERSALT study: background, methods and main results. INTERSALT Co-operative Research Group. *J Hum Hypertens* 1989; **3** : 283-8.
- 12 - COMOE KC, SESS D, GUELAIN J - Etude de la tension artérielle en milieu urbain ivoirien. *Med Trop* 1993; **53** : 173-9.
- 13 - SHAPER AG, WRIGHT DH, KYOBE J - Blood pressure and body build in three nomadic tribes of northern Kenya. *East Afr Med J* 1969; **46** : 273-81.
- 14 - TRUSWELL AS, KENNELLY BM, HANSEN JD, LEE RB - Blood pressures of Kung bushmen in Northern Botswana. *Am Heart J* 1972; **84** : 5-12.
- 15 - POULTER NR - Influence des modes de vie ruraux et urbains sur la prévalence de l'hypertension artérielle. Dans Hypertension artérielle des populations originaires d'Afrique Noire. Sous la direction de Bertrand E. Pradel ed, Paris, 1995, pp 26-36.
- 16 - OPIE LH, SEEDAT YK. Hypertension in sub-saharan african populations. *Circulation* 2005; **112** : 3562-68.
- 17 - ZABSONRE P, YAMEOGO A, MILLOGO A *et Coll* - Facteurs de risque et de gravité des accidents vasculaires cérébraux chez le noir africain du Burkina Faso. *Med Trop* 1997; **57** : 147-52.
- 18 - SEEDAT YK - Hypertension in black South Africans. *J Hum Hypertens* 1999; **13** : 97-103.
- 19 - WHO/ISH. 2003 World Health Organization/International Society of Hypertension Statement on Management of Hypertension. *J Hypertens* 2003; **21** : 1983-92.
- 20 - CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR *et Coll* - The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; **289** : 2560-72.
- 21 - ESH/ESC. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; **21** : 1011-53.
- 22 - O'BRIEN E, ASMAR R, BEILIN L *et Coll* - European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003; **21** : 821-48.
- 23 - LEMOGUOM D, SEEDAT YK, MABADEJE AF *et Coll* - Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *J Hypertens* 2003; **21** : 1993-2000.
- 24 - SEEDAT YK. Recommendations for hypertension in sub-Saharan Africa. *Cardiovasc J S Afr* 2004; **15** : 157-8.
- 25 - ZABSONRE P, SANOU G, AVANZINI F, TOGNONI G - Connaissance et perception des facteurs de risque cardio-vasculaires en Afrique sub-saharienne. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2002; **95** : 23-8.