



SANTÉSUD
| GROUPE SOS |



F.A.E.T.
Fondation d'Aide à l'Enfance et au Tiers-Monde
GENÈVE

Rapport Final

Capitalisation des Expériences :

**La médicalisation des zones rurales à travers
La promotion des Médecins Généralistes
Communautaires au Bénin, en Guinée et au
Mali**

**Un programme mis en œuvre par SANTE SUD et ses partenaires
nationaux,
Une capitalisation réalisée sous la coordination d'Intermondes-
Belgique.**



**Marc Totté
Marius R. Nkounawa**

Juillet 2022

Inter-Mondes Belgique – IMB
29 Chaussée de Ixelles Bte 9, 1030 Bruxelles
+32(0)491 22 32 42

contact@inter-mondes.org
www.inter-mondes.org

N° TVA : BE0 473.920.719 - IBAN : BE38-7775 9577 3672 - BIC : GKCCBEBB

TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	2
LISTE DES ACRONYMES	4
Avant-propos pour le lecteur	5
1. Introduction	6
2. Cadrages	7
2.1. Histoire de la MGC et des enjeux généraux de capitalisation	7
2.2. Le programme sous capitalisation	10
2.3. La démarche méthodologique proposée et sa faisabilité concrète	11
• Les étapes de la capitalisation	12
• Les grandes étapes de la formation à la capitalisation	13
• Les dispositifs d’encadrement	13
2.4. Contexte particulier des pays et de leurs acteurs	14
2.5. Ce qu’est capitaliser	16
Les objets	17
Les cibles.....	17
3. Les Constats : Une médicalisation partout bien engagée	18
3.1. L’installation : une grande diversité de situations, dans le temps, l’espace et selon les opportunités d’appui	19
• Les grandes étapes de l’installation	19
• La formation préalable.....	20
• L’étude de faisabilité.....	25
• L’installation matérielle.....	27
• Les principaux enseignements à tirer et approfondir sur « L’installation ».....	31
3.2. L’accompagnement.....	33
• Sur la nécessité d’un accompagnement lors de la prise de décision de s’engager.....	33
• Au-delà de l’installation	35
• L’accompagnement organisationnel et institutionnel d’associations de MGC	37
• Les principaux enseignements à tirer et approfondir sur « l’accompagnement »	41
3.3. Le rapport à la communauté.....	43
• Les premiers contacts avec la population	43
• La construction et le maintien des liens avec la communauté.....	45
• Les difficultés rencontrées	49
• Le personnel du Centre : une interface importante dans la relation MGC - Communauté	51
• Le MGC acteur de développement pour la communauté ?	52
• Les principaux enseignements à tirer sur le rapport à la communauté	57
3.4. L’institutionnalisation	59
• Les premières formes d’institutionnalisation.....	59
• L’ancrage et la reconnaissance progressive du secteur privé	64
• Les développements récents.....	65
• Les perspectives à plus long terme	67
3.5 Le Genre	70

•	Introduction	70
•	L'accès aux soins	70
•	L'accès à la profession.....	74
•	Le cas particulier de la Guinée ?	76
•	Les principaux enseignements à tirer et approfondir sur le GENRE	77
4.	<i>Comment bien tirer tous les enseignements du processus.....</i>	80
4.1	Remise en perspective des enjeux de financement de la Santé en milieu rural	80
4.2	Tentative de modélisation systémique des interactions du MGC avec son milieu.....	83
4.3	L'intérêt pour une politique de financement d'une santé de qualité pour tous	86

LISTE DES ACRONYMES

- AFD** : Agence Française de Développement
- AGR** : Activité Génératrice de Revenus
- AIMS** : Centre d'études et d'Appui technique aux Institutions de Micro-assurance Santé – ONG béninoise, partenaire opérationnel de mise en œuvre de la convention programme
- AMC-Mali** : Association des Médecins de Campagne du Mali - association professionnelle bénéficiaire de la convention programme
- AMGCB** : Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin - association professionnelle, bénéficiaire des actions de la convention programme, devenue AMCB en 2022.
- AMI** : Appel à Manifestation d'Intérêt
- ASACO** : Association de Santé Communautaire (Mali)
- ASP-PSM** : Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali - association professionnelle partenaire opérationnel de mise en œuvre et bénéficiaire des actions de la convention programme
- CAMES** : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
- COMEC-GUI** : Collège des Médecins Généralistes Communautaires de Guinée - association professionnelle bénéficiaire des actions de la convention programme
- CSCom** : Centres de Santé Communautaires au Mali
- CMC** : Cabinet médical communautaire
- CSU** : Couverture Santé Universelle
- FMG** : Fraternité Médicale Guinée – ONG partenaire opérationnel de mise en œuvre de la convention programme
- FAET** : Fondation d'Aide à l'Enfance et au Tiers-Monde
- FENASCOM** : Fédération Nationale des Centres de Santé Communautaires (Mali)
- IEC** : Information – Education -Communication
- MGC** : Médecins Généralistes Communautaires
- MZR** : Médicalisation des Zones Rurales
- NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non-Gouvernementale
- OOAS** : Organisation Ouest Africaine de la Santé
- OSC** : Organisations de la Société Civile
- PSSP** : Plateforme du Secteur Sanitaire Privé - association professionnelle béninoise partenaire de mise en œuvre de certaines activités et bénéficiaire des actions de la convention programme
- R-A** : Relais-Accompagnateur
- REB** : Réseau Epilepsie Bénin
- RMS** : Réfèrent – Maitre de Stage - Médecin formé au compagnonnage des MGC
- TdR** : Termes de Référence

AVANT-PROPOS POUR LE LECTEUR

Ce document est le fruit d'une capitalisation un peu particulière qui, en interviewant les acteurs – notamment avec une caméra - prend le parti de partir le plus possible de la parole des premiers concernés : les Médecins Généralistes Communautaires.

Ce travail s'apparente à une démarche un peu ethnologique et conduit à chercher à restituer toute la richesse et la diversité des propos récoltés dans les trois pays. À commencer par le Mali généralement, précurseur de la démarche.

Afin que cela ne soit pas trop fastidieux à lire, nous avons prévu quelques modalités en marge du texte :

- Des encarts rouges pour dégager les enseignements les plus intéressants : soit parce qu'ils donnent à voir une réalité parfois méconnue, soit parce qu'ils offrent des pistes pour l'amélioration de l'accompagnement de la démarche.
- Des encarts jaunes pour documenter ce qui était prévu au départ, et ainsi permettre une comparaison entre ce qui est dit et ce qui était prévu.
- Enfin certains encarts verts fournissent des informations plus générales afin de mieux comprendre certains propos et remettre en perspective d'enjeux plus généraux.

Bien entendu, toutes les paroles n'ont pu être consignées. Il a fallu faire des choix.

À ce stade de la capitalisation, il n'est pas attendu que tous les MGC se reconnaissent dans les paroles ou les nombreux enseignements tirés. Ce que ce document devrait être en priorité, c'est avant tout un jalon pour faciliter le débat et la discussion.

Des produits plus consensuels sur ce qui est à tout prix à valoriser, à défendre, pays par pays, devraient faire l'objet d'autres travaux.

Le document a en tout cas été rédigé de manière à ce qu'on puisse y trouver une source importante d'informations, afin de convaincre les décideurs financiers et politiques de la toute grande importance d'une telle dynamique sur la santé et plus largement sur le développement des territoires où elle est présente.

Nous espérons que vous lirez cela avec autant de plaisir que nous en avons eu à collecter et restituer toute la richesse de cette dynamique impressionnante à bien des égards de Médicalisation des Zones Rurales.

Nous tenons à remercier particulièrement les partenaires techniques et financiers qui ont rendu possible la réalisation de cette étude de capitalisation, et notamment l'Agence Française de Développement, le F3E et la Fondation pour l'Aide à l'Enfance et au Tiers-Monde.

1. INTRODUCTION

Cette capitalisation, réalisée dans le cadre d'une convention programme sur la médicalisation des zones rurales en Afrique de l'Ouest, avait deux objectifs principaux :

- **Tirer les enseignements** des pratiques de la Médecine Générale Communautaire conduites par Santé Sud et ses partenaires dans 3 pays : Mali, Bénin, Guinée ;
- **Initier et mettre en place une démarche et des outils** permettant aux acteurs d'instituer les modalités de capitalisation dans la durée.

Une autre particularité résidait dans la commande de **réaliser un film** sur les actions menées. Arrivés presque au terme de ce processus, il nous apparaît que si les objectifs de production ont bien été effectués, ceux de transmission de toute la méthodologie de capitalisation ont été réalisés, mais restent à instituer à l'intérieur des organisations (c'est-à-dire à traduire en dispositifs, responsabilisation, moyens, espace-temps).

Le présent rapport tente d'exploiter l'essentiel de la richesse des enseignements, autant que des méthodes développées durant le processus pour capitaliser.

- Un *premier chapitre* propose un **cadrage de la thématique générale**, des contextes pays et de ce que capitaliser signifie. Il prend aussi le temps de bien expliquer la démarche suivie et ses éventuelles difficultés et limites.
- Le *deuxième chapitre* expose les enseignements en reprenant les 5 dimensions particulières proposées d'accompagnement à la MGC : **le processus d'installation, la formation et l'accompagnement, la relation à la communauté, l'institutionnalisation, le rapport au Genre**.
- Nous avons développé ensuite un *troisième chapitre* qui tente de décoller un peu des activités et contextes particuliers, pour investir des **enseignements plus généraux pour Santé Sud et le secteur de la santé**. Il apparaît en effet, à bien des égards, que la Médecine Générale Communautaire, participe à résoudre la difficile équation de « la santé de qualité pour tous ».

Ce rapport fait partie intégrante du processus d'échange et de partage des savoirs.

Dans l'esprit de la commande initiale, il est rédigé à la fois comme un guide à destination des opérateurs pour documenter le processus de capitalisation (chapitre « 2. Cadres »), et comme un documentaire sur les pratiques des acteurs de la médicalisation, à travers les témoignages (chapitres « 3. Constats »).

Un dernier chapitre à destination des uns et des autres, tente de tirer les principaux enseignements sur un plan plus général concernant les enjeux du financement de la Santé en milieu rural.

2. CADRAGES

Dans cette partie nous tentons de fournir un minimum d'éléments, afin de pouvoir entrer rapidement dans la problématique de cette capitalisation. Nous montrons notamment l'importance de l'antériorité du Mali dans ce processus, car c'est au Mali que tout a commencé.

2.1. Histoire de la MGC et des enjeux généraux de capitalisation

L'histoire de la **Médecine Générale Communautaire** est assez ancienne. Différentes capitalisations ou évaluations de Santé Sud en ont déjà jalonné le parcours.

L'expérience a commencé au Mali en 1989 ; elle s'est développée à Madagascar à partir de 1995, plus récemment en 2009 au Bénin, puis en Guinée à partir de 2014.

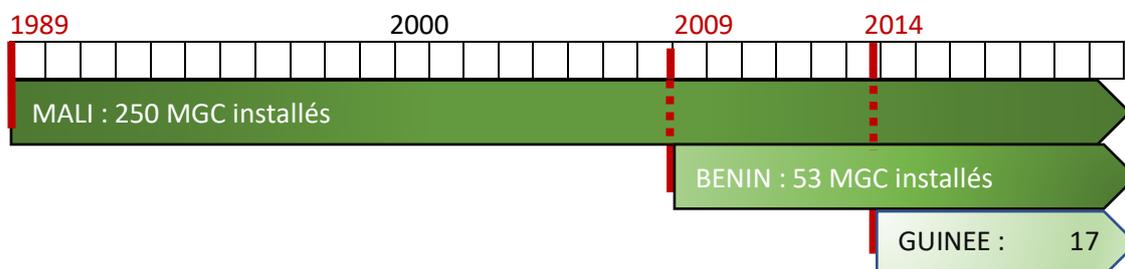
Aujourd'hui, près de 300 médecins généralistes communautaires (MGC), installés dans le cadre des programmes de Santé Sud, exercent leur métier dans ces différents pays auprès de populations rurales qui représentent environ 3 millions d'habitants.

Un engagement ancien sur la base d'un constat toujours plus pertinent

Depuis trente ans, Santé Sud soutient les jeunes médecins africains qui font le choix de s'installer en zones rurales. Cette initiative résulte d'un constat simple : *les médecins diplômés sont de plus en plus nombreux mais restent dans les zones urbaines souvent en situation précaire alors que la grande majorité des populations vit en milieu rural. De ce fait, les zones rurales où vit 60 à 80 % de la population selon les pays sont des déserts médicaux.* Cette disparité ville-campagne s'est considérablement aggravée à partir des années 1980, avec les mesures d'ajustement structurel imposées par les institutions financières internationales, pour réduire les déficits, budgétaires des Etats.

Plus de 20 ans après les débuts de cette expérience, la présente capitalisation tente de croiser les enseignements collectés dans trois des pays accompagnés par Santé Sud : le **Mali**, le **Bénin** et la **Guinée**.

Comme on le verra, chaque pays raconte une histoire un peu différente par rapport à cette dynamique, une histoire plus ou moins récente en fonction de l'ancienneté du processus d'installation :



Il faut rappeler que l'introduction des services médicaux modernes s'est faite dans une période (fin des années 1930-1950) « *de foi intense dans les progrès de la science médicale et de la technologie. L'hôpital était alors considéré comme le lieu par excellence de la bonne médecine curative, technique et souvent spécialisée* ». « *Si dans les faits, la médecine*

générale constituait la source la plus importante de soins médicaux modernes pour les populations occidentales, elle était de plus en plus discréditée au sein de la profession médicale. C'est ainsi que la médecine générale de premier échelon n'a pas été exportée vers les colonies. Les services médicaux créés de toute pièce et planifiés - alors qu'en Occident, ils étaient le résultat d'un long processus spontané - ont été construits selon les conceptions dominantes dans les métropoles : l'hôpital et les campagnes verticales centrées sur le contrôle d'un nombre restreint de maladies spécifiques. Cette particularité de l'histoire de la médecine dans le tiers monde a pour conséquence qu'il n'existe pas, dans la plupart des sociétés du tiers monde, une figure ancienne de bon médecin de famille, compréhensif et proche de ses patients, susceptible de faire l'objet d'une valorisation. Les guérisseurs traditionnels s'en rapprochent partiellement, mais la profession médicale et les services médicaux ont formé des assistants médicaux. La médecine générale est donc avant tout hospitalière dans les sociétés du tiers-monde et la médecine générale de premier échelon y constitue en quelque sorte une innovation. ... On attendait de la croissance du nombre de médecins que le surplus déborde sur le milieu rural. Or cette hypothèse ne s'est pas vérifiée ... ».

« On a souvent considéré à tort, qu'il suffisait de placer des médecins généralistes dans les centres de santé en remplacement des infirmiers pour améliorer la qualité des soins. On s'est ainsi dispensé de repenser les fonctions de ces médecins, tout comme l'adéquation de leur formation à ce nouveau rôle » (souligné par nous) (VAN DORMAEL 1995¹).

Depuis ces constats, près de trente ans sont passés. L'impact des programmes de médicalisation conduits par Santé Sud sur l'amélioration de la qualité et de la couverture géographique des prestations de soins a été reconnu par l'OMS² et, de manière variable mais récurrente, par les autorités des pays bénéficiaires.

Cependant, leur intégration dans le cadre de politiques de santé publique nationale reste encore relativement limitée. Dans un contexte où les États membres des Nations-Unies ont annoncé leur intention d'atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030, dans le cadre des Objectifs de Développement Durable, il s'agit de renforcer cette dynamique de médicalisation au niveau communautaire. Pour ce faire, l'une des stratégies appuyées par les partenaires techniques et financiers vise à renforcer l'offre de soins privés dans les systèmes de santé nationaux par des partenariats avec le secteur public.

C'est dans cette perspective que Santé Sud a lancé, fort de son expérience au Mali d'abord, puis à Madagascar, la convention-programme intitulée « **La médicalisation des zones rurales à travers la promotion des médecins généralistes communautaires au Bénin, en Guinée et au Mali** » (2019 - 2022). Ce projet d'une durée de 40,5 mois, financé à 60% par l'Agence Française de Développement (AFD) vise à promouvoir, mais aussi à tirer tous les enseignements de ce processus dans trois pays d'Afrique de l'Ouest, en profitant du recul dont Santé Sud et ses partenaires disposent, suite aux différentes phases de programmes qu'ils-elles ont pu mettre en œuvre.

¹ Van Dormael M. La médecine générale au premier échelon dans le Tiers-Monde. Ann. So. Belge Med. trop. 1005, 75, (suppl.1, 27-38)

² Rapport d'évaluation du programme d'appui à la médicalisation de aires de santé rurales au Mali, OMS 2010

Dans des contextes où la médicalisation* des zones rurales reste encore essentiellement limitée à des infirmiers et/ou agents communautaires, la question n'est pas seulement quantitative, mais aussi qualitative : comment accroître la **qualité** des soins à travers l'institutionnalisation d'une médicalisation (voire d'une 'médecinisation') un peu plus fondée sur son principal maître d'œuvre et concepteur : le médecin.

Ces expériences d'institutionnalisation de la médicalisation des zones rurales se déclinent très différemment selon les pays. D'abord, beaucoup de pays voient le médecin comme un « hospitalier » avant tout, la 1^{ère} ligne devant être « à priori » occupée par des paramédicaux. De plus, le statut privé du médecin est plus ou moins bien reconnu, plus ou moins bien intégré dans le système public.

De ce point de vue, les expériences accompagnées par Santé Sud apparaissent, comme on va le voir, particulièrement riches et porteuses d'enseignement sur les possibilités d'intégration des différents corps de métier (avec certaines limites), dans l'esprit de participer à la grande question de l'extension de la couverture de soins de qualité à un coût peu élevé et touchant la majeure partie de la population, jusqu'au plus indigents.

Pour poser l'enjeu général sous une forme plus directe et pédagogique, une des questions qui servira de fil conducteur dans ce rapport peut se formuler comme suit :

« Comment a-t-on pu favoriser une santé de qualité pour tous en valorisant la posture de médecin privé communautaire ? Et à quelles conditions ? ».

La médicalisation* : éléments de définition

Ce terme se réfère soit à la médecine et alors l'accent est mis sur l'art, les connaissances, les pratiques (ce qui sert à soigner ou à prévenir) ; soit à ce qui se rapporte au médecin, et alors l'accent est mis sur une catégorie particulière : le médecin (Comité National des Ressources Textuelles et Lexicales).

La définition reprise dans le cadre des interventions de Santé sud est la suivante, « La médicalisation est la prise en charge systématique de la santé des gens par des experts appartenant à la profession médicale » (Agora). Dans ce contexte, les infirmiers étant des paramédicaux exerçant des « métiers de soins » ne relèvent pas de la médicalisation.

« Comment a-t-on fait pour favoriser une santé de qualité pour tous, en favorisant la posture de médecin privé communautaire ? A quelles conditions ? »

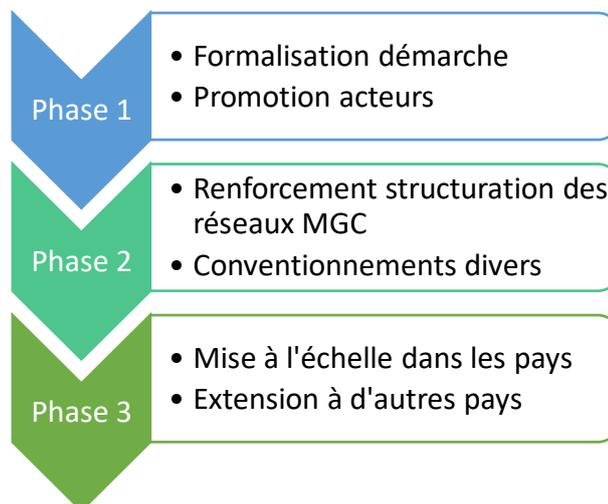
On verra au cours de ce travail, surtout dans le cas du Mali, combien cette participation des médecins privés a été importante dans le processus et a avancé loin dans les formes d'institutionnalisation possibles entre privé et public.

2.2 Le programme sous capitalisation

Le programme de « Médicalisation des zones rurales à travers la promotion des médecins généralistes communautaires au Bénin, en Guinée et au Mali » constitue la première phase renouvelable d'une nouvelle convention-programme, déployant une stratégie progressive de promotion et d'institutionnalisation des MGC.

La 1^{ère} phase concerne la formalisation et la promotion de dispositifs de médicalisation des zones rurales particuliers dans les trois pays, dans l'esprit et la démarche générale d'accompagnement.

→ La capitalisation doit notamment illustrer comment ce processus de médicalisation répond à une méthode structurée, articulée autour d'étapes essentielles, et tirer enseignement de chacune de ces étapes.



Outre l'appui à l'installation, l'équipement et le suivi formatif des médecins généralistes, le programme vise aussi à la **reconnaissance** du métier de Médecin Généraliste Communautaire par le **renforcement des organisations** de la société civile du secteur privé de la santé et de leur **partenariat** avec les institutions publiques.

Une phase suivante de la convention-programme visera à renforcer le processus d'institutionnalisation, en renforçant les capacités et la **structuration des professionnels** de soins du secteur privé et de leurs associations autour de référentiels reconnus, afin leur permettre de développer de façon autonome un **conventiionnement des structures de santé privées avec le secteur public** dans chacun des trois pays.

→ Cette phase permettra éventuellement de mettre à jour et compléter les livrables de la capitalisation et de les disséminer plus largement dans la sous-région.

Par la suite, il s'agira de permettre la **mise à échelle** des dispositifs de médicalisation dans les trois pays et leur **extension à d'autres pays** de la sous-région, selon le degré d'avancement du projet.

→ A ce niveau, on s'attend à ce qu'une capitalisation puisse se faire en continu, ici afin de tirer enseignements des façons de gérer les opportunités et contraintes d'une telle extension dans les partenariats.

Un des gros enjeux de la présente capitalisation consiste donc à mettre en place des dispositifs relativement pérennes de capitalisation sur l'ensemble de la convention-programme.

La convention programme vise en effet également à appuyer la validation de documents de référence (référentiel métier, curriculum de formation, certification des centres...) encadrant la profession de médecin généraliste communautaire, afin de faciliter l'inscription de ce processus de médicalisation des zones rurales dans les politiques publiques des pays d'intervention.

Les livrables de la capitalisation devront donc être mis à jour et complétés durant les différentes phases, tandis que leur dissémination sera à chaque fois effectuée plus largement dans la sous-région.

→ Tout ceci méritait donc la définition d'une méthode de capitalisation particulière, progressive, elle-même « institutive », en ce sens que la démarche vise à être portée de l'intérieur des organisations concernées.

Cette démarche est explicitée au point suivant.

2.3 La démarche méthodologique proposée et sa faisabilité concrète

Cette démarche a été proposée et discutée dans une note de cadrage au tout début du processus.

La figure ci-après résume les différents objectifs de capitalisation à long terme. Les trois objectifs centraux étant des objectifs à l'interne : d'encouragement des échanges et partages entre pays, d'institutionnalisation d'une dynamique interne de capitalisation ou de développement en interne de plaidoyers sur la question.

Ils sont encadrés par un objectif de valorisation plus externe de la méthodologie développée à travers une expérience déjà longue et diversifiée, et par un objectif de renforcement de l'intérêt de l'AFD pour le développement de la perspective de médicalisation des zones rurales, dans les années futures.



➤ Les enjeux de la capitalisation

La démarche proposait de **procéder par étapes** afin de progressivement créer les conditions d'une capitalisation plus continue et intégrée dans les activités des principales organisations. De plus, pour être conforme avec la demande de produire aussi des supports filmés, elle développait l'idée de permettre aux médecins de **témoigner par vidéo ou audio**, en enregistrant eux-mêmes leurs propres témoignages. Enfin elle se déclinait en « **plan de formation** ».

Les étapes de la capitalisation, la démarche de production de vidéo, ainsi que le plan de formation sont présentés rapidement ci-dessous, et plus en détail en annexe.

- LES ETAPES DE LA CAPITALISATION

Quatre étapes étaient prévues, comme le montre la figure ci-contre, toutes dans un esprit de co-construction :

A la première étape, il s'agissait de bien partager les enjeux et perspectives, ainsi que **les conditions pratiques** de l'exercice, en précisant les rôles et mandats de chaque acteur de l'exercice de capitalisation.

La deuxième – **la mise en œuvre** - visait à co-construire les modalités et la faisabilité pratique des formations à la capitalisation des expériences (en particulier les outils de collecte et d'analyse, les façons de rapporter). Des comités techniques devaient assurer à l'échelle de chaque pays le suivi de la mise en œuvre et l'étape suivante de partage.

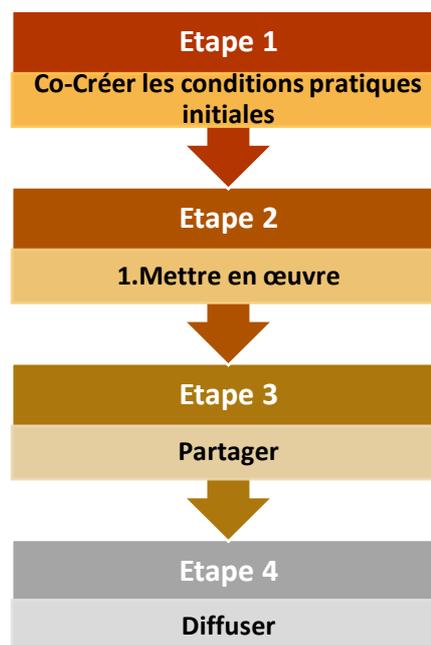
Cette troisième étape **de partage** reste encore à mieux instituer.

A ce stade, elle a permis de proposer des façons de restituer les enseignements (en fin de missions extérieures en particulier) et à créer des outils de partage (comptes WhatsApp³). Le présent livrable participe à synthétiser les enseignements en apprentissages plus généraux.

Reste enfin l'étape **de diffusion** qui ne pourra être développée qu'une fois les livrables produits. Elle visait à transformer en plaidoyer et en démarches institutionnelles les principaux enseignements tirés, portés par les principaux livrables produits.

Des formations ont été réalisés comme prévu, à la fois avant le processus, sur « la capitalisation et ses enjeux » et pendant, à travers l'accompagnement au travail d'investigation sur place par des personnes des comités techniques pays.

Il nous apparaît qu'il faudra envisager d'adapter, pays par pays, les façons de valoriser tout le travail réalisé, compte tenu des relations existantes entre organisations et pouvoirs publics. Les institutions à cibler, tout comme les modalités, seront définies un peu plus tard en cours de processus. Les TDR formulent déjà des propositions intéressantes qui seront bien entendu intégrées.



³ Qui en pratique ont peu été utilisés à ce stade

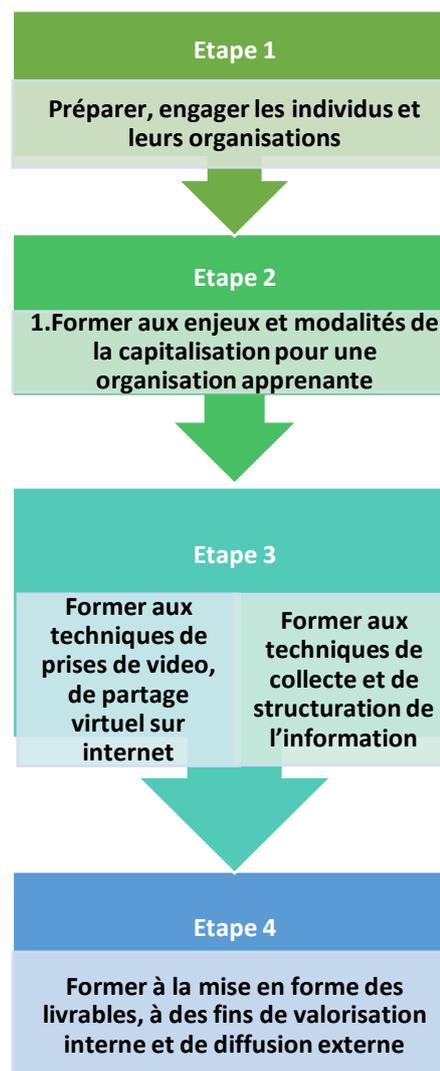
- **LES GRANDES ETAPES DE LA FORMATION A LA CAPITALISATION**

Bien qu'elles aient été formulées en étapes dans le temps, certaines ont été menées de manière plus simultanée.

La première étape procédait essentiellement par entretiens pour mieux comprendre le degré d'investissement et les enjeux locaux de la capitalisation du côté des organisations partenaires⁴.

Ensuite une formation de deux jours (fin septembre 2021) a été réalisée à Marseille avec les chargés de capitalisation de Santé Sud et autant que possible avec les relais dans les 3 pays (en partie en distanciel) sur les enjeux et modalités de capitalisation. Elle a été complétée par une journée de formation aux techniques de prise de vidéo. Ces formations ont été renforcées dans le cadre des activités de collecte et d'approfondissement de cas menés lors des missions de terrain⁵.

Une dernière formation concernant la mise en forme des livrables à des fins de valorisation interne et de diffusion externe est encore à réaliser. Il apparaît cependant plus pertinent qu'elle le soit dans une phase ultérieure, lorsque les produits auront été discutés dans les différents pays.



- **LES DISPOSITIFS D'ENCADREMENT**

Deux comités ont été mis en place dans chacun des pays⁶ :

- Le premier, le plus important, est le **Comité technique** qui doit accompagner le travail concrètement, à l'aide de relais-accompagnateurs (R-A) et de responsables des organisations partenaires (trois R-A par pays au moins) ;
- Le second est le **Comité élargi**, qui fonctionne plus comme une chambre de validation et de résonance à l'intérieur et vers l'extérieur. Il comprend le comité technique, qui en constitue donc le cœur en quelque sorte, auquel s'ajoutent des responsables des organisations partenaires de Santé Sud, et lorsque c'est utile et pertinent, des professeurs d'université, des responsables de collectivités locales ou de services de l'Etat.

⁴ Un questionnaire « go - no go » a été envoyé aux médecins pour permettre de s'assurer leur participation, et en même temps de préciser sur quels thèmes et éventuellement quelles tâches particulières

⁵ Il s'agit ici de former à des méthodes d'entretiens un peu plus pointues, permettant de dépasser les réponses un peu générales ou de convenance, pour accéder à des dimensions plus souterraines des questions (notamment sur les questions de genre, ou sur les rapports entre médecins et certaines catégories de la communauté (autorités religieuses, femmes, jeunes).

⁶ A ce stade, en pratique un seul comité a réellement été mobilisé et surtout par du personnel expatrié de Santé Sud.

Alors que le premier comité a surtout un rôle décisionnel et de suivi-organisation, le second est à voir comme une chambre de validation et de valorisation des livrables. Tous les deux sont en appui aux MGC, l'un pour aider à produire les matériaux de capitalisation, le second pour orienter les meilleures façons de les valoriser.

S'agissant des formations, il était prévu que le comité technique pays assure la transmission des formations aux MGC (outre l'information concernant les formations et toutes les phases de production) et que le comité élargi apporte le cas échéant, des enrichissements aux produits de la formation. Cela a en grande partie eu lieu au moment des restitutions des premières missions de collecte-formation.

A une échelle plus générale, un comité de pilotage composé de personnes du F3E, de Santé Sud et d'Inter-Mondes ferme la boucle.

2.4 Contexte particulier des pays et de leurs acteurs

Chaque pays a comme on l'a vu une histoire différente par rapport au processus de Médicalisation des Zones Rurales. Et, à tout seigneur tout honneur, nous commencerons par le Mali !

Au Mali cette histoire est ancienne (1989) et en est au stade où les organisations de médecins communautaires sont diverses (voir encadré), bien structurées, et bien intégrées dans différentes instances nationales : des conseils et comités de pilotage de programmes de santé à l'échelle nationale. La couverture de ces OSC à l'échelle nationale est forte et concerne presque toutes les régions du Mali (plus de 250 MGC installés). L'institutionnalisation est riche et diversifiée, en termes de nombre et de qualité des partenariats public-privé, privé-privé, ... bien qu'encore incomplète. Il faut noter dans ce pays, une présence forte et soutenue de CSCOM qui, sous l'égide de leur ASACO⁷, modifie le rapport entre le médecin et la communauté, contrairement à d'autres dispositifs où le MGC est totalement autonome dans la gestion du Centre de Santé.

Les acteurs au Mali

ASP-PSM : Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali (partenaire du programme). Date de 2014
AMC-Mali : Association des Médecins de Campagne du Mali (partenaire du programme (±250 MGC)) ; date de 1993
CSCOM : Centre de Santé Communautaire (pas partenaire)
Santé Sud Mali : partenaire et coordinateur du programme pour le Mali
DRS : La Direction Régionale de la Santé
La faculté de médecine
Le Ministère de la Santé et d'Odontostomatologie

L'enjeu aujourd'hui au Mali, au-delà de la dynamique portée par les MGC, qui vise à faire reconnaître et valoriser le métier de MGC à travers un diplôme spécifique - au même titre que n'importe quelle spécialité médicale -, est aussi le conventionnement avec le secteur public, la labellisation/certification des structures de soin...etc. Bien des modalités qui apparaissent déjà bien avancées dans les discussions.

⁷ Ces associations sont formées par des représentants des villages, qui ont pour rôle de gérer le centre et d'impliquer les communautés.

Au Bénin, où l'histoire commence vingt ans plus tard (2009), on observe des changements importants au niveau politique dans le pays, particulièrement dans les trois dernières années du programme en cours. Le secteur de la santé en particulier est l'objet d'une actualisation des lois qui touche le droit d'exercer et d'ouvrir un centre de santé en milieu rural.

Les acteurs au Bénin

AIMS : Centre d'Étude et d'Appui technique aux Institutions de Micro-assurance Santé – ONG béninoise partenaire opérationnel

AM(G)CB : Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin

L'Université de Parakou

La DDS : Direction Départementale de la Santé

PPSP : Plateforme du Secteur Sanitaire Privé

Par ailleurs, l'Association des MGC - AM(G)CB⁸ - est relativement récente et réunit plus d'une vingtaine de membres. Elle est présente dans deux départements du pays (Borgou et Alibori) et beaucoup de choses restent encore à faire, à la fois pour renforcer cette organisation et ancrer les relations partenariales à l'échelle locale et nationale dans la durée.

54 MGC ont été installés en 10 ans et 23 sites sont encore fonctionnels.

En Guinée, le processus est encore plus jeune (2014).

Initialement, localisé dans la région de Labé, il commence à s'étendre maintenant également dans les régions de Boké, Faranah et Mamou..

L'institutionnalisation en est à ses tout débuts, et les enjeux de promotion et de reconnaissance par les autorités sont plus prégnants.

Les acteurs en Guinée

COMEC-GUI : Collège des médecins Généralistes Communautaires de Guinée – partenaire et bénéficiaire du programme

FMG : Fraternité Médicale Guinée – ONG partenaires opérationnel de mise en œuvre du programme.

A cette présentation sommaire, on peut ajouter un contexte particulier au Bénin, où cette dynamique de médicalisation est née d'une opportunité de nature plus politique. En 2007, la signature de l'accord franco-béninois sur les flux migratoires donne naissance au **Programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS)**. Dans ce cadre, Santé Sud est sollicitée pour la mise en œuvre d'un processus de médicalisation des zones rurales dans le Nord Bénin.

Une première phase est menée de 2009 à 2012 dans les départements du **Borgou** et de **l'Alibori**, en raison d'une sous-médicalisation majeure des zones rurales et de l'existence à Parakou d'une jeune Faculté de médecine et d'un Vice-recteur d'Université en charge de l'insertion professionnelle, soucieux de l'emploi des médecins récemment diplômés.

Une seconde phase, de 2012 à février 2015, a permis de renforcer les acquis de la période précédente et d'étendre les installations dans le Borgou/Alibori et dans un département limitrophe, la Donga. Durant cette période, des acquis importants sont notés (voir encadré), mais aussi certaines difficultés. Se basant sur les recommandations de l'évaluation de la première phase, et sur le constat de démission de près de 30% des médecins installés sur les cinq années du projet PASDS (turn-over de 6% par an), un projet est développé, afin de maintenir la couverture

Acquis de la phase intermédiaire

- **Le diplôme universitaire (DU) de médecine générale communautaire** est mis en place par la Faculté de médecine de Parakou avec l'appui de Santé Sud et de son partenaire au Bénin, l'AIMS

- **Les MGC se regroupent en mars 2013**, et fondent l'Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin (AMGCB).

⁸ Nous maintiendrons parfois le G entre parenthèses pour exprimer le fait que l'Association a tenu lors de sa dernière AG en 2021 à supprimer la mention « Généraliste » de son nom, afin de pouvoir inclure parmi ses membres des médecins spécialistes.

sanitaire et promouvoir la qualité des soins. Sa mise en œuvre s'étend de 2016 à 2018, dans les départements du Borgou, de l'Alibori et de la Donga. Ce projet sera reconduit pour faire partie de l'actuelle convention-programme.

2.5 Ce qu'est capitaliser

La capitalisation d'expériences est un **processus répété** par lequel une expérience (avec ses succès et ses échecs) est **identifiée, discutée, valorisée** et **documentée** sur différents supports. Ce processus systématique permet de **tirer des enseignements** et dégager des **pratiques** et des **stratégies adaptées**.

On dit aussi habituellement que « **capitaliser c'est rendre la connaissance que l'on possède individuellement, en savoirs partageables** ». Il s'agit cependant ici, de bien faire la différence entre connaissances* et savoirs* (voir encart ci-contre).

Savoir ou Connaissance ?

Un **savoir** est une construction scientifique, sociale ou culturelle* qui n'est pas attachée à une (seule) expérience, un (seul) contexte, un (seul) moment. C'est donc quelque chose qui est devenu partageable.

Une **connaissance** est quelque chose que l'on possède soi, individuellement, du fait de son interaction avec un environnement, mais sans toujours bien savoir d'où cela provient.

Les choses peuvent se compliquer quand les connaissances sont enchâssées dans une « culture* » professionnelle ou autre (voir ci-après).

Par « Culture »

Nous entendons ici par culture, toute pensée, manière d'agir, de parler... qui n'est plus réfléchie, plus consciente. Tellement ordinaire qu'on la trouve normale et qu'on peine à penser qu'il puisse y avoir d'autres façons de faire ou de se représenter les choses...

Nous avons tous des connaissances issues de nos expériences. Mais celles-ci sont parfois tellement « engrammées » en nous que nous les utilisons sans nous en rendre compte. A l'image de la conduite d'une auto qui est tellement « incorporée » après quelques années, qu'il devient très difficile de changer de conduite (c'est la mémoire procédurale qui s'occupe de l'essentiel de la conduite et on n'a plus besoin d'y penser). Dans ces cas, il ne suffit pas de prendre conscience des défauts de conduite, il faut reprogrammer son corps et ses réflexes.

Cela peut être le cas aussi dans chaque métier : par exemple de la façon de pratiquer certains actes médicaux. Certains sont devenus tellement fréquents qu'il peut être difficile d'expliquer comment et pourquoi on les pratique d'une telle manière, plutôt que d'une autre.

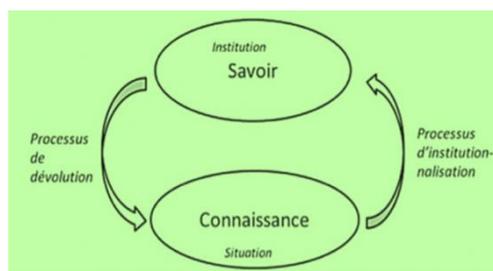
Cela peut être le cas aussi des savoirs qui, après avoir été établis en « science », deviennent impensés et n'évoluent qu'à la faveur de nouvelles découvertes (cf. l'histoire de la notion de gravité).

La réflexivité

La réflexivité est la capacité à pouvoir réfléchir sur soi-même. Elle est donc essentiellement introspective. On peut aussi la voir comme une façon d'utiliser son analyse critique sur soi-même, sur sa façon d'agir, sa façon de penser, plutôt que de mettre à profit ses outils d'analyse qu'uniquement sur les « autres ». Elle est essentielle dans tout processus de capitalisation.

Capitaliser demande donc des efforts et une **réflexivité*** particulière.

A un niveau plus institutionnel, au-delà du partage de **connaissances** entre personnes, **l'enjeu** pour une organisation est donc bien de transformer des connaissances particulières, individuelles, en savoirs collectifs, institutionnalisés, que l'on pourra reproduire sous des conditions (re)connues et (re)définies ensemble. Une connaissance vit dans une situation, alors que le savoir vit dans une institution (voir figure).



Pour définir une connaissance, il faut décrire les situations qui la caractérisent. Pour définir un savoir, il faut déterminer l'institution qui le produit et le légitime (cela peut-être l'entreprise, l'association (ou le club), la famille, la culture,...), ce qui conduit parfois à considérer plusieurs institutions et leurs éventuels conflits⁹. La capitalisation devrait donc normalement moins s'intéresser au résultat (un beau document, un film) qu'au processus : la mise en interaction des savoirs et des connaissances dans une institution à travers une organisation.

Ce que la capitalisation n'est pas :

- Une évaluation : Il n'y a pas de jugement sur la qualité de l'action. Le référentiel n'est pas le cadre logique ;
- Un suivi : Il ne suffit pas dans la capitalisation de lister les activités menées et leurs incidences, il faut en déduire des apprentissages ;
- Une étude d'impact.

Dans l'idéal cependant, suivi-évaluation et capitalisation (SEC) s'associent volontiers dans des démarches complémentaires qui travaillent surtout à renforcer les capacités d'apprentissage.

Les objets et les cibles de la capitalisation

LES OBJETS

5 thèmes ont été définis pratiquement dès l'élaboration des termes de références. Ces thèmes ont été approfondis, transposés en grille d'entretien puis testés (et en même temps transmis sous forme de formations) sur place.

Ces 5 thèmes sont présentés dans le tableau ci-dessous, avec une accentuation particulière selon les pays et leur « histoire » de MGC.

Thèmes	Pays	Bénin	Guinée	Mali
1. L'Installation		X	XX	(x)
2. Les formations et appuis		XX	X	X
3. La relation avec la communauté		XX	X	X
4. L'institutionnalisation		X	x	XX
5. Les enjeux de Genre et les MGC		X	X	X

LES CIBLES

⁹ Source Margolinas Claire, 2014 Connaissance et savoir : concepts didactique et perspectives sociologiques, Revue Française de Pédagogie, [188 | juillet-août-septembre 2014 : Sociologie et didactiques : traverser les frontières](#)

Les cibles se réfèrent à l'objectif central de toute la convention programme qui est de renforcer l'institutionnalisation de la MGC dans chacun des contextes pays. Il s'agit donc :

- des médecins eux-mêmes, plus particulièrement de leurs organisations ;
- des autorités locales et nationales du pays ;
- des partenaires techniques et financiers.

3. LES CONSTATS : UNE MEDICALISATION PARTOUT BIEN ENGAGEE

Pour bien introduire aux enjeux de l'installation, de l'accompagnement, de l'institutionnalisation des MGC dans toutes leurs dimensions, il faut garder en tête ce propos posé en cadrage général de la capitalisation :

« On a souvent considéré à tort, qu'il suffisait de placer des médecins généralistes dans les centres de santé en remplacement des infirmiers, pour améliorer la qualité des soins. On s'est ainsi dispensé de repenser les fonctions de ces médecins, tout comme l'adéquation de leur formation à ce nouveau rôle » (Van Dormael 1995)

L'enjeu pour Santé Sud et ses partenaires, bien rappelé à longueur de témoignages dans ce travail, n'était donc pas seulement d'« installer » des médecins, mais de créer les conditions pour qu'ils puissent **s'intégrer** et dispenser le plus tôt possible des soins de qualité. Pour ce faire, il a fallu **former** à la Médecine Générale Communautaire, participer à **identifier les zones les plus propices, mener des études de faisabilité, introduire le médecin** auprès des autorités locales, **préparer les conditions matérielles** de son exercice par des financements d'infrastructures (de rénovations le plus souvent) ou d'équipements... Ensuite il a fallu installer les médecins, les **accompagner dans la durée et promouvoir le métier au niveau institutionnel**. En parallèle, il a fallu aussi **renforcer les liens avec les communautés, gérer certaines situations** délicates (certains conflits avec les communautés, le remplacement de médecins, des tensions entre acteurs en appui..), et intégrer **les questions de genre**. Ce sont tous ces aspects qui sont rapportés ici, surtout sous forme de témoignages et analysés ensuite, thème par thème.

Ce contexte est important à rappeler, car dans certains pays, des programmes d'installation de médecins en zone rurale proposés par le gouvernement, se mettent en place avec nettement moins de préoccupations visant à « *repenser les fonctions du médecin* » et à créer les conditions d'une **intégration** réelle au milieu. En interne aussi, dans le corps médical, il n'apparaît pas si simple de « *repenser les fonctions du médecin* ». Enfin, dans bien des contextes, la façon dont la communauté se représente le médecin apparaît comme une variable clef de la réussite ou pas de l'intégration. Ceci pose d'emblée l'ampleur du défi de la Médicalisation des Zones Rurales (MZR).

A partir des enseignements collectés auprès des MGC comme des instances en appui, nous allons surtout chercher à montrer, dans les différents contextes nationaux : (1) comment les choses se sont construites au fil du temps (et quelles difficultés rencontrées), (2) combien elles apparaissent un peu partout bien engagées et prometteuses (de façons différentes selon les pays), et (3) ce qui reste à faire pour concrètement intégrer cela dans des processus institutionnels sur le long terme.

3.1. L'installation : une grande diversité de situations, dans le temps, l'espace et selon les opportunités d'appui

Nous introduisons cette partie par des témoignages venant du Mali, le pays où l'installation est ancienne, avant de présenter quelques témoignages de Guinée où elle est très récente et donc encore très fraîche dans les mémoires. Ceci permettra de capitaliser aussi sur l'évolution de l'installation.

Chaque fois que possible les propos seront ponctués d'encarts sur ce qui se passe dans les autres pays, à partir des paroles d'anciens MGC qui maîtrisent l'histoire de la dynamique dans leur pays. Ceci devrait faciliter une mise en dialogue des expériences.

L'idée est surtout de rendre compte de la diversité des situations rencontrées.

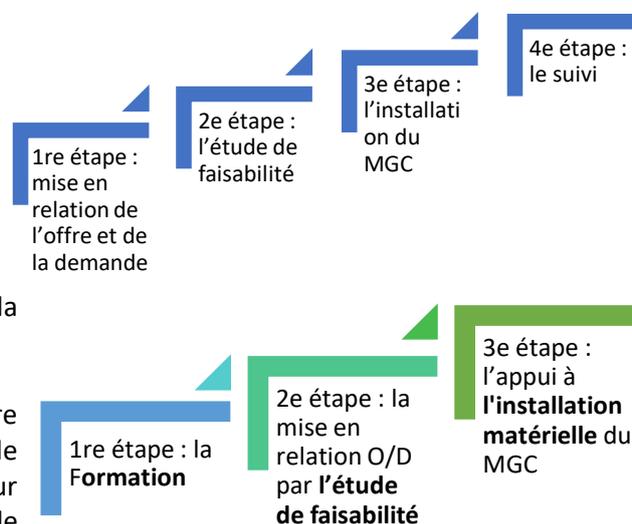
- **LES GRANDES ETAPES DE L'INSTALLATION**

Théoriquement, les grandes étapes de l'installation, telle que formalisées par Santé Sud et présentées dans son « Guide du MGC », sont les suivantes (voir figure ci-contre)

Afin de mieux permettre aux récits de bien reproduire les séquences temporelles sous forme d'histoires, nous y avons inclus la formation préalable et avons placé le suivi des MGC, dans un autre chapitre concernant « l'accompagnement ».

Les étapes d'installation rapportées ci-dessous par les MGC reprennent donc la séquence ci-contre en simplifié¹⁰.

Une coordination rigoureuse est nécessaire entre toutes ces étapes, depuis le recrutement des médecins jusqu'à leur installation, afin de réduire la durée de l'ensemble du processus et préserver la motivation des candidats.



Avant d'aborder ces étapes d'installation, il faut souligner l'importance des enjeux de mise en relation de l'offre et de la demande, qui interviennent à plusieurs niveaux :

- L'identification des aspirants MGC : La sensibilisation des médecins commence souvent à l'université, par les conférences auprès des étudiants, la diffusion d'annonces, suivie par la mise en place d'un processus de recrutement formel, afin de bien mesurer la motivation des candidats. Un enjeu est d'éviter de recruter des candidats insuffisamment motivés qui pourraient quitter rapidement leur poste.
- L'identification des sites d'installation de ces MGC : pré-sélection des sites selon les demandes des communautés et l'intérêt des autorités communales et sanitaires. Cette activité est suivie d'études de faisabilité de l'installation du MGC sur les sites pré-identifiés. L'enjeu est de croiser différentes sources d'information et vérifier les informations démographiques, sociologiques et économiques, afin d'analyser et garantir les chances de réussite des installations de médecins.

¹⁰ Voir en page 33 pour une description complète des étapes.

La rigueur avec laquelle sont menées l'identification des candidats et des sites va fortement contribuer à déterminer le succès et la pérennité de l'installation des médecins.

- **LA FORMATION PREALABLE**

Les origines de la formation préalable sont bien introduites par le Dr Karamoko Nimaga du Mali, l'un des premiers MGC du Mali, président de l'ASP-PSM, Centre de Markacoungo :

« Nous nous étions rendu compte d'un certain nombre de problèmes pratiques sur le terrain. C'est ainsi que l'université d'Anvers est venue pour faire une expérience avec nous, car on avait rassemblé toutes les difficultés. Et puis on a fait des modules pour pouvoir dispenser des formations pour ceux qui veulent faire ce métier de médecine générale en milieu rural. Parce qu'après avoir appris tout dans les universités, dans des milieux où il y a tout [l'équipement], maintenant que tu es en milieu rural, il faut avoir une certaine démarche. Donc on a mis en place 4 modules :

- logique clinique en situation d'isolement qui était enseignée par les anciens médecins de campagne aguerris
- module santé publique car beaucoup n'avaient pas ces notions,
- module communication car il y a plusieurs acteurs sur le terrain. D'abord la communication avec le patient. Par exemple, chez nous, dans la zone de Ségou, on ne peut pas demander à une personne âgée, « tu as combien de femmes » sinon on a tout de suite cassé la relation. On va te dire « la question des femmes ce n'est pas ton problème!! ». Mais si tu demandes, « tu as combien de mamans ? », il est bien content de te dire « j'ai deux ou trois mamans ». Voilà des questions de communication ! Et on apprenait à le faire suivant la culture. Car, quand on arrive, il faut savoir ce qui peut être choquant ou pas. Et puis, il fallait pouvoir négocier avec les agriculteurs, les éleveurs, la mairie, l'administration, d'autres ONG. Donc c'était extrêmement important
- Et enfin le module gestion, la gestion du personnel, la gestion de la population, la gestion financière avec les contrats avec les employés, les rapports avec les autres personnels de la santé avec les mairies ».

« Nous nous étions rendu compte d'un certain nombre de problèmes pratiques sur le terrain. C'est ainsi que l'université d'Anvers est venue pour faire une expérience avec nous car on avait rassemblé toutes les difficultés. Et puis on a fait des modules pour pouvoir dispenser des formations pour ceux qui veulent faire ce métier de médecine générale en milieu rurale »

Il y a donc eu tout un travail accompagné par Santé Sud et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, pour mettre au point des modules précis à partir des difficultés rencontrées par les premiers médecins installés en milieu rural. Les contenus sont précisés par le Dr Mansour Sy du Mali :

Dr Mansour Sy, responsable de Santé Sud Mali

« Avec l'aide de l'Institut Tropical d'Anvers, on avait construit petit à petit la formation autour de 4 modules précis :

- la logique clinique en situation d'isolement conçue avec eux et des cliniciens ;
- la santé publique : pour connaître la population quantitativement et qualitativement, et puis faire la différence entre la consultation en clinique et la prise en charge d'une population de façon globale.
- la communication : pour permettre au médecin de mieux communiquer avec sa population, avec sa communauté, avec l'équipe cadre de district, les associations de santé communautaire et tout le monde.
- la gestion et l'organisation d'un centre de santé communautaire.
- Après quelques années et l'appui de l'équipe du professeur Ogobara Doumbo qui représentait Santé Sud au Mali et était directeur d'une unité de recherche sur le Palu, on a mis en place un module d'initiation à la méthodologie de recherche qui a complété le module 5 au Mali. »

Comme le rapporte encore le Dr Sy, la formation comportait donc 5 modules et était dimensionnée sur 51 jours au total. Il s'agissait donc d'un processus réfléchi, très complet, et cohérent.

« Au Mali il y avait une formation théorique d'environ 21 jours et une formation pratique de 2x15 jours chez un médecin formé qu'on appelle le référent maître de stage. »

De plus la formation était très interactive comme l'explique le Dr Konate :

« La formation que Santé sud propose est une formation interactive. Parce que moi j'ai fait la formation préalable avant des aînés qui étaient installés depuis 4-5-6 ans et qui ne l'avaient pas encore fait. Donc, quand on vient à la formation, il y a une partie où chacun partage son expérience. Ce n'est pas la formation théorique classique ! C'est l'andragogie : les gens partagent, les facilitateurs demandent comment vous faisiez avant, comment vous feriez... Les modules sont dynamiques. Ils ont été élaborés avec l'Institut Tropical d'Anvers et étaient pas mal flexibles. Ils tenaient compte des petits changements. Tous les modules vous disent : « il faut, il faut, il faut... » ; donc du coup, on voit ce qu'on fait bien, ce qu'on ne fait pas bien. Et chacun peut expliquer comment il fait et facilement les uns et les autres peuvent beaucoup apprendre ».

« La formation que Santé Sud propose est une formation interactive !! C'est l'andragogie !!! »

Actuellement dans chaque pays, ce protocole de formation s'est progressivement réduit, soit dans les cas où l'Etat en a repris la gestion (Mali), soit en pratique parce que le projet Santé Sud se déploie sur 4 pays, ce qui rend difficile une formation plus systématique (Bénin ; Guinée). C'est en tout cas ce qui apparaît dans les témoignages suivants :

Docteur Sow, CMC de N'Dita, Guinée, installé en 2017 :

« Pour ce qui est de la formation (préalable), après mon doctorat en médecine, j'ai fait les 3 étapes de l'installation d'un médecin généraliste communautaire ».

« La formation de trois semaines. On n'avait pas pu aborder beaucoup de thèmes parce que le temps de la formation était court. Normalement, on devrait élargir maintenant les formations à plusieurs mois, pour qu'on puisse se confronter à toutes les pathologies qu'on est susceptible de rencontrer au village. Parce qu'ici (en milieu rural), on a fait beaucoup de choses qu'on n'avait pas apprises lors de la formation. Faire une formation, ce n'était pas facile ! ».

« Pour le stage pratique, on m'a envoyé précisément dans un CMC qui est à Kourou pour une semaine. Mais une semaine aussi c'est peu, car juste après on doit pouvoir gérer un centre en milieu rural. Pour nous qui avons connu les manières de fonctionner des centres en ville, c'était un autre monde. De plus, je n'avais pas eu la chance de rencontrer des genres différents de pathologie. Puis encore, ça s'est déroulé sur une saison où il n'y avait pas de patient¹¹, on n'avait pas pu travailler, faire de bonnes pratiques... Moi, personnellement, ça ne m'a pas beaucoup appris. Parce que les petites choses que j'ai vues là-bas... je ne suis pas tombé sur des particularités pour mieux comprendre la manière de les gérer... car c'est normalement ce à quoi devait servir le stage ».

« On n'avait pas pu aborder beaucoup de thèmes parce que le temps de la formation était court ».

« Normalement, ils doivent aussi élargir les stages pour qu'on ait un bon stage où on peut voir et apprendre concrètement, ... [ou on va] pouvoir tomber sur beaucoup de cas possibles »

Ce constat est cependant spontanément relativisé :

« Les études de faisabilité n'ont pas été vraiment suffisantes pour nous, ni la formation, ni les stages pratiques. Mais au final, les choses qui font que je reste, c'est entre autres choses, lors de la formation où on avait vu des choses que je ne connaissais pas, qui donnaient l'espoir que le travail en milieu rural sera quand même possible. Par exemple : on nous avait appris à faire certaines techniques de laboratoire. Les tests du taux d'hémoglobine... qui nous assuraient qu'on pouvait faire des choses sur place et pas toujours référer pour des choses fréquentes, comme les cas graves de paludisme... Et puis encore sur le remplissage des rapports sociaux, on n'était pas habitué à ça. Moi je n'avais pas fait ça auparavant, c'est lors des formations qu'on nous a appris ».

« C'est lors des formations qu'on nous a appris [le métier de MGC]! »

¹¹ Durant l'épidémie d'Ébola, beaucoup de patients ne venaient plus dans les structures de soins par peur de contamination

On retrouve le même constat chez Dr Tidiane, CMC de Bouroudji, installé en 2014. A la fois l'idée que le temps de formation pourrait être plus important, mais qu'en définitive cela n'empêche pas de s'installer dans le métier :

« Après le recrutement par FMG et Santé Sud, nous sommes allés faire notre formation de médecine générale communautaire et nous avons également fait des stages. Le calendrier de la formation était vraiment chargé, car le temps de la formation était limité (2 semaines). Mais c'est après mon retour, au fur et à mesure, que j'ai revu tout pour m'approprier vraiment tout le contenu de la formation, notamment les modules les plus importants : la gestion de l'aire de responsabilité, la gestion de la pharmacie, la gestion des recettes et des dépenses. Ce sont des choses qui ont contribué à la pérennisation du centre.

« On a eu aussi 10 jours de stage, pendant lesquels on faisait non seulement des consultations, mais des stratégies avancées pour la planification familiale et la consultation prénatale, les rencontres communautaires ou bien pour la sensibilisation. Donc dans le stage on a eu affaire à tout ça... ce sont des choses qui ont contribué, vraiment à m'outiller pour faire ce que je suis en train de faire aujourd'hui ».

« On a eu aussi 10 jours de stage pendant lesquels on faisait non seulement des consultations, mais des stratégies avancées pour la planification familiale et la consultation prénatale, les rencontres communautaires ou bien pour la sensibilisation. ... »

Au Mali, moins de temps y est aujourd'hui consacré notamment en raison de la reprise de la formation préalable par l'Etat qui considère que c'est une formation trop coûteuse. Les nouveaux MGC bénéficient aujourd'hui d'une formation réduite avec une journée d'intervention de l'AMC dans le cadre de la formation. Si ces témoignages montrent bien l'importance des formations et la tendance, au fil du temps, à ne plus y consacrer autant de moyens que souhaité, d'autres comme on va le voir montrent que le manque de formation initiale est aussi compensé par un accompagnement, notamment à travers des stages, et puis par des conseils d'anciens :

Ce témoignage fait bien ressortir les dimensions humaines de la formation. Notamment la motivation à gérer des situations imprévisibles, et même l'envie que cela peut générer :

« Il faut travailler avec son mental pour trouver des solutions. Cela m'a vraiment plu ! »

De même que la proximité au Médecin encadrant le stage :

« C'était le Dr Sandrine qui était installée, (...) et comme en plus c'était une copine, (...). Entre elle et moi ce n'était pas officiel et payant, avec un chauffeur qui vous accompagne, comme maintenant. » (Dr Mensah)

Dr Ayélé Mensah, CMC de Ganrou Bénin Présidente AM(G)CB



« Par rapport au diplôme universitaire je n'ai pas eu celui initié par Santé Sud en mars 2013, car j'ai été installée en janvier. Je n'ai pas eu le DU (Diplôme Universitaire) avec les 4 semaines de cours théorique et 2 semaines de stages. Je n'ai eu qu'une semaine de connaissance du métier à travers des films qui ont été fait au Mali et Madagascar et ils ont invité nos aînés, Dr Sani et Dr Sonon, à venir témoigner comment cela se passe au Bénin. Mais cela n'a pas empêché d'avoir quand même le « parchemin », car je suis quand même Référent Maître de Stage aujourd'hui, et puis par rapport paraît-il, à la manière dont je gère quand même mon Centre! »

« Car j'ai eu des stages pratiques avant d'être installée et on me connaissait. »

« L'installation proprement dite, c'était avec le Dr Yacoubou. Il m'a dit qu'il fallait que je fasse des stages pratiques au niveau d'un MGC déjà installé et comme entretemps c'était le Dr Sandrine qui était installée, et comme c'était mieux d'être entre femmes, car il faut dormir ensemble, etc, et comme en plus, c'était une copine, donc quand je lui ai dit que j'étais disponible, elle m'a dit « OK viens quand tu veux ». Je suis donc allée. Entre elle et moi, ce n'était pas officiel et payant avec un chauffeur qui vous accompagne comme maintenant. J'ai juste pris ma moto et suis allé auprès d'elle. Je me suis plus imprégnée de ce que c'est la MZR, car là tu es seule face à des populations que tu dois comprendre. Ils n'ont pas la même mentalité qu'en ville ou systématiquement quand ils [les malades] viennent, on a toujours besoin de la paraclinique pour pouvoir étayer le diagnostic avant de les traiter.

Ici ce n'est pas possible. Parce que, avant qu'ils aillent faire un bilan paraclinique, ils doivent faire près de 44 km pour une simple analyse de sang, donc c'est trop long! Donc il faut travailler avec son mental pour trouver des solutions. Cela m'a vraiment plu. Donc je me suis dit : « tu es encore jeune hein, et puis tu n'es pas obligée de rester toute ta vie. C'est une expérience de la vie. Tu as tout le temps de le faire ». Et puis ça m'a plu. »

« Donc après ce stage pratique, je suis retournée auprès du Dr Boly qui m'a dit : « il faut que tu voies un peu la zone de Ganrou pour connaître un peu la zone et que tu aies un peu l'idée d'où tu vas rester ». Donc effectivement j'ai pris une de mes copines à Nikki, qui connaissait bien la zone et on est venues à moto et j'ai vu le domicile qui était déjà en construction, on a vu le délégué, le gardien, tout cela et je leur ai dit comme on dit en Afrique : « Peut-être que par la grâce de Dieu, je serai votre médecin ».

J'ai donc fait les stages pratiques avec Sandrine au cours du mois de septembre, et après ces stages, j'ai attendu que le centre soit réhabilité et le 12 janvier 2013, il y a eu l'ouverture. Une grande cérémonie d'ouverture où il y avait les différents partenaires, la mairie, la commune, AIMS, la population qui était là en masse. Alors là, je peux vous assurer que j'étais vraiment vraiment accueillie quoi!! (Rires...).

Il y avait l'orchestre en live, c'était la fête! La commune avait préparé hein!! il y avait à boire, ... ça s'est très très bien passé mon installation! »

Ces premiers éléments indiquent aussi le caractère cumulatif des différentes formes de préparation à l'installation : les formations vont produire leurs effets progressivement, à travers les stages mais aussi, plus tard, lorsque des « situations » apparaissent, qui obligent à retourner dans les documents de formations ou les ouvrages fournis :

« ...c'est après mon retour, au fur et à mesure, que j'ai revu tout pour m'approprier vraiment tout le contenu de la formation... » (Dr Tidiane)

Cependant, il est important de voir aussi que les choses ont pu se passer différemment à l'intérieur d'un même pays.

L'évolution de la formation selon les promotions en Guinée

La première promotion de médecins guinéens en 2014 a suivi une formation supplémentaire de deux semaines à l'université de Parakou au Bénin, puis un stage de 10 jours dans un centre médical communautaire au Bénin. Ils ont fait des études de faisabilité assez rapides, avec pour principal objectif d'identifier des zones rurales à couvrir, et d'estimer la fréquentation potentielle du centre par rapport à la démographie de la zone à couvrir.

Dans la deuxième promotion en 2017, la formation a duré deux mois, avec plus de modules de formation, même si tous les modules n'ont pas été approfondis lors de cette formation. Puis ils ont effectué un stage d'un mois chez les pairs MGC de Guinée. Malheureusement, la période de leur stage était la saison sèche, où l'affluence dans les centres est réduite à son minimum, et donc ils n'ont pas pu bénéficier de l'expérience de la gestion des cas cliniques types de ce genre d'institution médicale. Pour l'étude de faisabilité, ici, on a aussi insisté sur l'identification des situations de tension locales qu'il fallait anticiper si on venait à choisir un centre (démographie, pratiques sanitaires locales, niveau de vie moyen de la population, présence d'un centre médical public...).

Dans la troisième promotion de 2020, le Dr Abdoulaye Sow, Directeur exécutif chez FMG insiste sur les avancées de ce dispositif d'accompagnement. D'abord, la formation est proposée tout de suite après le diplôme de médecin, dans un centre rattaché à la faculté de médecine de Conakry, et dont il est le référent académique. Ladite formation est sanctionnée par une attestation de formation en médecine communautaire, mais surtout la formation en se construisant sur les expériences passées, s'intègre directement dans la suite de la formation académique, et intègre des MGC de Guinée dans les modules de formations. De cette manière, les stages et études de faisabilité ne peuvent qu'être renforcés par le futur MGC lui-même, qui est déjà capable d'identifier les aspects pour lesquels un accompagnement de terrain serait nécessaire pour lui.

(Extrait rapport de mission Nkounawa, Inter-Mondes)

Au total donc, des témoignages qui reconnaissent tous l'importance d'une formation préalable, soit directement (Mali), soit en creux pour demander que l'on y accorde plus de moyens (Guinée), soit encore pour montrer que la formation fait partie d'un ensemble (Bénin) et que c'est cet ensemble qui participe à créer un contexte favorable à l'intégration en milieu rural.

Reste qu'avec le recul, une formation de qualité reste essentielle, si l'on en croit le Mali qui dispose de l'expérience la plus longue en la matière.

L'importance d'une formation préalable selon le Dr Harouna Konate du Mali

« Toutes les structures de premières lignes devraient être tenues par des médecins qui ont reçu une formation préalable. On ne peut pas prendre un jeune qui sort de la faculté, et l'amener dans la communauté. ... Si cela se fait, il y a toujours des complications. Donc si l'Etat va dans la médicalisation, nous on peut servir de conseillers dans la politique de l'Etat. Nous avons fait cela avec SSud depuis plus de 30 ans. Nous avons des gens qui n'ont fait que ça dans leur activité, et qui ont des enfants qui sont devenus médecins ».

« La formation avait 3 étapes de 15 jours, totalisant 45 jours :

(1) Un stage rural chez un aîné, Timothée DAO, Stage d'imprégnation ; (2) Une formation théorique à Sikasso sur la clinique, la communication, la santé publique, les urgences ; (3) Un stage pratique pendant 2 semaines. »

« Avec la communauté je n'avais pas eu un contrat en bonne et due forme car je n'avais pas eu la capacité de négocier. Après cette formation, j'ai été renforcé et quand je suis venu j'ai demandé à être inscrit à l'INPS à avoir tous mes droits. Comme ils ont tardé à me mettre dans mes droits je suis allé dans un autre poste, avec l'aide de SSud. Je suis allé à Seribala en juin 2005 ».

« Un médecin qui ambitionne de s'installer en campagne doit absolument faire la formation. J'ai eu la possibilité de comparer les deux. Avant j'étais désordonné dans ce que je faisais. La formation m'a permis par exemple de faire des rapports d'activité. J'avais du mal à les remplir, les analyser, les interpréter. La formation m'a permis de voir comment les remplir, comment les analyser, comment faire des recommandations locales.»

« La formation nous permet de négocier nos droits avec la communauté et d'obtenir un contrat »

« La formation nous permet de remplir, d'analyser, d'interpréter des rapports »

On retiendra surtout ici l'importance universellement reconnue des formations préalables ou à défaut, d'un accompagnement suffisant. L'étude de faisabilité dont il va être question maintenant, fait partie de ce processus d'accumulation de compétences pour bien s'installer.

- L'ÉTUDE DE FAISABILITE

Dr Sow, CMC de N'dita, Guinée (2017)

« L'étude de faisabilité ? Elle est très importante. Pourquoi ? Parce que tu dois quitter, venir dans un site et y travailler. Si ton site n'est pas viable, ce n'est pas sûr que tu puisses rester dans le site ; il faut que tu fasses une bonne étude de faisabilité pour voir si le site est viable. Comme ça, tu peux rester et puis tu peux subvenir à tes besoins sans problème. Car, l'idée n'est pas simplement d'apporter les soins aux malades en milieu rural. Si tu ne peux pas vivre de ton métier, personne ne va rester. Mais pour cette étude, on a eu pratiquement un jour et demi d'étude. Je pense que ce n'est pas suffisant parce que tu dois connaître la population : la population vit de quoi ? Est-ce qu'ils ont des gens qui sont à l'extérieur, ou qui peuvent leur envoyer quelque chose ? Ils font de l'agriculture ? de l'élevage ? Ils ont des débouchés ? [Est-ce que] Les gens ont quelque chose qui peut payer les ordonnances ? »

Ce témoignage montre toute l'importance de vérifier que les conditions soient réunies, pour que le médecin puisse « *subvenir à [ses] besoins sans problèmes* ». Le témoignage qui suit complète et enrichit ce propos.

« Et puis pour l'étude de faisabilité, nous avons fait des simulations là-bas, pour déterminer l'aire de responsabilité mais aussi le revenu prévisionnel. Pour voir un peu, est-ce que le centre où on veut installer le médecin est viable ou pas ? Donc après l'étude de faisabilité et on sait à travers les données qu'on a recueillies, on a estimé et l'auteur nous a donné. Disons que le cabinet était viable, donc. Après cette formation, après la formation, le stage, l'étude de faisabilité, on a vraiment validé le centre.

Ici, on voit encore l'importance du cumul du renforcement de compétences qui participe du choix du centre pour chaque médecin. Mais l'étude de faisabilité n'est pas un exercice aisé, particulièrement dans le contexte des zones rurales africaines :

Tout ceci m'a permis de comprendre que la difficulté, surtout pendant les études de faisabilité, c'était d'avoir les données réelles, parce qu'on a rencontré des communautés qui voulaient coûte que coûte qu'il y ait un médecin ou un centre chez eux, et ils ont donné des chiffres par rapport à leur population qui ne reflétaient pas vraiment la réalité. Et après, on a dit que le centre était viable, mais après l'installation, on a trouvé tout le contraire, donc ce sont des difficultés. Aux études de faisabilité donc, la récolte des données fiables était un problème parce que dans les communautés, on estime s'il n'y a pas de recensement, qui donne des chiffres ? C'est difficile ! Avec les autorités, certaines autorités, en tout cas, les chiffres qu'ils ont, sont des chiffres approximatifs ; ils n'ont pas les

« La difficulté, surtout pendant les études de faisabilité, c'était d'avoir les données réelle »

Cette évolution correspond bien aux recommandations de Santé Sud, que les aspirants MGC puissent faire progressivement eux-mêmes leur étude de faisabilité.

Au total, les différents témoignages montrent à la fois l'importance des étapes de préparation initiales à l'installation, et le fait que les éventuelles faiblesses sont compensées par une réelle envie de s'installer en zone rurale. Il y a aussi, comme le montre bien la Guinée, un effet de démonstration important qui a servi dans chaque pays d'amorce à la dynamique de MZR :

Retour au témoignage du Dr Tidiane, CMC de Bouroudji, Guinée (2014)

« En résumé, sans les autres points que je viens de citer, la formation supplémentaire, les appuis à l'installation, il aurait été impossible de m'installer ici et d'y rester. Il n'y avait pas de modules dans la formation de médecin à notre époque en Guinée [avant le projet Santé sud] qui étaient liés à la médicalisation, parce qu'on recevait une formation purement médicale. (...) Pour moi, je pensais au début que c'était comme ça, on ne pouvait pas installer un jeune médecin en milieu rural. J'avais cette représentation, mais au fur et à mesure que les choses avancent, j'ai compris que ce n'est pas l'Etat qui a décidé comme ça, mais c'est que c'est par un manque de planification du personnel. »

Dans ce dernier témoignage, on sent comme bien souvent, dans ces critiques, une demande d'un mieux de la part de l'Etat, une demande d'institutionnalisation de la planification des formations préalables, des études de faisabilité, voire, comme on va le voir juste après, des installations matérielles.

• L'INSTALLATION MATERIELLE

Ce qui ressort des différents témoignages dans les 3 pays, c'est une grande diversité de trajectoires depuis des conditions d'installation matérielle où les MGC ont directement été à l'aise dans leur fonction, à d'autres où ils ont été en difficulté et ont éventuellement fini par partir. Une diversité dépendant de bien des facteurs. La variation dans le temps et l'espace des ressources disponibles - en temps, ressources humaines et moyens financiers – étant, selon les générations de projets, un facteur important, mais non suffisant.

Dans le cadre de ses projets, Santé Sud effectue une réhabilitation des bâtiments et distribue une donation de matériel (mobilier, matériel médical, stock de médicaments, moto, kit photovoltaïque). Il peut arriver que certains MGC s'installent de façon autonome entre deux phases de projet en succédant à un MGC sur le départ, où migrent d'un centre à l'autre, et ne trouvent dans ce cas, pas les aides matérielles suffisantes.

Quelques cas vont permettre d'illustrer cette diversité au sein d'un même pays : le Bénin, et sur une période suffisamment vaste pour avoir le recul de comment l'installation initiale peut être valorisée.

Le cas du Dr Kevine N'DEFO est intéressant.

Installée au CMC de BORO en mars 2019, elle est Camerounaise d'origine et béninoise par alliance, mariée au Dr APOVO, MGC également. Sa sœur était installée comme Médecin Communautaire et cela la motivait.



Avant l'installation, elle travaillait dans une clinique privée. Elle a postulé pour être MGC et a été sélectionnée. Elle a participé à une visite de 3 sites avec 2 autres MGC candidats. Son CMC était le moins apprécié par les différents candidats, étant donné ses dimensions limitées, la vétusté générale, un logement encore en chantier, sans forage, Dernière à devoir choisir dans son groupe, elle va en hériter un peu à contrecœur au départ.

Car le site était en effet précédemment occupé par un MGC qui l'avait quitté en emportant le matériel fournit initialement par le projet.

« Avant d'entrer dans le centre, on a reçu un kit à la mairie pour le début. Mais j'ai su après, que les autres MGC avaient eu une moto, des tables, ... Je pensais aussi trouver plus de matériel médical dans le centre. Grande fut ma surprise quand j'ai vu qu'il n'y avait qu'un ancien pèse bébé mécanique. Même le pèse personne ne marchait pas. La moto était là depuis 2013 et vétuste. On avait un frigo qui n'a pas duré. Actuellement il ne marche plus. Même le stéthoscope, il n'y en avait pas. C'est l'AMGCB à travers la présidente qui m'en a donné un. Il n'y avait pas de thermomètre, pas de tensiomètre. »

« Depuis nous avons eu des appuis de la commune. Nous avons eu de la commune et en harmonisation avec APIDA [intercommunale de l'Alibori qui accompagne les communes, notamment pour le montage de projets] une moto, des tables d'examen, des boîtes d'accouchement, de pansement, un aspirateur bébé, d'un stéréoscope et un tensiomètre... Maintenant, ce que nous demandons, c'est d'agrandir le centre et d'avoir une pompe à eau ».

Parmi les facteurs qui expliquent qu'elle reste, il y a le fait que son mari exerce aussi comme MGC dans une zone assez proche d'une part, et qu'elle n'est pas trop éloignée d'un centre urbain pour la scolarité de ses enfants dont elle a aussi à s'occuper.

La négociation avec les autorités communales a permis d'obtenir du matériel, mais pas encore les infrastructures attendues. Ce cas est à comparer avec celui, toujours au Bénin du Dr BORO MOUBACHIROU de DODOPANIN.

Installé en juillet 2011, le Dr Boro fait partie des premières promotions sorties de l'Université de Parakou et bénéficiaires du diplôme de Médecine Générale Communautaire.

Originaire de la région, le site lui a été proposé du fait de sa connaissance du milieu et des langues locales.



Le Dr Boro a progressivement pu convaincre les autorités communales et départementales de l'importance d'investir dans son centre. Il a obtenu un dispositif d'adduction d'eau avec forage château d'eau, etc. grâce au préfet. Avec la mairie, il a pu obtenir : un stérilisateur à vapeur, un groupe électrogène pour compenser le manque des panneaux solaires sous-dimensionnés, un incinérateur à déchets biomédicaux. Il a également pu, plus récemment et avec l'appui des leaders de la communauté, disposer d'un autre appui de la commune en bénéficiant du passage d'un projet d'investissement qui concernait originellement l'amélioration du centre-ville proche (la ville de Kandi, chef-lieu de l'Alibori n'est qu'à 4 km du CMC) et qui lui a permis de paver la cour, de sécuriser le centre par un mur clôturant le périmètre, etc.

Il apparaît ici en filigrane, l'importance du rôle des autorités locales dans le processus d'installation (voire de maintien) des MGC, mais à travers un processus dont le MGC est lui-même le principal moteur, le principal acteur. Autrement dit, sans des investissements proactifs de la part du MGC, il est très probable que l'état des centres seraient bien

différents. C'est ici l'importance de la dimension privée et plus encore « entrepreneuriale » qui est à souligner.

Le cas suivant montre une propension à l'investissement encore plus forte et directe (sans intermédiaires) !

Troisième cas contrasté, celui du Dr Ariano NOUATIN :



Le Docteur Nouatin est installé au CMC de Boukanéré depuis 2014, et est l'actuel vice-président de l'AMCB. Il a participé à l'étude de faisabilité du milieu et a fait le choix du site « malgré que le bâtiment n'était pas digne d'un médecin ». Il a perçu l'importance d'une zone carrefour, proche du Nigéria et de la situation particulière du centre qui se trouve en plein milieu du village. A son arrivée, il a été confronté à une situation d'accouchement particulièrement compliquée (siège en primipare¹³) et a dû faire « ce qu'il pouvait sans pratiquement de matériel ». Il a sauvé le bébé en lui faisant du bouche-à-bouche. Cet incident aurait pu être critique pour son insertion dans la communauté, mais cela lui a d'une certaine manière servi à se forger une réputation.

Cet incident nous est manifestement raconté pour illustrer l'importance de bien prévoir dès le départ, les conditions d'installation du médecin. Par la suite, il va beaucoup investir, avec l'aide de sa famille, dans l'extension et l'équipement du centre avec un dispositif complet d'adduction d'eau, une salle d'accouchement « moderne », des toilettes, une paillote pour l'accueil (avec TV), et la réfection de l'ensemble des salles du centre. Des formations et règles ont été mises en place avec le personnel pour privilégier l'accueil (dans un esprit de « marketing »).

Ces trois cas illustrent la diversité des situations et le spectre des possibilités de valorisation du centre par le médecin :

- Un premier cas, celui du Dr N'DEFFO où la mairie semble moins « investie » qu'ailleurs¹⁴ pour répondre aux besoins d'agrandissement et de sécurisation du centre en eau potable et électricité. Le projet y supplée, mais ne peut le faire que partiellement¹⁵. Généralement, ce sont les MGC qui, tous, vont contribuer à renforcer le plateau technique par leurs propres investissements.

¹³ « Primipare » : Premier accouchement ; par « siège » : le bébé se présente par les fesses en premier. Une présentation en siège est accouchement à risque, dit dystocique.

¹⁴ Sans doute dans un sens comme dans un autre ! C'est à dire que l'équipe municipale n'est pas assez investie mais aussi la médecin trop prise, voire coincée, par l'ampleur de son travail de médecin... et de mère.

¹⁵ Rappelons comme nous sommes sur un programme comportant 3 pays et ne pouvant anticiper les situations particulières. Le montage de tels programmes ne peut être établi qu'en fonction de situation normales-types où l'on tente de prévoir l'équipement minimal indispensable.

- Dans le cas du Dr BORO, le CMC proche d'une grande ville peut plus aisément être remarqué par des décideurs politiques ou de développement et le docteur va pouvoir aussi mobiliser ses capacités relationnelles, et bien mettre en valeur son centre afin d'obtenir des installations.
- Dans le dernier cas, celui du Dr NOUATIN, ce sont principalement les ressources personnelles du médecin qui sont sollicitées pour développer le centre.

Dans tous ces cas, les capacités techniques du Médecin et sa volonté à investir dans le centre ne font aucun doute. Ce qui différencie les 3 cas, ce sont les **contextes géographiques (proximité de centres économiques) et politico-institutionnels (volonté des autorités locales, autant qu'effectivité des dispositifs institutionnels qui portent cette volonté) des centres de santé**, qui font que cela va être plus ou moins facile pour le médecin de développer le centre, étant donné ses *capabilités*¹⁶ plus personnelles.

Dans les autres pays, si les installations de départ sont assez comparables, leur valorisation varie également très fortement en fonction de l'ancienneté et des capacités du médecin.

Ceci renforce l'enseignement principal qui est que – si la préparation à l'installation est extrêmement importante (en termes de formation, étude de faisabilité, appuis à l'équipement et à la restauration des centres) - il y a une diversité qui provient à la fois de la situation des médecins eux-mêmes, de contextes géographiques et institutionnels très divers et..., du temps.

C'est la rencontre des trois qui est donc chaque fois un défi : entre un médecin (avec son expérience, sa situation familiale et économique...), le « milieu » (la communauté mais aussi les structures en appui : communes ou autres acteurs institutionnels existants), et puis le temps (qui va permettre ou non que les choses s'articulent). Cela peut très bien se passer (malgré toutes les difficultés et les manques initiaux), mais cela peut aussi mal se passer (malgré les apports et accompagnements les plus complets) et expliquer les départs de certains des MGC (un peu plus d'1/3 au Bénin sur le nombre de médecins installés).

On voit aussi l'importance des investissements en ressources personnelles (financières et/ou en temps de négociation) dans des infrastructures parfois publiques, ou sinon à vocation de service au public, qui fait toute la force d'une médecine proprement « entrepreneuriale ».

Enfin, l'importance d'une amorce par un projet extérieur qui fait la démonstration, notamment avec les universités, qu'une formation est non seulement utile, mais comble une demande. Sur ce dernier plan cependant, on bute encore sur le manque de demande solvable.

¹⁶ Par le terme « capabilité », le Prix Nobel Amartya SEN voulait montrer que ce ne sont pas seulement les capacités qui comptent mais aussi les motivations et tout un contexte lié à l'entourage socio-économique de la personne.

- **LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS A TIRER ET APPROFONDIR SUR « L'INSTALLATION »**

- Rappel des étapes d'installation des médecins généralistes communautaires (MGC)

Etape 1 : Identification des sites d'installation des futurs MGC	Suite à une demande faite aux autorités sanitaires et communales locales et/ou afin de répondre aux demandes des communautés locales, une première visite de site doit permettre de s'assurer que les conditions minima à l'implantation dans la zone identifiée sont réunies.
Etape 2 : Identification des MGC candidats à l'installation en CMC	Cela passe par une sensibilisation des étudiants en médecine, la publication d'annonces, puis par une sélection des candidats intéressés par l'exercice de la MGC et volontaires pour prendre la responsabilité d'un CMC en zone rurale.
Etape 3 : Formation spécifique des MGC avant leur installation en CMC : volet théorique et stage pratique	Il s'agit de dispenser un curriculum de formation de deux à quatre ou cinq semaines, préalable à l'installation des MGC en milieu isolé. Dispensée initialement par Santé Sud et ses partenaires, elle implique progressivement les facultés de médecine locales. A Parakou au Bénin, cette formation a même donné naissance à un diplôme universitaire. La formation théorique est suivie d'un stage pratique de deux semaines dans une centre communautaire, afin d'observer et intégrer la pratique réelle du métier en zone rurale.
Etape 4 : Etude de faisabilité de l'ouverture d'un CMC	Les aspirants MGC vont eux-mêmes conduire une étude de faisabilité de l'ouverture d'un CMC sur un des sites pré identifiés (étape1) selon des critères sociaux, démographiques et économiques, au terme de laquelle ils prennent leur décision d'installation sur le site.
Etape 5 : Réhabilitation/ construction et équipement des CMC	Afin de permettre l'installation et l'exercice du MGC dans de bonnes conditions matérielles sur un site identifié, une réhabilitation des structures, des logements des médecins, est réalisée. Dans certains cas, la construction de bâtiments est nécessaire, si aucun local viable n'est identifié. Par la suite, le centre reçoit un équipement de base : mobilier, équipement médical, moto, système photovoltaïque, ainsi qu'une dotation initiale en médicaments essentiels.
Etape 6 : Cérémonie d'ouverture du CMC et d'installation du MGC	Il s'agit de formaliser l'installation du MGC dans une aire définie comme la zone de responsabilité du CMC. Une cérémonie officielle, organisée avec la communauté et les autorités locales permet de présenter officiellement le MGC à la communauté, de déclarer le CMC ouvert. Elle donne lieu à la signature d'une convention entre le médecin et les autorités communales et sanitaires.
Etape 7 : Mise en réseau des MGC	Les MGC installés en zones rurales sont invités à adhérer à une association des médecins communautaires. Son but est de créer une communauté professionnelle permettant le partage d'expérience, la formation continue, l'échange de bonnes pratiques, ainsi qu'un réseau de solidarité. Dans certains cas, des réseaux de soins spécialisés sont créés dans l'association par la formation continue (réseau HTA, santé mentale, épilepsie...)
Etape 8 : Suivi formatif et compagnonnage des MGC installés, par leurs pairs	Des visites effectuées par des médecins référents confirmés et formés au compagnonnage sont effectuées à raison de 4 à 6 en 2 ans auprès des jeunes médecins installés. Le but est d'évaluer la pratique au quotidien du MGC, de lui apporter des solutions opérationnelles concertées sur les difficultés rencontrées, et de lui dispenser une formation continue par la pratique professionnelle. L'enjeu est aussi de mesurer la satisfaction de la communauté et l'impact de l'installation du MGC.

➤ Sur les constats

Etapes	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
La formation	Une importance totalement confirmée notamment de l'approche multidisciplinaire, associant médecine générale en milieu rural, avec des enjeux sociaux et relationnels (rapport à la communauté) et de gestion d'un cabinet (amélioration sur le moyen et long terme)	Le temps et les modules qui ont tendance à varier en quantité et qualité.
L'étude de faisabilité	Une étape importante afin surtout que le MGC puisse faire un choix en connaissance de cause	La difficulté à la faire de manière précise et détaillée, et en définitive le fait qu'elle ne garantit pas seule le maintien du MGC
L'installation matérielle	Généralement le kit d'installation suffit et les MGC parviennent à compléter le plateau technique eux-mêmes et parfois bien au-delà des espérances	L'importance de s'assurer d'un minimum fourni aux normes réglementaires. Une sécurisation de ces investissements à prévoir

➤ Avec des propositions d'amélioration :

« On pourrait penser à ramener la période des stages pratiques à 3 mois. Les stages pourraient être faits dans 2 CMC différents pendant cette période par le futur MGC à raison d'un mois et demi par CMC. On pourrait exiger une contribution ou un sacrifice financier de la part du futur MGC pour les frais de stage ; vu le coût que cela pourrait engendrer s'il fallait encore payer les frais de stage au futur MGC » (Dr Saka Yarou Mousse, Bénin)

« Faire de véritables diagnostics communautaires également et s'inscrire dans une démarche où la communauté participe au diagnostic initial de l'étude de faisabilité ». (Dr Elvire Djossou, Bénin)

Sur l'enjeu principal d'accompagnement d'une telle « politique » par un « projet » :

L'enjeu en définitive pourrait se résumer à faire en sorte que les conditions initiales minimum d'installation soient bien assurées, afin que le médecin ait envie d'investir et se maintenir, sans qu'un tel projet extérieur, ne surinvestisse au départ ou bien ne supplée à tous les besoins en cours de route, car cela serait impossible à assurer pour un Etat.

C'est ici que le statut de médecin en exercice privé apparaît important : il doit pouvoir en fonction de l'augmentation de ses revenus au fil du temps, réinvestir dans son cabinet médical pour en améliorer l'attractivité et les services fournis.

Cette idée n'est cependant pas forcément bien comprise par tous les médecins, la présence de financements extérieurs ayant toujours pour corollaire de rechercher plus de moyens. Ici c'est bien souvent le contraire que l'on constate : un investissement important des MGC. Investissements qui mériteraient d'être mieux mis en valeur par des propos comme celui-ci :

Ayéle Mensah, Présidente AMGCB Bénin

« Concernant l'installation, lorsqu'on arrive une première fois, on se dit que le plateau technique est adapté, mais petit à petit on se rend compte des insuffisances. Comme on aime bien notre métier, on n'a pas croisé les bras pour dire qu'on attend tout du projet, ou bien écrire au projet : ça manque, ça manque... NON ! On s'est dit : essaye de prendre à bras le corps et essaye de compléter tout ce qui manque ».

Il en est de même pour les autres dimensions du projet, que sont l'accompagnement après installation qui a forcément une fin. Nous verrons que les choses pourraient se penser un peu

différemment pour l'accompagnement d'une association de médecin et en particulier dans l'institutionnalisation de la MZR, qui suppose une intervention plus limitée en termes de moyens, mais qui peut être pensée sur le long terme.

3.2. L'accompagnement

Ce chapitre concerne toutes les formes d'appuis, mises en place par Santé Sud et ses partenaires, qui devaient accompagner l'installation et la vie du MGC. Aussi bien au plan des post-formations que des installations techniques ou encore de l'exercice du métier de MGC.

Tout comme l'installation, l'accompagnement représente une dimension importante de la dynamique de Médicalisation des Zones Rurales. D'une certaine manière l'accompagnement post-installation est parfois là pour rééquilibrer les éventuelles faiblesses rencontrées lors de l'installation. Les deux participent à sécuriser le médecin par rapport à une démarche encore nouvelle en Guinée et au Bénin, et qui représentait au début du programme un pari important. Mais il faut d'emblée préciser que dans un tel programme portant sur 3 pays, l'esprit général était d'abord de faire la démonstration que, une fois installé, le médecin pouvait s'en sortir par ses propres moyens et sa propre ingéniosité. La justification est ici importante : si l'on veut faire en sorte que les Etats africains puissent se lancer dans l'aventure, il ne faut pas surfinancer par des projets extérieurs la dynamique. L'accompagnement ne pouvait donc être que léger et adapté.

Pour introduire ce thème, nous avons choisi de partir du Mali au tout début de la dynamique, à un moment où, fin des années 1980, la perception d'un médecin en zone rurale était peu créditée par le corps médical lui-même. Ce qui veut dire que l'accompagnement par les pairs, et à fortiori le corps institué des médecins, n'était pas aussi évident qu'on pourrait le penser. Ensuite, nous verrons à travers des cas identifiés dans différents pays ce qui a été pratiqué comme accompagnement continu entre médecins. Pour terminer sur l'accompagnement plus institutionnel à des associations de médecins.

Ensuite, nous irons au Bénin où bien des situations permettent de se rendre compte combien la fonction de médecin communautaire est en train d'être repensée.

- **SUR LA NECESSITE D'UN ACCOMPAGNEMENT LORS DE LA PRISE DE DECISION DE S'ENGAGER**

Harouna Konate, Président de l'Alliance des Médecins de Campagnes du Mali sur les premières résistances à franchir et le besoin d'accompagnement :

« En fait qu'est-ce qui a prévalu à mon choix d'aller m'installer en zone rurale ? Quand j'étais en recherche de travail après avoir soutenu (ma thèse de doctorat), j'ai échangé avec le Dr Mariko (paix à son âme). Je lui ai dit 'qu'est-ce qu'il faut faire pour avoir un boulot. Depuis là, j'ai soutenu, mais je n'ai pas encore de boulot'...Lui me taquine: 'Non, mais vous les enfants de Bamako, vous n'aimez pas travailler, sinon il y a du boulot à l'intérieur'. Il disait que je suis un enfant gâté, que je ne peux pas tenir en campagne, sinon qu'il a du boulot pour moi.

« Non mais vous les enfants de Bamako vous n'aimez pas travailler »

Un autre docteur me disait qu'il y a quelqu'un qu'on cherche pour remplacer quelqu'un de la fonction publique qui est parti. Mais il me dit : 'Non, tu ne peux pas aller en campagne, allons y voir Saidou Kante'. On est allé voir Saidou Kanté qui a dit : 'Si tu es partant, allons, je vais aller te présenter à mon président.' Le même jour, on a été au président de la FENASCOM et il m'a dit 'Est-ce que tu peux aller travailler à 80 Km de Fana, la piste rouge'. J'ai dit 'Je peux !'. Il m'a regardé, il n'était pas convaincu. Un soir, je suis allé le voir avec le président de l'ASACO chez lui. Quand on a échangé, le président de la FENASCOM m'a dit : 'Fiston, toi tu es de Bamako. Si tu dis que tu vas en campagne, je peux t'encourager. Mais si tu vas, tu dois faire attention à deux choses. Sinon tout le reste là, je me porte garant, rien ne va t'arriver, il faut aller travailler... Si tu vas, il ne faut pas toucher à leurs problèmes de terre, car tu es étranger... ensuite, il m'a dit, 'Tu es jeune, tu es encore célibataire, il faut faire attention, dès que tu entends qu'une femme est mariée ou a un fiancé, il ne faut pas aller derrière elle. A part ça, là, toute femme que tu vois qui te plait là, il faut la chercher ! S'il y a un problème c'est moi qui gère !' Il m'a dit, 'Je t'encourage, il faut aller travailler...'. »

« Vous ne pouvez pas tenir en campagne »

On constate ici d'emblée, qu'il n'est pas toujours facile pour un jeune médecin tout frais sorti de l'université de trouver de l'accompagnement à son projet d'installation dans son entourage familial ou professionnel. Les anciens ont tendance à minimiser les capacités et la volonté des « jeunes ». Cela ne se passe en tout cas pas spontanément. Il faut insister, il faut le vouloir !

Ce tableau est renforcé par Dr Saka Yarou Mousse du Bénin qui va même plus loin :

« Je n'aurais jamais imaginé que le Médecin Généraliste Communautaire pourrait gagner sa vie financièrement dans ces conditions. Tout ce que mes aînés me racontaient en ce moment était selon moi, juste un moyen pour eux de me convaincre afin de pouvoir agrandir le cercle des MGC. Ce qui me faisait beaucoup douter, était le fait que, après mes enquêtes personnelles ; parmi les MGC installés, premièrement, près de la moitié avaient délaissé leurs centres (CMC) pour d'autres aventures (spécialité, signature de contrat dans un hôpital de référence...). Certains pairs de la septième année de médecine, en instance de soutenance de thèse s'en raillaient et disaient préférer rester à la maison, ne rien faire après la soutenance que d'aller travailler en campagne".

« Certains s'en raillaient et disaient préférer rester à la maison à attendre et ne rien faire que d'aller travailler en campagne »

Malgré le taux de chômage important de ces médecins en ville, il y avait donc, au Bénin en tout cas, certaines tendances à préférer encore « ne rien faire » que d'aller travailler en campagne !

L'accompagnement plus général, plus institutionnel, est donc précieux au début surtout :

Dr Konate Harouna (Mali)

« Dans mon expérience, quand je suis venu au début et que j'ai demandé de signer un contrat [avec la communauté], on a fait 3 mois... puis on a fait une année....

Sans contrat ! J'ai dit « mais pourquoi on ne signe pas un contrat ? » Ils disent « attendez, attendez ». C'est-à-dire qu'on vous paye un salaire sur lequel vous vous êtes entendus verbalement, mais on ne signe pas un contrat tout de suite. On ne vous donne pas tous vos droits, la sécurité sociale, tout cela. Mais quand on a fait la formation, quand vous avez été encadré par Santé Sud à travers un processus d'installation, c'est la base !! Avant même de commencer à travailler, vous signez d'abord : tout est expliqué à la communauté, tout est codifié, donc tout le monde s'engage en connaissance de cause. C'est ça l'avantage ».

L'accompagnement permet de disposer d'un contrat et de droits dès le départ

C'est là une spécificité malienne, car dans les autres pays, les « conventions » ne garantissent aucun droit de manière effective !

- AU-DELA DE L'INSTALLATION

Au-delà de l'installation dont on a bien vu l'importance en supra, il y a bien d'autres choses qui facilitent l'ancrage et le maintien des MGC :

« Il y a le compagnonnage par un Référent Maître de Stage »

Dr Barry (Guinée)
« Et puis il y a un accompagnement à avoir des projets. Des projets qui font du compagnonnage, c'est-à-dire que les MGC qui s'installent sont coachés par un RMS et ensuite, il y a des réunions de pratiques entre pairs. On peut choisir un cas intéressant et on expose. Par exemple sur l'envenimation par morsure de serpent. Donc on se met d'accord sur un protocole et chacun l'applique.

« et aussi l'accompagnement à monter des projets... »

Mais dans le cas du compagnonnage, c'est un ancien qui accompagne un plus jeune. Ça se sont des projets qui nous ont beaucoup aidés. Moi, on m'a accompagné dans des kits solaires. Pour mieux travailler. Ensuite il y a eu le « projet laboratoire ». Avec cela, on peut faire le taux d'hémoglobine, le taux de PCR, beaucoup de chose. Mais sinon en situation d'isolement, on est très, très limités ».

«et il y a les réunions de pratiques entre pairs »

A ce stade, il s'agit toujours d'un accompagnement à du renforcement de compétences et parfois encore d'équipements. Le renforcement de compétences doit s'envisager sous diverses formes : à travers le projet directement, entre médecins ou avec le service public comme on va le voir maintenant dans le témoignage qui suit :

Ayélé Mensah, Présidente AMGCB Bénin

« Vous savez qu'on a un partenariat privé public. Donc une fois installés, on ne nous a pas oubliés. Il y avait des petits renforcements, des petits ateliers, organisés par AIMS en partenariat avec Santé Sud et quelque fois des universitaires qui, quand ils ont le temps viennent un peu. Il y a aussi des professeurs de l'université ou des médecins qui ne sont même pas professeurs, avec qui on a tissé des liens en dehors du programme et que l'on peut solliciter. Aussi bien dans l'université que dans les équipements de nos zones sanitaires. Par exemple j'ai des liens avec certains médecins des hôpitaux de Nikki ».

« ...une fois installés on ne vous a pas oublié. »

En dehors de cela, nous avons aussi des formations que le public organise pour renforcer nos pratiques. Car, comme je le dis toujours, la médecine est dynamique. Il y a des changements de traitements, de nouveaux protocoles ou de nouvelles pathologies, surtout comme par exemple par rapport à cette pandémie de Covid. Ils savent qu'on ne peut pas nous mettre à l'écart. Donc, nous avons eu quand même différents types de formations et le public ne nous oublie pas ».

« ...le public aussi ne nous oublie pas... On a des formations que le public organise »

« Bon, pour la petite histoire aussi, par exemple moi je fais toujours partie de l'équipe de supervision de santé publique. Quand il y a les journées nationales de vaccination, comme je suis un centre de stratégie avancée, on fait appel à moi ».

L'accompagnement par des médecins venant de Santé Sud a été important notamment lors des études de faisabilité, pour aider à suivre et capitaliser les avancées, ainsi que dans certains cas, à travers la mission d'un spécialiste pour renforcer les capacités des MGC dans une discipline particulière :

« Nous avons aussi été renforcés par l'accompagnement d'un kinésithérapeute. Il était envoyé par Santé Sud, et nous a formé en kinésithérapie ici pendant quelques mois. On a eu une formation d'abord théorique à Labé, puis il est venu travailler 2 jours dans mon centre et nous avons appris comment prendre en charge les problèmes de lombalgies, des problèmes de genoux avec des exercices simples. On leur a appris à effectuer des exercices pour que, une

fois chez eux, ils puissent répéter les mêmes exercices. Et puis ils sont soulagés, et les patients ont beaucoup apprécié ça » (Dr. Sow, Ndita, Guinée)¹⁷.

L'accompagnement ne concerne pas seulement le renforcement de capacités. Il peut aussi concerner le rapport avec la communauté.

Dr Ramata Samake, Mali

« La médecine de campagne, c'est très intéressant ! Il faut vivre cela pour comprendre. Si cela ne tenait qu'à moi, tous les médecins vont faire carrière dans la médecine de campagne, avant de choisir ce qu'ils veulent faire. Cela a été une très belle expérience pour moi.

« Parce que à chaque fois quand on a des problèmes, on les appelle. Ils se déplacent depuis Bamako jusque dans les CSCOM »

« L'essentiel c'est d'être bien accompagnés. Car ce n'est souvent pas facile avec la communauté »

L'essentiel c'est d'être bien accompagné. Parce que souvent ce n'est pas facile avec la communauté. Mais si tu es bien accompagné comme avec des ONG comme Santé Sud, ça rendra la tâche facile. Parce que à chaque fois quand on a des problèmes, on les appelle. Ils se déplacent depuis Bamako jusque dans les CESCO à Mopti pour pallier ces difficultés. »

Dans certaines situations, comme on le verra plus loin avec l'expérience douloureuse du Dr Diénaba Sow, cela peut être réellement salvateur. Ce n'est peut-être pas anodin cependant que cette dimension soit surtout portée par des témoignages de femmes. Nous verrons dans le chapitre adéquat (3.6. Genre) ce qu'il en est.

➤ L'accompagnement par le « local »

L'accompagnement n'est pas toujours attendu seulement des opérateurs directs du projet, mais aussi des autorités locales déconcentrées ou décentralisées. C'est là sans doute qu'un accompagnement de l'accompagnement serait sans doute à (re)penser comme le montrent les témoignages qui suivent :

Dr Saka Yarou Mousse, CMC de Tépare Sore (Bénin)

« Il faut l'avouer que je n'ai bénéficié d'aucun soutien ou accompagnement pour l'installation à Téparè-sorè; que ce soit de la part de la communauté ou de la mairie. Cela a toujours été des promesses qui n'ont jamais abouties. La communauté a promis de jouer sa partition pour la réalisation du logement. La mairie a promis les latrines, un incinérateur.

L'ADECOB à sa descente récente a fait le point de mes besoins (logement, renforcement des installations solaires, incinérateur, matériaux, forage), mais rien n'a jamais été encore fait ».

« Beaucoup de promesses »

Dans d'autres cas, l'appui de la commune a été nettement plus important, comme on l'a vu dans le cas du Dr Boro au Bénin. Mais ailleurs, en Guinée en particulier, cette option est nettement plus hasardeuse, compte tenu de l'état de la décentralisation dans ce pays.

Toujours à l'échelle locale-régionale, des appuis sont aussi attendus (bien que non conventionnés), de l'université, et/ou par les services publics déconcentrés.

¹⁷ En réalité, ce kinésithérapeute n'était pas pris en charge par Santé Sud, mais l'on peut considérer que sa mobilisation a été induite par le cadre mis en place par le projet.

« Plus d'appuis de la faculté de médecine après l'installation »

Bénin)

« Après l'installation, il n'existe plus une formation continue avec la faculté de médecine. Par contre avec les autorités du secteur public (de zone sanitaire), il y a des formations continues. Avec le projet [Santé Sud] également il y a des formations (REB, Data Santé...). Avec d'autres projets aussi, mais ces formations sont faites sous l'égide du système sanitaire public (zone sanitaire). » (Ayélé Mensah,

Renseignement pris, l'université de Parakou après le diplôme universitaire n'est en effet que très rarement intervenue auprès des MGC installés. Cela s'explique en partie par le fait que le projet n'avait pas prévu cette forme d'accompagnement après installation.

Mais le défaut d'accompagnement ne résulte pas toujours du fait de manque de moyens, mais parfois aussi de manque de motivations, notamment de la part des MGC, semble-t-il :

Dr Saka Yarou Mousse, CMC de Separe Sore (Bénin)

« Les groupes de pairs étaient très bien. La remarque c'est que, avec le temps, ça a été laissé, pour faute de sacrifice de soi-même. Je ne parlerai pas d'un défaut de moyens financiers puisque je pense que si nous avons la volonté, même sans qu'aucun financement externe ne vienne, nous pouvons organiser ces groupes de pairs.

Les groupes de pairs, à première vue pour d'autres, peuvent être considérés comme des pertes de temps, mais ce sont des occasions qui ont une très grande utilité. Le seul fait de se retrouver entre collègues a une très grande utilité. Le simple fait de s'asseoir juste autour d'une table pour discuter sans même présenter un cas clinique a une très grande importance dans notre vie professionnelle. Je pense qu'il faut reprendre avec les groupes de pairs ».

« On a laissé les groupes de pairs. Mais ce n'est pas un défaut de moyens financiers. C'est pour faute de sacrifice de soi-même »

A titre de comparaison, on notera que dans plusieurs régions du Mali, les médecins communautaires ont pris l'habitude d'organiser entre eux des échanges en groupes de pairs, sans attendre un soutien financier extérieur. A intervalles réguliers, chaque médecin reçoit chez lui pendant un à deux jours ses confrères des districts voisins pour une séance d'échanges de pratiques professionnelles.

- **L'ACCOMPAGNEMENT ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL D'ASSOCIATIONS DE MGC**

C'est là un autre point important très diversement investi selon les pays. Au Mali, l'existence d'une antenne de Santé Sud depuis longtemps a facilité l'accompagnement des MGC, représentés par une association professionnelle en voie de structuration. On l'a vu avec le témoignage ci-dessous du Dr Ramata Samaké.

Au Bénin, une ONG - l'AIMS - a été sollicitée comme partenaire du projet pour un accompagnement plus global, impliquant aussi les autorités locales déconcentrées et décentralisées. Ceci avant que l'association représentant progressivement les médecins prenne la place de l'ONG.

En Guinée, c'est une ONG, FMG, et une jeune organisation de MGC qui sont directement partenaires de Santé Sud.

L'enjeu véritable ici est celui du transfert de compétences autour de l'installation et de l'accompagnement des MGC. Ce rôle a été confié à des ONG - Santé Sud au Mali, AIMS au Bénin et FMG en Guinée - car il nécessite des compétences spécifiques dans la recherche de financement et la gestion du cycle de projet. Ce qui apparait cependant, au fur et à mesure que les organisations professionnelles grandissent et se renforcent, c'est qu'elles

revendiquent d'être associées beaucoup plus directement à ces activités. Cela est légitime : l'accompagnement, la formation continue et la fidélisation des médecins les concernent au premier chef. Mais ce n'est pas sans créer des tensions entre organisations intermédiaires (les ONG en appui) et organisations professionnelles de médecins.

On pressent ici que se mêlent des questions de légitimité et des questions d'accès aux financements étant donné que l'accompagnement est une activité qui peut générer des revenus importants à terme pour ces organisations. Cette évolution se retrouve dans tous les secteurs¹⁸.

Le travail de ces ONG d'appui a toutefois été considérable pour permettre de faciliter les installations, mais aussi mettre en place le cadre conventionné permettant au médecin de pratiquer son métier en zone rurale. Sans doute est-il important ici de bien prendre la mesure de l'ampleur des différents domaines d'activité concernés.

Comme le rapporte le Dr Yacoubou pour le cas du Bénin :

« Nous avons différents objectifs à atteindre dans cette convention programme : installer 7 médecins, construire un référentiel métier ; reconnaître l'association des MGC ; faire en sorte que l'AMGCB soit un partenariat privilégié du système de santé et ait un dialogue privilégié avec le système de santé.

Au total, 6 médecins sur sept sont installés (7 identifiés) et le processus de recrutement a été amélioré en ce sens qu'il y a un appel à candidature qui associe l'AMGCB, le système de santé et Santé Sud qui permet de recruter avec PV et déclaration des résultats.

Ensuite nous avons mis en place la formation des référents maîtres de stage. Cela a eu lieu. La formation qui avait été réalisée devait élaborer le curriculum de formation et également les critères pour être identifié comme RMS. Cela a été fait mais c'est un document pratique.

Pour le diplôme universitaire, nous avons pu organiser le diplôme universitaire et les prochains pas qui étaient que les curricula soient validés par le conseil pédagogique afin qu'ils soient soumis au Conseil de l'université et au Comité scientifique pour que ce diplôme soit reconnu comme diplôme attesté. Et il n'y a pour l'instant que deux DU qui sont organisés : un pour les maîtres-assistants (avec l'université de Nancy) et le DU de MGC ».

Ceci sans parler du suivi de l'installation des anciens et des nouveaux MGC.

Ce que l'on observe en pratique, un peu dans tous les pays, c'est au fur et à mesure que des MGC sont installés, la difficulté, bien normale, de les suivre et les accompagner de manière spécifique, rapprochée et fréquente. La difficulté notamment à continuer à accompagner, par les universités impliquées, la formation de manière continue. Avec de la part de certains MGC, des récriminations et reproches, somme toute assez normaux en définitive. Là encore, le renforcement des associations de MGC apparaît comme une évolution incontournable.

En effet, face à un projet multi-pays dont l'offre d'accompagnement ne peut qu'être standardisée, apparaissent à un moment ou à un autre des décalages avec les aspirations individuelles forcément variables d'un MGC à l'autre. Ces MGC en appellent à un accompagnement plus personnalisé que seule une association de MGC peut prendre en charge sur le long terme.

➤ Les critiques et recommandations formulées par les MGC

¹⁸ On peut ici faire référence à l'histoire des organisations paysannes, qui dans ces mêmes pays, se sont structurées, bien souvent grâce à l'appui direct de coopérations nationales, afin de disposer de leurs propres « service projet ».

La première critique porte sur le choix du site et la participation du MGC et de la communauté à ce choix. On conviendra qu'elle est importante car ce choix conditionne bien des possibilités de s'intégrer ultérieurement.

Dr Elvire Djossou CMC de Worja (Bénin)

« De ma promotion, je fus la toute dernière installée en décembre 2014. L'attente fut longue et pénible. Je commençais à regretter mon choix. Presque une année « perdue » à attendre. J'ai finalement été installée à Diadia, arrondissement de Bagou, commune de Gogounou, où j'ai exercé la MGC jusqu'en juillet 2017. Pour des raisons personnelles j'avais besoin de me rapprocher d'une grande ville mais je ne voulais pas abandonner la MGC. Parce que ce centre était à l'abandon, j'ai donc sollicité un relogement vers le CMC de Worja où je me suis installée depuis lors. »

« Si c'était à refaire je préférerais être impliquée dans le choix des sites »

« Si cela était à refaire, je préférerais être impliquée dans le processus de sélection des sites d'implantation de CMC, voire proposer des sites. Faire partie du comité qui discute des sélections de sites, discuter avec les différents acteurs et réaliser par moi-même, avec l'appui d'un MGC expérimenté. Le plus important est de comprendre la population à laquelle on a affaire, les dynamiques qui la décrivent, les problèmes prioritaires de la communauté afin de ressentir l'interaction à venir. Un médecin décrié par une communauté X peut être très apprécié par une communauté Y. Le choix des sites tel qu'opéré ne permet pas réellement au MGC de se faire une idée claire des défis qui l'attendent, ni de quantifier le niveau de satisfaction du site par rapport à ses critères personnels. Pour aller plus loin, la formation de MGC devrait s'appesantir un peu plus sur la santé communautaire. S'il est vrai que plusieurs étapes de la faisabilité étaient réalisées en amont, les populations bénéficiaires n'intervenaient que très peu, à un stade de quasi-confirmation de l'implantation d'un CMC ; ce qui peut entraîner les réticences que connaissent certains CMC quant à leur fréquentation ».

Ce qui apparaît bien dans les explications complémentaires du Dr Elvire Djossou, c'est que des tensions internes à la communauté ont compromis d'entrée de jeu l'installation du MGC : une partie de la communauté avait demandé à la commune un marché et l'autre partie un centre de santé. Les deux parties étant en tension, un boycott a été organisé par le groupe opposé au CMC. Elle en appelle à un accompagnement à un « diagnostic communautaire » plus socio-anthropologique pour enrichir l'étude de faisabilité somme toute très statistique et économique.

L'importance d'un diagnostic communautaire

Dans d'autres cas cependant, les MGC apparaissent mieux intégrés dans le choix du site si l'on en croit le témoignage suivant. Mais d'autres difficultés sont apparues.

Dr Saka Yarou Mousse, CMC de Téparè Sorè (Bénin)

« Après le DU, l'étape qui suivait le processus d'installation est la visite des sites. Une tournée avait été organisée par l'AIMS à l'intention des futurs MGC. Au cours de cette tournée, nous avons visité tous les sites devant abriter les nouveaux CMC puis à la fin de la tournée, chaque MGC avait fait le choix de son site.

L'étape qui suivait, est le suivi des travaux de rénovation du CMC (construction du domicile, équipement du centre, installation électrique etc....).

Chaque MGC devrait s'enquérir des nouvelles de l'évolution des travaux à l'AIMS. En ce qui me concerne, moi j'avais eu à faire 2 descentes sur le terrain pour voir l'évolution des travaux et pour profiter de faire une petite étude de faisabilité du site. Après la fin des travaux de construction, l'étape qui suivait est l'installation proprement dite.

Cette installation proprement dite avait mis un peu de temps. Il avait fallu attendre encore 6 mois après le DU avant que l'installation proprement dite ne soit faite. Cette période d'attente était trop longue pour nous, jeunes médecins nouvellement sortis de la Faculté de Médecine, pour qui un emploi était un impératif. Je me rappelle que certains de nos pairs (deux

« Entre le choix du site et l'installation, une période de latence assez longue, pour les rénovations du Centre qui peut en décourager certains »

« On a laissé les groupes de pairs. Mais ce n'est pas un défaut de moyens financiers. C'est faute de sacrifice de soi-même »

collègues) avec qui nous avons suivi ensemble le DU avaient fini par se désister, à cause de la longue période d'attente.

En ce qui me concernait moi, j'avais eu à signer en attendant pendant cette période de latence, un contrat de 4 mois dans un hôpital confessionnel ».

De manière plus générale encore, sans doute y a-t-il eu également un manque d'accompagnement autour du modèle d'économie politique de ces MGC et de leur Centre. Un modèle bien particulier, qui ne peut totalement se résumer dans la formule d'une « *médecine privée à vocation de service au public* » comme le montrent les témoignages suivants :

« [ce modèle de Médecine Généraliste Communautaire est un...] succès parce qu'il se construit sur la nécessité d'inclure toutes les personnes, y compris les plus vulnérables, dans un système de santé de bonne qualité. C'est à la fois son essence et son pari. Le projet est assez transparent sur cet aspect, et les MGC sont tout à fait conscients et ouverts à l'idée. Plusieurs témoignages recourent en effet l'idée que la nécessité première, c'est l'accès au soin et l'élimination de toutes les barrières qui donnent accès au soin pour tous. La volonté dans plusieurs centres de mettre en place des mutuelles locales, des fonds d'indigents, ou encore la pratique généralisée du crédit, du conseil, de l'accompagnement social au-delà du simple soin ou de la simple prescription témoigne à suffisance de cette réalité. Pourtant elle se frotte à une autre, tout aussi importante : la rentabilité du centre, et donc l'idée que le centre puisse générer assez de revenus pour garantir un vie « digne » au personnel de santé qui y travaille.

L'importance d'inclure les plus vulnérables...

... mais aussi de vivre bien !

Tous les médecins ont affirmé que le fait de rester dans leur centre depuis toutes ces années était aussi en grande partie lié au fait qu'ils y trouvent une satisfaction pécuniaire : possibilité de prendre soin de sa famille, de se construire/loger, d'assurer éducation et santé pour leur enfants, de se véhiculer (Dr. Barry, Timbi-Madina Guinée) ...

Et donc ce modèle est tout autant basé sur :

« ... l'entrepreneuriat aussi. Parce que quand tu as l'esprit d'entrepreneuriat, ça veut dire que ta réussite dépend de toi-même. Donc c'est en fonction de ça que tu vas agir au niveau du cabinet. Je veux juste dire que le métier de MGC est très récent en Guinée. Et donc les difficultés qui se rencontrent actuellement ne doivent pas être un frein à l'évolution ou à l'installation de ces jeunes, parce que ce métier règle un problème crucial au niveau des communautés. Et par nos propres efforts on contribue aussi à attirer des jeunes dans le métier ».

Si la formule est belle – « *quand tu as l'esprit d'entrepreneuriat, ça veut dire que ta réussite dépend de toi-même* » - on voit donc bien (déjà dans les témoignages qui précèdent mais surtout dans ceux qui suivent), combien elle doit être immédiatement complétée : c'est dans la façon dont le MGC « *entreprend* » en tenant compte du contexte, en tirant parti de ce qui lui est offert comme opportunités qu'il peut réussir.

Car il va en particulier devoir faire avec la dimension « communautaire » qui, comme on va le voir présente de multiples contraintes et difficultés.

On peut même ici parler de **rapport au « milieu »**, plutôt que du simple rapport à la communauté. La notion de milieu impliquant une certaine histoire, une certaine culture, certaines relations (avec la diaspora par exemple) et donc des pesanteurs, des clivages, autant que des opportunités. Ce rapport ne va en tout cas pas de soi et il ne suffit pas de formations préalables sur la question pour garantir tous risques de tensions ou de débordements. La « milieu » peut notamment être un obstacle à l'initiative « entrepreneuriale » des MGC, pour agrandir le centre et donc réaliser des constructions, ou pour l'équiper correctement (laboratoire par exemple, ou équipement d'échographie). Le fait que les centres de santé appartiennent à la communauté ou à des associations de ressortissants guinéens de la diaspora, à la différence du Bénin où ces centres appartiennent à la commune, fait que les MGC en Guinée sont plus qu'ailleurs, cantonnés dans l'idée qu'ils sont de passage...

L'accompagnement pourrait donc pu être plus précis sur ces dimensions, notamment comme on l'a vu, à travers une étude de faisabilité enrichie d'un diagnostic (socio-anthropologique) sur la demande communautaire et les clivages qui la traversent. Il apparaissait important - particulièrement en Guinée où l'Etat est moins présent en zone rurale et où le MGC se trouve directement face à « sa » communauté - de mieux investir cette dimension.

• LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS A TIRER ET APPROFONDIR SUR « L'ACCOMPAGNEMENT »

➤ Sur les constats

L'accompagnement à :	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
A la prise de décision	La difficulté à se lancer en zone rurale sans être accompagnés, l'importance de formations, d'études et de premières dotations qui s'ajustent avec le temps	Les Etats qui se lancent dans cette aventure doivent accorder plus d'importance à la préparation initiale multiple et variée (voir rappel page 33)
Au-delà de l'installation	L'importance du compagnonnage et du coaching par un RMS ; L'importance des groupes de pairs ; Le fait de savoir qu'on peut « appeler et ils viennent » (Mali)	L'importance ici encore de ne pas trop se laisser déterminer par l'existence ou non de moyens extérieurs ; Les différences d'accompagnement selon les pays, liés à la présence ou non d'une antenne Santé Sud ?
Du local	L'accompagnement extérieur du local pour éviter que les appuis des communes restent des « promesses » ; L'importance de l'accompagnement des structures déconcentrées dans le renforcement de capacités.	Un accompagnement là aussi à mieux prévoir et renforcer, notamment par le renforcement des associations de MGC
A la structuration en organisation de MGC	Importante et très attendue. Cela a conduit à la création de structures dans les différents pays.	Apparaît insuffisante, au Bénin surtout. Mais l'apparition d'un nouvel acteur devrait mieux être accompagnée au niveau des relations institutionnelles !

➤ Avec une constante

L'importance d'un accompagnement à un **entreprenariat** orienté autant sur le centre et sa « rentabilité » que sur la communauté, sa « solvabilité » et son « développement »

➤ Sur l'enjeu principal d'accompagnement d'une telle « politique » par un « projet »

On a vu que l'accompagnement réalisé par des ONG nationales, pouvait être en tension avec les prérogatives d'accompagnement bien légitimes par les associations de MGC directement.

Il y a là une question de légitimité à mieux construire. Il peut être important, de bien distinguer une légitimité « médicale » d'une légitimité de « coopération-projet » dans un premier temps surtout lorsque les organisations professionnelles de médecin sont encore jeunes et de portée régionale ou départementale. L'enjeu pour l'accompagnement est donc de travailler à une bonne articulation entre professionnels du cycle de projet et associations de MGC, pour éviter que ces associations à vocation de promotion d'un métier, ne se détournent de leurs objectifs initiaux et deviennent des ONG plus intéressées par la gestion de projet. Cette question est apparue surtout critique au Bénin, mais se retrouve sous des formes atténuées un peu partout, signe notamment de l'importance du besoin d'autonomisation financière. Le débat reste ouvert à ce sujet, mais cette capitalisation tend à montrer qu'il devrait se discuter en tenant compte du temps (jeunesse des organisations) et de l'espace-envergure des organisations professionnelles (dispositif local, national ou international ?). La capacité à monter des dossiers à l'échelle internationale avec des bailleurs de fond nécessitant des compétences spécifiques et généralement couteuses.

L'enjeu au-delà est aussi d'accompagner à repenser le métier de médecin dès qu'il s'agit d'être en zone rurale. Et d'aider à bien définir en particulier le modèle d'« économie politique » lié à ce nouveau métier dans chacun des contextes pays, en tenant compte des « milieux ». Ce dont il s'agit en définitive, c'est l'accompagnement à réduire la tension inévitable entre un modèle « entrepreneurial » basé sur la rentabilité - condition de l'investissement du médecin privé en milieu rural et « l'entreprenariat communautaire » tout aussi nécessaire à la survie du MGC et de son centre. Comme cela ne peut se faire de l'extérieur, la clef de cet accompagnement se trouve certainement dans le renforcement des associations de MGC. C'est donc un accompagnement entre pairs qu'il s'agit d'assurer à moyen et long terme.

On va voir au chapitre suivant combien cet enjeu est nécessaire dans le rapport à la communauté, mais aussi combien à la base déjà, beaucoup de MGC regorgent d'idées et de dynamisme pour trouver des solutions au fur et à mesure des difficultés rencontrées.

3.3. Le rapport à la communauté

Le rapport à la communauté concerne bien des dimensions : l'accueil fait au médecin à son arrivée autant que, à l'inverse, l'accueil aux patients organisé par le médecin dans son centre ; les interactions avec les patients lors des soins au centre ; les interactions avec la population en dehors du centre ; et en définitive le rôle du médecin dans le développement plus général de la communauté.

La communauté elle-même n'est pas considérée comme une entité homogène : il s'agissait de bien faire ressortir les différences intra-communautaires, de même que « extra-communautaire », en n'oubliant pas l'influence éventuelle des ressortissants.

Il s'agit donc d'un vaste sujet, donnant lieu à de très nombreux témoignages. Un thème très important, puisqu'il montre comment et dans quelle mesure s'établit un équilibre entre le MGC et son environnement direct. Cet équilibre, souvent délicat et jamais totalement garanti, étant le principal gage de l'intégration du MGC dans le « milieu ».

Il faut rappeler enfin que les contextes des différents pays diffèrent fortement. En particulier au Mali où les CSCOM sont nombreux, installés depuis longtemps et supposent un droit de regard de la communauté, sur la gestion des centres de santé par le MGC. Ce qui est rare au Bénin et vécu sur un mode beaucoup plus traditionnel et moins encadré en Guinée.

- **LES PREMIERS CONTACTS AVEC LA POPULATION**

Il est une idée répandue que, quand on vient d'un pays, on connaît sa culture. Mais les témoignages reçus vont très vite nous montrer que la réalité est nettement plus compliquée et que pour un médecin formé à la « modernité » les chocs culturels restent fréquents.

Un premier cas très extrême est fourni par la Dr DJENABA SOW au Mali.

« J'ai été recrutée par Santé Sud dans une période de crise en 2013. Durant cette période, on n'avait pas pu avoir de formations préalables avant d'être installé. Donc arrivée sur le terrain et avec ce que j'ai subi, j'ai vraiment vu la nécessité des formations avant d'aller ! ».

« Il y a eu un soulèvement au niveau du village dû au fait que la population disait : « les agents de santé sont en train de faire des mutilations génitales aux bébés, afin que ces jeunes filles-là ne soient pas excisées ». Donc on a été victimes de cela. Il y a eu un soulèvement populaire qui a conduit à la destruction même de la structure de santé. La population a tout saccagé. Tout ce qui se trouvait là-bas comme matériel. Il y avait un autre centre où se trouvait tout le nouveau matériel qui devait revenir à notre centre. Ils ont tout saccagé. Même... il y avait un labo : tout le nouveau matériel de labo, ils ont tout pris : les boîtes d'accouchement, les frigos, les groupes électrogènes les panneaux photovoltaïques.... Ils ont emporté tout ce qu'ils voulaient... sauf les pinces, les ciseaux, ... qui n'avaient pas d'importance pour eux ».

« Tous les agents de santé qui vont venir, on va les tuer »

« J'ai dit 'on va partir'. J'étais avec deux de mes filles le garçon de ma petite fille et une aide. On est rentrés. Le véhicule qu'on a eu ce jour-là, à la sortie du village, il y a un monsieur qui est venu et nous a dit :

« La mobilisation va encore être plus grande et tous les agents de santé qui vont venir, on va les tuer ».

Mais le chauffeur prenait tout son temps. Le véhicule était arrêté. Le monsieur expliquait au chauffeur tous les événements. Je leur ai dit "les agents de santé qu'on veut tuer, c'est nous. Nous, nous voulons nous enfuir. Donc si tu nous gardes ici, s'il nous arrive quelque chose tu seras responsable". Le chauffeur a compris et on est parti. »

Le fond de l'histoire est lié à au manque d'information et à l'importance de croyances locales. Le bébé en question chez qui il apparaît, peu après la naissance, une « crise génitale »¹⁹. La famille va constater des petites pertes de sang et va accuser la matrone d'avoir pratiqué une intervention dans l'esprit de nuire à la future pratique de l'excision de la fillette. Sur fond de radicalisme religieux quelques personnes – une femme leader et le maire – se sont emparés de la question pour fustiger tout le corps médical représentant la modernité.

Le Dr Diénaba Sow va pourtant reprendre un poste de MGC dans un autre village. Il y aura un autre cas similaire. Mais forte de son aventure précédente, elle sera en mesure d'anticiper d'éventuelles tensions en identifiant les personnes avec qui communiquer et prévenir en amont les risques de débordement.

Tout cela, selon le Dr Ayélé Mensah du Bénin, est à mettre sur le compte de l'ignorance :

« Par rapport à la malnutrition, première cause de décès, c'est l'ignorance »

« Par rapport à la malnutrition qui est la première cause ici de décès, on a vu que c'est l'ignorance des mères de famille à intégrer les produits locaux. Et l'ignorance des pères, parce qu'ici c'est le père qui a le pouvoir financier. Mais s'il faut intégrer la nourriture animale, il se dit 'il faut beaucoup déboursé'. »

« Et aussi une des causes de la malnutrition c'est ce qu'on appelle les naissances rapprochées. Il n'y a pas d'espacement des naissances. Les naissances sont tellement rapprochées. On a eu des cas où la maman a accouché et trois mois après elle est encore tombée enceinte ! Ça c'est le cas le plus extrême: en moyenne 9 mois après, elle retombe de nouveau enceinte. Quand l'enfant est au sein, elle arrête l'allaitement si elle est enceinte. L'enfant est mis directement à la bouillie.

Apparemment c'est tabou ici: On ne peut pas allaiter tout en étant enceinte, ce n'est pas 'bon' ».

« Donc pour la première cause, c'est l'ignorance. Par rapport à cela, on a des séances de communication, d'observation et de sensibilisation que l'on fait, lors des séances de vaccination. Parce que, lors de ces séances, on fait la pesée et quand un enfant est de faible poids, on en profite pour faire une sensibilisation. On leur demande quels sont les produits que vous avez actuellement selon la saison, et on leur dit, voici comment vous pouvez utiliser les produits. On fait même quelque fois des démonstrations culinaires. Et quand on a la chance d'avoir des pères de famille qui viennent avec la maman, on leur dit « Ecoute papa, pour nourrir cet enfant-là, toi tu n'as pas besoin de beaucoup, tu es grand ! Je n'ai pas dit d'acheter des produits d'origine animale pour toute la famille. Parce que vous, vous êtes grand, vigoureux et vous n'en avez pas trop besoin. Mais lui il en a plus besoin. Donc juste acheter une tasse ou une mesure du soja, de maïs, de petit poisson, de semences et faire une bouillie enrichissante, cela ne revient pas cher ». Donc, il n'a pas besoin d'acheter pour toute la famille, mais pour le nourrisson qui est dans les bras de sa femme, et cela ne revient pas cher. Voilà ! »

« Ecoute papa, pour nourrir cet enfant-là, toi tu n'as pas besoin de beaucoup, tu es grand ! Mais lui il en a plus besoin. »

¹⁹ Peu après la naissance, certains bébés peuvent perdre un peu de sang. Un curieux phénomène appelé « les règles du nouveau-né » lié aux changements hormonaux. En quelques jours, les hormones sexuelles maternelles qui ont imprégné le bébé sont éliminées (elles ne seront produites qu'à la puberté chez le garçon, comme chez la fille), ce qui fait disparaître ces petits signes d'imprégnation hormonale. D'un point de vue physiologique, la poitrine, les bourses et les lèvres dégonflent. Chez la petite fille, la chute brutale des hormones entraîne une "hémorragie de privation" (semblable à la chute hormonale en fin de cycle chez la femme ou l'arrêt de la pilule entraînant les règles).

Ayant constaté un taux de décès en couche et de mortalité infantile assez élevés dans son aire d'intervention, le Dr Bachir (Guinée) a lui aussi décidé de mieux s'outiller dans ces domaines, se documentant personnellement, en suivant des sessions de formation en santé maternelle et infantile assez régulièrement, et en demandant des conseils aux pairs dans le cercle des MGC de Guinée, lors des rencontres thématiques du COMEC-GUI. Ce témoignage montre que le métier lui-même s'enrichit et se redéfinit dans le rapport avec la communauté :

« Quand je me suis rendu compte qu'il y avait beaucoup de décès de femme en couche et d'enfants en bas âge, je me suis renseigné, et on m'a dit qu'il y a juste une matrone ici qui suit les femmes, et je me suis rapproché d'elle, mais elle n'a pas voulu qu'on collabore. Je me suis donc dit, à chaque fois qu'une femme va venir dans mon centre pour se faire suivre ou pour accoucher ou avec son enfant malade, je vais les satisfaire pour qu'elles aillent parler de moi aux autres. Maintenant dans tout le village, et dans les autres villages ici, ont dit 'ah si ton cas dépasse Dr. Bachir, c'est que c'est vraiment grave.' J'ai remonté la santé des enfants mal nourris ici, en conseillant des modes d'hygiène et d'alimentation aux femmes. Une fois, un nouveau-né qui ne respirait pas, on a tout fait, pendant plus de deux heures, il ne respirait toujours pas, tout le monde avait déjà abandonné, mais moi j'avais toujours espoir, et finalement j'ai réussi à déclencher sa respiration... Dans le village c'était un vrai miracle, tout le monde disait « le Dr. Bachir il a ressuscité un enfant » ... Donc moi, c'est vraiment dans ces domaines là qu'ici, à Hindé, je suis reconnu comme un vrai spécialiste... (rires...) ». Dr. Bachir, Hindé).

Le métier lui-même s'enrichit et se redéfinit dans le rapport avec la communauté

L'investissement personnel dans la rencontre avec la communauté peut être aussi très physique. C'est avec les pionniers et pionnières de la MZR au Mali que l'on trouve les cas les plus remarquables. Notamment celui du Dr Ramata Samaké :

« Un jour, on est venu me voir pour me dire qu'une vieille dame d'environ 50 ans était souffrante. C'était un tableau de paludisme grave. Avec des troubles neurologiques, une hyperthermie... Ils sont venus me chercher. Le hameau n'était pas très loin, mais l'accès était très difficile. La moto ne passait pas. Ils m'ont dit « Docteur vous devez monter sur le chameau ». Moi, je ne savais même pas que je courrais un risque. Le marigot était plein. J'étais trempée jusqu'à la poitrine. Le chameau pouvait glisser et nous emporter tous. On a fait 4 km avant d'arriver au marigot !!! Ensuite on a traversé le marigot à dos de chameau. J'avais tout mon kit !! On est arrivés à midi et je suis resté jusqu'à 18H ! Je suis restée au chevet de la dame à faire les traitements nécessaires, jusqu'à ce que la température baisse. Et c'est à ce moment qu'on a quitté dans la nuit et encore à dos de chameau. On a encore traversé le marigot à dos de chameau et puis faire les 4 km. Le lendemain j'avoue que je n'arrivais pas à marcher. A cause des secousses !!! J'avais mal partout. Moi, je rampais à 4 pattes pour sortir de ma chambre ».

L'engagement du MGC en faveur des gens nécessite parfois d'être canalisée. La médiation de la communauté.

« C'est quand le chef de village m'a dit : « Il faut arrêter avec ça ! Ne traverse jamais à dos de chameau. Le chameau pouvait glisser et tout emporter. Nous, on ne passe pas ! ». Moi je lui ai dit que je ne voyais pas le danger, tout ce que je voyais c'était ma patiente. Pourtant la dame s'en est sortie vivante. Et après l'hivernage, elle est passée me voir au CSCOM avec un peu de céréales, des poulets, elle était vraiment très contente. Elle s'en est sortie ! »

- **LA CONSTRUCTION ET LE MAINTIEN DES LIENS AVEC LA COMMUNAUTE**

L'un des facteurs essentiels de l'intégration du Médecin et du développement de son centre réside très certainement dans sa capacité à tisser des liens avec la communauté et à savoir tirer parti de ce qu'elle propose.

Car au départ ce n'est pas évident comme l'explique le Dr Harouna Konate (Mali) :

« Quand un jeune MGC veut s'installer, il ne vient pas en terrain neutre. Il vient remplacer une chef infirmier ou un infirmier. Et les gens voient un empêcheur. Ils pensent qu'on vient pour empêcher d'avoir leurs business, ... car ils ont beaucoup de liens avec la communauté, des liens de mariage parfois. Mais c'est aussi la population qui demande d'avoir un médecin. C'est la communauté qui a été chez le médecin chef (de district) pour demander un médecin »

« Quand je suis arrivé la première fois, je suis venu trouver que le CSOM était géré par une sage-femme. Le dispensaire était géré par un infirmier, un ancien militaire à la retraite. C'était le cloisonnement. Quand je suis arrivé, l'infirmier a vu en moi un concurrent : celui qui va lui retirer tous ses avantages. Mais parmi ses supporters, il y a en a un qui est venu dans mon bureau et m'a demandé « mais, comment vous êtes venu ici ! ». J'ai dit tout simplement parce que la communauté de Séribaba a demandé au médecin chef de chercher un médecin. Il m'a dit « mais moi, je n'ai pas dit ! En tout cas l'infirmier que nous on avait, faisait notre affaire. Je ne sais pas pourquoi vous êtes venus ! ». Il m'a dit ça tout dru, en face !! »

« J'ai dit peut-être que lui n'a pas été informé, mais c'est la population qui a demandé et tout le monde est au courant. Je suis venu par décision du gouverneur : le maire, le gouverneur, le médecin chef, etc tout le monde est au courant ».

« L'infirmier qui était ici faisait notre affaire ! Pourquoi vous êtes venus ? »

Savoir composer avec la communauté s'apprend donc en partie par les formations (qui éveillent à en avoir la préoccupation), mais surtout sur le tas. Mais composer au point de s'en faire une alliée pour demander des appuis extérieurs est plus rare. On en trouve cependant une belle illustration au Bénin, avec le **Dr BORO (Bénin)** :

« Il faut dire qu'après l'installation du MGC, il y a un gros travail de fond qu'il faut faire. On a eu une formation pour savoir comment faire avec la communauté, mais il fallait, après, pratiquer cela. Parce que ce n'est pas facile. Chaque village à son histoire. Il y a souvent ces clivages-là. Il y a souvent des quartiers et des sous-quartiers dans le village. Et parfois il y a des quartiers qui ne s'entendent pas. Des populations qui ne s'entendent pas avec telle autre population. C'est comme ça ! C'est pratiquement dans tous les villages !

Ce sont des clivages historiques et avec le temps, le politique est venu diviser tout le monde. On a été un peu aguerri (avec la formation) par rapport à cela. Donc le travail de fond, il faut le faire. Car il ne faut pas privilégier une zone par rapport à l'autre. Moi étant du milieu, j'ai pu m'intégrer ».

« Après l'installation, les gens ont pu faire rapidement la différence entre ma pratique et celle des autres. Car je les accueillais dans leur langue. Et je m'étais renseigné sur les clivages, quels sont les clans qui s'opposent et j'ai pu échanger avec les leaders de chaque camp. Pour leur dire 'voilà il y a un centre, c'est pour vous ! Moi je suis médecin je suis juste venu travailler là. On vous a construit des bâtiments, on vous a amené un docteur, on vous l'a présenté, vous avez applaudi... maintenant on m'a laissé seul. Je suis très content, c'est bien ; mais on m'a dit que c'est vous qui êtes le responsable de telle zone, et je l'ai constaté, vous êtes responsable, comment nous allons collaborer ? Proposez-moi la façon dont nous allons collaborer ?' »

« Je m'étais renseigné sur les clivages et je suis allé échanger avec les leaders de chaque camp »

« J'ai rencontré chaque leader, dans chaque camp. Ici dans mon village, il y a deux camps surtout. Ils sont tous de la même ethnie, du même groupe. Mais ils sont divisés en deux par l'histoire depuis longtemps. On s'est bien entendus. Ils m'ont fait des propositions. Ils ont été clairs : 'Voilà, il y a des activités, tu nous informes. Le délégué est d'un camp, il ne nous représente pas. Donc si vous avez une activité, vous informez notre délégué ici'. Dès le départ j'ai compris. Au départ, le centre était un peu sale, un peu dans la brousse, il fallait débroussailler, il fallait sarcler. Donc il fallait envoyer les commissions chez chaque leader. Ce n'est pas seulement gongonner, mais il faut voir chacun séparément et parfois les réunir et discuter, échanger pour montrer ce qui a été fait ».

La mise en place d'un comité limité à certaines fonctions :

« En dehors de cela, j'ai mis un petit comité en place. J'ai pris chaque leader de chaque groupe. J'ai mis ce groupe en place pour un objectif. Parce que c'était compliqué au départ : il faut sécuriser la zone, on était inondé, il faut aménager la cour.... J'ai donc mis ce comité avec des leaders qui sont politiquement lourds et socialement bien acceptés. Que ce soit historico-ethnique ou politique. Donc ils sont au nombre de quatre finalement pour représenter les différents groupes sociaux et politiques. »

« J'ai créé un petit comité avec chaque leader de chaque groupe »

« Je leur ai dit : 'je suis là pour vous aider, mais c'est pour vous le centre'. Donc ils ont proposé beaucoup de choses :

- il ne faut pas faire des tarifs trop chers, ici nous ne sommes pas riches ;
- il ne faut pas nous négliger ; dans les autres centres, on ne nous considère pas,
- il faut nous parler en langue,
- il faut bien nous accueillir...

« Si c'est cela, je vais bien vous parler, accueillir, vous installer... mais en retour je n'ai pas de puit, je suis inondé, il faut que j'aie une pompe, la cour est sale, Ils ont dit nous « on ne peut rien, on n'a pas l'argent ! ».

J'ai dit : 'ce qu'on va faire, on va faire une demande avec vous, on ira déposer cela à la mairie. Mais en attendant on fera un tour pour les voir, pour nous présenter : voilà c'est le médecin, mais il a ceci et ceci comme problème...

« Ils m'ont aidé à plaider la cause du Centre chez le maire »

Le maire a entendu et il a dit « revenez dans une semaine ». Voilà comment tout cela a commencé. Et aujourd'hui vous pouvez voir le résultat »

« Quand le décor a été planté ainsi, c'était plus facile avec la mairie. Le maire m'a invité une semaine après. Je lui ai dit : « oui c'est ça M. le maire ! Effectivement la communauté m'a présenté, Santé Sud a aidé à m'installer, ils ont signé une convention, j'ai vu que vous pouviez faire un appui en matériel, et que, si j'ai des difficultés avec la communauté, vous

pouvez intervenir » donc on a passé en revu notre convention.

Ils avaient ça ! Ils ont signé cela le jour de la convention ! Je lui ai dit : « Vous comprenez que ça va en droite ligne avec les engagements que vous avez pris ». J'ai dit que maintenant j'ai besoin d'eau potable et que c'est urgent. Ils ont dit : « bon pour l'instant il y a un programme pour mettre de l'eau dans les villages. Ton centre n'est pas au village, mais voilà que tu as ce besoin, on va le faire pour vous ». Par ricochet, ils ont fait cela aussi dans un autre centre de la commune. Cela a été réalisé en 2012. Et voilà on a eu le forage ».

Mais la création d'un comité fait débat. Pour certains médecins ce n'est pas nécessaire et cela peut s'avérer très contraignant lorsqu'il s'agit de la gestion du Centre. Beaucoup de MGC ne sont pas favorable à l'idée d'un comité de gestion qui aurait un droit de regard sur les finances du centre (et donc sur les revenus du MGC). En tout cas, il est important de préciser le mandat de ce comité comme on va le voir dans le témoignage suivant :

Dr Nouatin Ariano

« En fait euh, c'est un peu difficile. Le milieu est un peu sensible. Le comité de gestion, on a vu ce que c'est dans le service public. En créant un comité, on ne peut pas faire grand-chose si on ne le réunit pas, alors que nous on est là dans l'optique d'avancer, de grandir. Faudrait pas qu'il y ait des freins à notre envie d'avancer. Les intérêts quand il y a l'argent c'est très compliqué. Nous on est des privés. Si c'est un comité qui peut accompagner dans des sensibilisations et nettoyer le centre, et tout, oui ! Mais quand on dit comité de gestion, ça fait « argent ». Et là, on veut tout comprendre et le médecin ne peut pas être libre pour développer ses idées. Nous, l'association on avait pensé de mettre en place le Codec, un comité de développement des CMC, et là c'est un comité qui gère les questions de développement, la gestion des conflits, mais cela n'a pas prospéré. ... » .

Parfois cet investissement dans la communauté n'est pas suffisant et un petit incident peut décider du sort du MGC s'il n'est pas vigilant, comme le montre **ce témoignage du Dr Yerou Mousse Saka (Bénin) :**

« Mon départ de Gbérou-gbassi avait été une très grande surprise pour moi. Je ne m'y attendais pas. Tout allait normalement très bien avec la communauté. L'année que j'avais quitté le CMC de Gbérou-gbassi était l'année pendant laquelle j'avais atteint le pic de la fréquentation depuis mon arrivée dans le CMC. Je pense que mon départ de Gbérou-gbassi a été un départ politisé. Officiellement, c'est un acteur de la communauté de Gbérou-gbassi, avec qui j'ai eu un petit différend (parce que j'aurais renvoyé sa femme aide-soignante qui était dans le CMC), qui a écrit contre moi. Il aurait envoyé des ampliations à la préfecture et à la DDS (Direction Départementale de la Santé). Il avait fait ceci de façon unilatérale, à l'insu des leaders de la communauté (délégué, sages, jeunes, les groupements de femme etc..). Après que les autres membres de la communauté lui avaient fait des menaces, il avait avoué, être instigué par certaines personnes dont certains acteurs de la mairie, le médecin-chef d'alors de la commune, et même un collègue MGC qui était à ce moment un membre du bureau de l'AMGC. Il avait avoué que la note qui avait été écrite contre moi, avait été rédigée en personne par le médecin-chef lui-même, avant de la lui remettre pour les signatures. Par la suite le DDS d'alors m'a instruit de fermer le centre. Les populations n'étaient pas d'accord avec ceci. Les sages et leaders politiques du village et de l'arrondissement avec le chef de l'arrondissement lui-même avaient formé des délégations à deux reprises pour rencontrer le DDS, mais ils n'avaient pas trouvé gain de cause. Aucune autre alternative ne leur avait été proposée pour pallier leur problème de santé ».

Ce lien avec la communauté doit donc se maintenir, doit se cultiver en même temps que celui avec les autorités locales. Au Mali ou les CSCOM sont plus fréquents, la relation est encadrée par l'ASACO, l'association communautaire qui gère le CSCOM, mais dans les autres pays elle est largement à inventer et tributaire des capacités, ressources et motivations de chacun. On en trouve un autre bel exemple au Bénin encore avec le Dr ACCROMBESSI Armel :

« Pourquoi tu veux me garder, de l'autre côté on me pique et puis je rentre, ça va bien ! »

« En ce qui concerne les activités communautaires, la relation entre le MGC est la communauté sont bonnes. La plupart du temps, quand il y a une demande, le CMC intervient rapidement. Par exemple, s'il y a une association de football qui a une compétition, le CMC participe au transport et à l'achat des équipements, le CMC participe à cela. Pour certaines catégories de personnes, lorsqu'on voit qu'effectivement les moyens ne suffisent pas, il y a un système de dette qui est mis en place. La prise en charge n'est pas forcément conséquente. On les prend en charge d'abord et après quelqu'un ramène l'argent ».

« De l'autre côté, la sensibilisation se fait aussi. Lorsqu'il y a une activité communautaire, le CMC participe. Par exemple la grande mosquée du village. Au moment de sa construction, le CMC a participé par une donation en peinture de tout le bâtiment. Il y a également des sensibilisations qui se font dans les hameaux tout autour.

Également pour les « références ». Il y a une grosse difficulté qui se pose parfois. Lorsqu'ils viennent et qu'il y a une grave pathologie, il y a une difficulté de transport. Les chauffeurs ne sont pas toujours disponibles. C'est alors avec mon propre véhicule que je les réfère. Et puis il faut verser la première somme, lorsqu'il n'y a pas d'accompagnement de la famille. Par exemple pour payer la transfusion de sang avant que la famille ne vienne. »

« Le Centre aide l'association de football des jeunes, la peinture de la nouvelle mosquée, les cadeaux de Noël aux enfants, le transport des malades plus grave, un système de remboursement des dettes ... »

« Pour le recouvrement de dettes, on regarde le comportement de la personne. J'ai un aide ici qui est polyglotte et qui connaît bien le milieu. Je lui demande s'il connaît la personne. Si cette personne vient de loin, on le fait en espérant qu'il paye après. Mais la plupart ramènent ça. Il y a des cas qui ne ramènent pas, mais c'est rare. Lorsque vous faites les soins de cette façon, ils viennent chez vous avant de penser à chercher de l'argent. S'ils savent que chez vous, ils peuvent quand même trouver une solution d'attente, c'est mieux !

Pour les fêtes de fin d'année j'achète une cargaison de jouets et on les distribue d'abord aux enfants qui sont hospitalisés et aux enfants de la communauté. Le 24 et le 25 décembre le centre est plein à craquer d'enfants. Et pour les femmes qui viennent d'accoucher, on offre des pagnes ».

« Ce sont des petits trucs qui permettent de resserrer le lien entre la communauté et le centre. Même les enfants perçoivent que c'est leur centre : c'est là qu'il faut venir. D'autres MGC font cela aussi ! D'autres participent plutôt aux cérémonies dans le village ».

- LES DIFFICULTES RENCONTREES

Bien entendu tout cela n'est pas sans tensions. Les malades arrivent chargés de souffrance et donc d'attentes urgentes. Ils ont aussi d'autres habitudes de soin.

Le Dr Ayélé Mensah (Bénin) confie :

« Il y a aussi certaines situations qui vous mettent mal en tant que médecin ... c'est à dire ils ne te respectent pas. Parce qu'ils ont déjà une expérience du public ou on les traite très mal. Ils viennent déjà avec toute cette frustration-là : « Hé, qu'est-ce que tu fais ? Traites-moi ! Pourquoi tu ne me traites pas ? »

J'ai eu un cas. C'est une femme que j'ai eu en consultation prénatale. Une fois qu'on a fini, je lui ai dit « ça coute autant ». Le prix était un peu plus élevé que les autres femmes, parce que la femme avait une pathologie sur sa grossesse. J'ai pris soin d'appeler l'homme et de lui dire : « -Voilà normalement cela coute tant, mais ta femme à une pathologie et il faut la traiter, donc au lieu de payer ce cout, tu vas encore payer les médicaments, donc ça revient... ». Et bien il s'est levé et a pris le carnet et l'a jeté. Il a dit à sa femme, on y va. Je pouvais me fâcher aussi et lui dire « paye moi quand même la consultation ».

« Il s'est levé a pris mon carnet et l'a jeté. Il a dit à sa femme : on s'en va ! »

Mais à l'accouchement de la femme, 3 semaines après, il m'amène la femme à minuit qui était en plein travail. Quand je suis venu, je voulais lui dire « retourne chez toi, il y a d'autres centres, car il n'avait pas respecté personne au centre ». Mais non, il avait honte et il a reconnu qu'il m'avait fait du tort. Tout s'est bien passé »

« Sur le plan pratique - c'est à dire : on est en zone rurale !! - on a en face une personne qui ne comprends pas forcément ce que tu veux. Si cette population est en ville, elle va accepter ce qu'on lui propose, mais ici, chez elle, il faut l'amener à accepter ce que tu veux. Parce que cette population est habituée aux soins des piqueurs sauvages qui sont là uniquement pour piquer des sous. Moi je les appelle les commerçants de la médecine. Quand ils vont auprès de ces gens-là, c'est simple : le monsieur [piqueur de rue] il a toujours les mêmes molécules, qu'il injecte à tout le monde, il ne fait pas de diagnostic, il s'en fout ! Tout son problème c'est de te donner les injections, point barre!... Donc quand ces populations viennent vers toi, ils ont l'habitude de cela. Quand tu dis « je vais devoir t'hospitaliser », ils ne conçoivent pas ça : « Pourquoi tu veux me garder, de l'autre côté on me pique et puis je rentre, ça va bien ! ». Donc il faut être patient, il faut cultiver la patience. Il faut qu'on se mette à la place de notre population, si je peux me permettre. Si on se met à leur place, on peut savoir comment on peut leur répondre. A l'université, on ne nous a pas appris ça ».

Parfois les difficultés prennent une dimension mercantile. Lorsque la communauté prend conscience que le médecin améliore sa situation, que le centre se modernise, elle cherche aussi à avoir sa part. C'est surtout au Bénin et en Guinée, là où la relation apparaît moins encadrée qu'au Mali, que les cas apparaissent les plus importants.

A commencer par le cas du **Dr Sow à Ndita** (Guinée) :

« Lorsqu'on venait d'être installé, les relations avec la communauté, c'était parfait. Il n'y avait pas de problème, rien, mais maintenant, au fur et à mesure qu'on évolue, la communauté aussi a des ambitions. Maintenant, ils ont un centre, ils veulent que le centre soit rentable financièrement. Là c'est le seul problème qui existe entre nous, parce qu'ils demandent un pourcentage au niveau du centre. Vous savez. Avant, ils voulaient avoir un personnel de santé, le personnel de santé est venu. Mais maintenant, ils commencent à calculer : on a construit là, on a construit la structure, là on doit avoir quelque chose.

C'est la diaspora qui met ces idées dans la tête de ceux qui sont là, presque chaque fois et nous créent des problèmes pour dire, il faut qu'on donne un pourcentage. Ce sont eux qui nous découragent parce qu'ils ne nous appuient pas normalement. Dans les autres, enfin certains centres, il y a la communauté qui les soutient. Je connais un centre où c'est la communauté qui a demandé au médecin de chercher un infirmier avec lequel il va rester, et la communauté paie l'infirmier, voyez ça, c'est encourageant, ce n'est pas le médecin qui enlève son argent, qui paye. C'est la communauté qui paye. Et pourtant, le médecin travaille. Il génère quelque chose, mais c'est la communauté qui prend en charge l'infirmière qui est là-bas. Vous voyez, mais nous c'est le contraire, ces gens-là, ils créent des problèmes, tout ça là, à chaque fois. Ils ont des réunions pour nous créer des problèmes, ils disent que le médecin là, il gagne de l'argent, il ne nous donne rien. Ils nous découragent parce qu'avec ce qu'ils font ça nous fatigue ».

« C'est la diaspora qui met dans la tête des gens, qu'on gagne beaucoup et qu'il faut qu'on leur donne un pourcentage »

« Pour régler cette question, pour moi on peut faire appel à la population, avec les autorités locales en les sensibilisant sur le bien-fondé de la présence d'un médecin ici, et sur la réalité des bénéfices que nous avons. Ou bien le projet peut envisager quelque chose, qui soit généralisé, et on détermine un petit pourcentage. Parce que moi seulement, je ne peux pas faire quelque chose sans que les autres le fassent, parce que moi je ne peux pas faire quelque chose que les autres ne font pas. On peut imaginer des formules, soit on réduit sur les prestations, soit on donne de l'argent... Ou bien on les sensibilise pour leur dire : 'avant vous partiez loin vous soigner, maintenant, vous venez, vous ne pouvez pas avoir d'autres chances, plus de chances du fait que vous venez à pied, vous vous soignez, vous rentrez. Rentrer à pied sans prendre même la moto, ça, c'est le plus grand atout que vous avez.' »

C'est le même problème que rencontre le **Dr Tidiane à Bouroudji (Guinée)**, mais là une solution intéressante a été progressivement mise en place :

« Notre rencontre avec la communauté a été construite sur une convention dans laquelle chaque partie avait des engagements. Mais parmi les engagements de la communauté, c'était de trouver un local pour le médecin, pour son installation et son logement. Il faut dire qu'il y avait une personne qui était là, que la communauté payait à la fin de chaque mois. Et ils ont dit que bon, nous, on a un agent qu'on paye à la fin de chaque mois, mais si on a un agent qui vient travailler et qui ne sera pas payé par nous, nous pensons qu'on n'a pas besoin de demander quoi que ce soit pour le centre. Donc on a signé la convention comme ça. Après mon installation, les choses ont bien commencé ».

« Une année après, la communauté à travers l'association a écrit un mémorandum pour demander la mise en location des locaux. Le montant qu'ils avaient demandé était même supérieur à mes recettes. Donc, comme je n'étais pas venu de moi-même, j'ai envoyé l'information au niveau de la coordination du projet. J'ai dit que j'ai reçu un mémorandum qui demande la mise en location du centre, donc j'ai besoin qu'on réfléchisse ensemble. »

« Le montant qu'ils demandaient était même supérieur à mes recettes! »

« Comment est-ce qu'il fallait faire ? Nous avons engagé des réflexions et organisé plusieurs réunions avec la communauté. Donc, on a demandé réellement si eux ils pensent que je gagne beaucoup d'argent ici ? Mais il faut leur expliquer quelles sont les dépenses qui sont effectuées aussi. Donc on a réuni tous les responsables au niveau de la communauté et le maire pour leur expliquer comment est-ce que nous on fonctionne ! Ils ont dit néanmoins, « comme c'est l'association qui a demandé, c'est elle qui est propriétaire des locaux. Comment est-ce qu'il faut que les 2 parties soient satisfaites ? »

« Après plusieurs négociations, nous sommes tombés d'accord. Nous, on a dit qu'on peut et il n'y a pas de souci. Comme vous avez demandé la mise en location de votre centre, on ne va

pas faire de location, mais c'est sur les prestations qu'on va régler tout. Donc, nous avons dit que la communauté aura droit à 10% sur les prestations du médecin. Mais cet argent va servir au centre : On a un agent d'entretien, beaucoup d'autres dépenses, du déplacement, du renouvellement du matériel donc... On est tombé d'accord sur 10% parce qu'eux ils avaient demandé 35% sur nos recettes. »

« On est tombés d'accord et depuis 5-6 ans le Cabinet paie des redevances à la communauté ! »

« Après, nous avons compris qu'ils ne voulaient pas de l'argent, mais ils voulaient que moi je quitte, car ils avaient vu que le centre commençait à fonctionner, et ils voulaient mettre en place un enfant du village. Mais nous aussi on a été malin. On s'est dit qu'il ne faudrait pas qu'on lâche le centre comme ça, vu que ça commence à marcher. Donc on est tombé d'accord et depuis maintenant 5 ou 6 ans et le cabinet paie des redevances à la communauté ».

L'acceptation par le MGC de payer des redevances à la communauté va amener une autre opportunité : celle de demander en retour que la communauté investisse dans la santé :

« Maintenant il y avait aussi l'autre question, c'était par rapport à l'argent, car il ne fallait pas qu'ils utilisent ce montant pour faire du n'importe quoi. Nous on a dit : 'bon, on accepte de payer. Mais il faudrait que cet argent soit investi dans le domaine de la santé : si vous voulez mettre en place un puits pour le village, dans un village où il n'y a pas de puits ou un forage, on peut utiliser ce montant. Si vous voulez faire un assainissement, vous pouvez utiliser cet argent. Si vous avez un malade et que vous les accompagnez, vous les aidez. Vous pouvez utiliser cet argent, mais cet argent-là ne sera pas utilisé pour d'autres activités en dehors des activités sanitaires.' Donc c'est sûr ça qu'on est tombé d'accord, on a mis en place une commission, donc à la fin de chaque mois, il y a le trésorier qui vient, on fait la situation et nous on paye les 10 pourcent » (Dr. Tidiane, Bouroudji).

« Cet argent devra être utilisé pour des activités sanitaires dans la communauté ! »

- **LE PERSONNEL DU CENTRE : UNE INTERFACE IMPORTANTE DANS LA RELATION MGC -COMMUNAUTE**

On a vu plus haut le cas du Dr Yerou Saka Mousse, qu'une part de son départ obligé de Gbérou-Gbassi était lié au fait d'avoir renvoyé une sage-femme appartenant à une famille influente de la communauté. Ce témoignage peut être présenté comme une faiblesse possible d'un manque d'investissement plus socio-anthropologique de la communauté. Mais il peut être aussi travaillé comme un autre enjeu, celui de bien créer les conditions internes à la gestion du centre, de façon à éviter ce genre de déconvenues.

Le Dr Nouatin a aussi rencontré une situation. Peu de temps après son arrivée dans son Centre, à près de 600 Km de sa famille, sa mère a voulu lui offrir une voiture pour qu'il puisse revenir plus facilement de temps en temps. Cela a été compris par le personnel du centre, comme un enrichissement personnel du fait de l'augmentation de l'affluence au Centre. Afin de lever les rumeurs il a invité un aide-soignant et le délégué de la communauté chez lui à Porto-Novo pendant quatre jours. Le personnel est revenu avec une toute autre perception : « *Mais attendez, vous avez laissé ça tout ça pour venir dans notre brousse là-bas ? Un fils de chez nous ne fera jamais ça ?* ».

« Mais attendez, vous avez laissé tout ça pour venir dans notre brousse là-bas ? Un fils de chez nous ne fera jamais ça ? »

On trouve bien d'autres cas de stratégies développées pour bien se faire accepter par un personnel qui peut, s'il appartient à la communauté, se révéler une interface importante dans la relation !

La formation initiale dispensée à l'université donne bien entendu des indications sur les règles et consignes à définir à l'intérieur du centre, de façon à bien gérer le personnel. Mais au-delà, il y a aussi l'attitude, comme le dit bien le Dr Nouatin : « il faut vivre avec eux. Quand on va dans les hameaux il ne faut pas jouer au citadin ; mangez et buvez comme eux ! il ne faut pas jouer au médecin cravaté, costumé, sept ans d'études, non ! Faut échanger à leur niveau, discuter avec eux, comprendre leur mentalité ! C'est très important ! »

« Il ne faut pas jouer au médecin cravaté, costumé, sept ans d'études »

On retrouve le même esprit chez le **Dr Ayélé Mensah (Bénin)** :

« .. Là aussi ce n'est pas facile. Ce sont des gens de la localité. Donc ils ont pour leur majorité leur parents ici. Quelque fois ils font des bêtises. Mais si tu les tapes sur les doigts, tu peux avoir des retombées. La famille peut se fâcher et commencer à salir ton nom, ils peuvent même aller jusque te faire renvoyer de la localité... à cause de cette bêtise d'un de leur famille, mais eux ne peuvent pas comprendre ça. Pour eux, on est chez eux. Donc, pourquoi tu vas faire cela sur leur fils ou bien leur fille ?

Donc, il y a cette manière de faire ou je les appelle celui qui est à blâmer, l'agent qui a commis la faute et on échange : 'pourquoi tu as fait cela. Je veux comprendre'. Avant de mettre une punition si c'est nécessaire ». Car d'abord, je connais la personne. Et s'il pose un acte qui n'est pas bon, il y a une raison. Car je pense qu'il y a une raison à toute chose. S'il me donne son explication si c'est valable, ok je peux comprendre. Si ce n'est pas valable, j'ai aussi la manière de l'amener sur les rails. Donc il y a la gestion de la population et du personnel ».

« Si tu te fâches sur le personnel, la famille peut salir ton nom dans la communauté »

Une autre stratégie consiste à mettre un comité de gestion du personnel qui implique la communauté. C'est ce qui a été entrepris par le Dr Nouatin

Dr Nouatin Ariano

« Il y a bien un petit comité que j'ai mis en place pour la gestion du personnel. Cela n'a pas été formalisé. Mais c'est pour la gestion des conflits. Comme parmi les aides-soignants il y a beaucoup de fils du village - c'est le personnel qualifié qui vient d'ailleurs - donc quand il y a des petits problèmes, j'invite le comité et je dis voilà ce que votre fils a fait et c'est le comité qui décide « voilà faut le punir » ou bien « non, non, ça c'est un renvoi systématique » et il a est renvoyé. Donc dès qu'il y a un petit problème on en discute ! ».

On trouve ici encore une grande capacité à proposer des solutions adaptées aux situations rencontrées. Mais le respect de l'autonomie du MGC : le Dr Nouatin insiste « c'est lui qui doit décider si cela convient ou non ! ».

- **LE MGC ACTEUR DE DEVELOPPEMENT POUR LA COMMUNAUTE ?**

Comme on l'a déjà vu dans l'exemple plus haut avec le Dr Tidiane, le médecin peut inciter à reconvertir la « dime » payée à la communauté en actions de développement. Mais il y a bien d'autres interventions qui en font un réel acteur du développement local.

Dr Ayélé Mensah, Bénin

« Je peux dire que notre présence ici a permis de renforcer la sensibilisation à certaines questions, par exemple surtout les grossesses précoces. Dans nos arrondissements, le collège se situe au niveau de Serekalé. Et effectivement, je reçois en consultation des filles de 13 à 14 ans qui sont déjà enceintes. Donc un projet est venu me voir pour savoir si j'avais de ces cas-là et je leur ai dit oui. Ils m'ont demandé de participer à des séances d'information pour les sensibiliser. Et j'ai accepté. Si ces filles sont là, c'est qu'il faut qu'elles évoluent quand même. Si elles sont à l'école, ce n'est pas pour être ménagères. Il faut évoluer sur le plan professionnel. On leur a dit d'utiliser les méthodes de contraception. Je n'étais pas très pour, car j'avais peur que ce soit une porte ouverte pour des infections facilement transmissibles. Donc je leur ai dit d'utiliser les préservatifs. Ma communication était plus axée sur les préservatifs. Utiliser les préservatifs : c'est normal quand elles sont pubères, qu'elles ont des envies sexuelles. C'est normal, c'est un besoin physiologique. Mais il faut savoir faire. Mais les autres méthodes, je n'ai pas trop incité sur cela. Si elles chopent le sida, leur avenir est hypothéqué... »

L'appui à des projets de sensibilisation et d'information dans des écoles

« Cela, c'est au niveau scolaire. Au niveau de la communauté, nous avons la chance de faire des séances d'IEC tous les derniers mercredis du mois. On fait aussi des formations en fonction des pathologies les plus fréquentes de la saison. Actuellement, il y a les infections digestives dues à la consommation d'eau. Car il y a la sécheresse déjà qui s'installe. Et il n'y a pas de sources d'eau potable dans tous les campements peuhls et ils se contentent de prendre l'eau de ruissellement qui a stagné là et ils boivent.

La sensibilisation dans la communauté contre les infections

Ça c'est la première cause d'infection digestive.

Ou bien les aliments sont mal protégés. Vous savez qu'ici dans les hameaux, les animaux domestique mangent avec les humains. Ici les cabris mangent dans les marmites dans lesquelles les hommes préparent. Ces vrai, on est des gens de santé, mais on ne voudrait pas qu'ils tombent malades comme ça. Et quand on leur dit ça, « on ne veut pas que vous tombiez malades », ils sont étonnés. Car ils savent que tu vis de cela, de ton métier. Il y a même une dame qui est venue pour dire : 'tu sais si on ne vient pas tu ne vas pas manger.' J'ai ris et j'ai dit « Dieu est grand » ! »

Mais cela va parfois bien plus loin dans l'art de se positionner en tant qu'acteur de changement dans sa société, avec la mise en place de toute une stratégie de lutte contre certaines pathologies par le développement d'une filière de traitement.

L'exemple se situe en Guinée et concerne la mutualisation de la prise en charge des morsures de serpent à Timbi-Madina. Tout part d'une anecdote, lorsque le Dr. Barry reçoit une femme victime d'une morsure de serpent, alors qu'il ne dispose d'aucun traitement pour stopper les effets de l'envenimation. La femme va décéder dans une circonstance tragique et insupportable pour un médecin :

« Pendant qu'on la mettait dans le véhicule pour qu'elle parte, elle appelait toujours le docteur : « Aide-moi, aide-moi », alors que j'étais dans l'incapacité de le faire. Cela m'a beaucoup touché. J'ai dit qu'à partir de cet instant, tout ce qu'on va faire, on verra, mais même si quelqu'un va mourir de morsures de serpents, qu'elle meure avec des soins ».

« Elle me disait aidez-moi, aidez-moi, alors que j'étais dans l'incapacité de le faire ! »

« Cette femme réellement, c'est moi même qui a ramené le corps, j'ai même cassé mon carter tellement, c'était, j'étais, ... ça m'a dépassé, ... Donc lorsque je suis revenu, ce qui m'a surtout motivé, j'ai dit qu'on ne peut pas... quelqu'un ne peut mourir...pas mourir sans soins. C'est à ce moment qu'on a creusé des solutions pour que réellement ça soit réduit, parce que même au niveau des hôpitaux de référence, il n'y a pas de prise en charge. Le centre le plus proche d'ici est à 350 km, or un cas d'envenimation ne peut pas attendre plus de 6h maximum. Pour les formes crotales, il ne faut pas plus de 30 minutes [pour décéder]. »

« J'ai décidé d'aller voir les autorités locales pour leur dire, que réellement il y a un problème. Et parmi ces autorités, j'ai vu le sous-préfet, le maire. J'ai dit : « il est important qu'on organise une journée sous préfectorale sur les morsures de serpent ». C'est ainsi que nous avons organisé une journée de réflexion sur la prise en charge des morsures de serpents. Cette journée a regroupé tous les chefs de district, les 14 districts, les leaders d'opinion, c'est-à-dire les imams, les organisations de la société civile. Nous nous sommes retrouvés dans la salle de la fédération des paysans et ainsi nous avons exposé le problème. Dans la même salle, on a fait une sorte d'enquête pour dire que chaque district n'a qu'à dire quel est le nombre de cas de décès enregistrés au niveau communautaire. C'est ainsi qu'on a recensé là-bas que cette année-là au moins 14 cas de décès. Tout le monde a été étonné, et il est apparu évident que réellement c'est un grand problème ».

« Il faut organiser une journée sur les morsures de serpents ! »

Une commission se met en place pour étudier les voies et moyens

« C'est ainsi qu'on a mis en place une commission qui va permettre de réfléchir à ce qu'on peut faire par rapport à ça. Cette commission a travaillé et ça a coïncidé avec le fait que je devais aller à Dakar pour faire une formation sur l'initiation en épidémiologie. C'est ainsi que je suis parti profiter de mon séjour à Dakar pour aller voir l'Institut Antipoison de Dakar pour lui dire que nous avons une préoccupation. L'idée étant d'apprendre comment ils prennent en charge les morsures de Serpents. Ils ont expliqué qu'ils avaient des points de vente au niveau des districts sanitaires. Chez nous, ça n'existe pas ; nous n'avons que l'Institut Pasteur de Kindia, qui prenait en charge la morsure de serpent. Il n'y avait pas de disponibilité aussi du sérum dans les officines. C'est en fait ça le nœud du problème. L'autre difficulté est liée au coût du sérum. Un seul flacon en officine coûte 1 million deux cent mille francs guinéens.

« Lorsque j'ai pris tous ces renseignements, je suis venu faire le compte rendu sommaire au sous-préfet. C'est ainsi que nous avons organisé une autre journée en invitant le docteur spécialisé dans la prise en charge en Guinée pour nous expliquer la problématique de la prise en charge des morsures de serpents. Il a eu le même diagnostic que nous : le problème est général dans toute la Guinée, et même en Afrique de l'Ouest ; la disponibilité du sérum est insuffisante dans les officines ; le coût est trop élevé pour les habitants... Il nous a donc demandé de réfléchir à comment nous procurer le sérum.

La Commission, a ainsi réfléchi autour de 3 scénarios : travailler individuellement (patient par patient, mais cela rend dépendant des stocks) ; mutualiser l'aide aux personnes (mais ceux qui ne sont pas à risque ne vont pas adhérer) ; ou mutualiser les districts. C'est cette dernière option qui sera choisie et des tarifs établis selon l'importance des habitants par districts :

« C'est ainsi qu'on a lancé l'opération et on a mis en place un comité de gestion. Il est composé de 4 personnes, c'est-à-dire : le président, un trésorier, un secrétaire et le chef de centre comme membre de droit. On a lancé l'opération et en quelques mois on a eu à peu près 15 millions. On a acheté le premier stock qu'on a disponibilisé et chaque année, on renouvelle le stock ».

Un comité est composé

« Sur la prise en charge, on s'est organisé aussi, par exemple, quand un malade vient, avec une morsure de serpent, il doit d'abord prévenir ses parents. Nous allons prendre en charge correctement le patient. S'il y a envenimation, on prend en charge l'envenimation, s'il n'y en a pas, on met le patient en observation jusqu'à ce qu'on détermine si c'est une simple blessure ou une morsure non venimeuse. Nous avons dit que si nous agissons directement entre le centre et le malade, ceux qui cotisent ne vont pas comprendre ce qui vient. On a alors décidé que quand le malade est pris en charge, le chef du district donne une attestation/certificat de résidence pour que le chef du district certifie que réellement, ce malade que vous prenez en charge. De cette manière, chaque district se rend bien compte de la prise en charge qui est faite à ses habitants ».

L'option retenue est de mobiliser à l'échelle de district

Les résultats ne vont pas se faire attendre, au point de mettre en place une mutuelle :

« Pendant les 5 premières années nous avons eu à peu près 105 malades, il y avait 55 cas de morsures avérées. Parmi ces 55 cas, il y a eu 3 cas de décès. Ces 3 cas sont imputés aux personnes qui sont venues des autres villages. Donc ça veut dire que c'est le temps de venue qui a un peu impacté sur la prise en charge ».

« L'un des gros avantages de notre système de mutualisation c'est que les malades viennent très tôt. Même si c'est une feuille ou quelque chose qui touche, ils viennent pour dire que c'est une morsure. Pour vous dire que quand on met en place un système qui permet à la population d'accéder aux soins réellement, les gens viennent très tôt et la prise en charge est bien plus facile. Donc c'est une façon aussi d'enlever les paliers d'accès à certains soins avec la spécificité que le MGC, comme son nom l'indique, doit s'intéresser aussi aux pathologies qui sont spécifiques au niveau de la localité et voir comment on peut agir avec la communauté (qui devient donc un acteur clé de sa propre santé). Sur la base de cette expérience, il est important à la fin de chaque année de faire un diagnostic de toutes les pathologies auxquelles on a été confronté et voir maintenant parmi ces pathologies-là, quelles sont les pathologies pour lesquelles l'accès au soin reste limité, partager les constats avec la communauté, pour que réellement les solutions soient prises entre médecins, communauté pour le bien être des malades ».

Un système de mutualisation qui permet que les malades se déclarent très tôt

« C'est dans ce contexte-là qu'on a mis en place cette mutuelle et cette mutuelle est jusqu'à présent opérationnelle. C'est à partir de cet instant là même, que les gens font encore en plus. Les gens contribuent encore de plus parce qu'ils ont vu l'utilité de la chose. Donc si les patients qui sont soignés des morsures de serpent et qui ne paient que 75 mille GNF, au lieu parfois de 4 millions huit cent mille, et qu'ils sont soulagés, ils font la promotion du centre ».

Le mis en place d'une mutuelle

« Finalement, ce qui m'a beaucoup motivé, c'est que la communauté était très réceptive à cela et qu'actuellement, il suffit qu'on leur dise : « on doit se rencontrer » et tout le monde vient et s'implique. On a aussi développé la transparence aussi : ce n'est pas moi qui achète. Moi je fais la commande, c'est le comité qui appelle le centre Pasteur pour dire que nous voulons tel nombre de flacons. Ils font les transactions entre eux. L'argent des cotisations est versé au niveau du Trésor. Pour dire qu'il y a un mécanisme qui est là, qui donne la transparence ».

« Quand l'autorité locale/l'administrateur est sensibilisé sur sa position par rapport à la population il devient un acteur important pour la réussite des systèmes mis sur pied et pour faciliter l'accès de la population aux soins de santé »

« Quand le district ne cotise pas. A ce moment, c'est le patient qui prend en charge, mais au départ, ça a causé un peu de problème, car si un patient arrive, tu es obligé de le soigner, mais après il n'a pas d'argent pour payer. C'est alors que le sous-préfet a été très clair, en imputant la première responsabilité sur le chef de district. Pour lui, le chef de district doit veiller à la santé de sa population et donc s'il ne s'applique pas, il doit remettre le cachet. Donc quand l'autorité locale/l'administrateur est sensibilisé sur sa position par rapport à la population, il devient un acteur important pour la réussite des systèmes mis sur pied, pour faciliter l'accès de la population aux soins de santé ».

Une démarche qui va être reproduite autour de la santé mentale...

« Riche de cette expérience de la participation volontariste des autorités locales, je suis en train de faire une démarche similaire dans le cadre de la santé mentale : on est en train de voir comment mettre en place des comités locaux de santé mentale pour donner une qualité de vie à ces personnes-là. Voici la situation : les parents qui ont tellement dépensé en médecine générale et traditionnelle pour leurs enfants mentalement déficients qu'ils en arrivent à mettre le malade dans une chambre, l'attacher, et l'y abandonner, parfois pendant 5 ans, 10 ans, 15 ans. Il y a eu quelques projets qui ont essayé de travailler sur ce terrain, mais les choses ne marchent pas à cause de la démarche qui n'est pas communautaire... La médecine urbaine ne peut pas régler ce genre de questions, qui sont aussi des questions de tradition, de coutume et du rapport des uns aux autres dans la communauté, or le MGC est considéré dans les villages aussi, comme étant une grande personnalité, avec laquelle c'est avant tout un rapport de confiance et presque d'intimité qui est construit ».

La reproduction de la démarche sur la santé mentale

... et qui construit des compétences à partager !

« J'ai une expérience de la collaboration avec les autorités que je peux partager, surtout dans la manière dont je construis avec eux les stratégies d'accès aux soins des habitants. Car je me suis toujours dit qu'il ne faut pas que nous devenions simplement des exécutants ou bien des prescripteurs. Le médecin généraliste est non seulement un médecin de santé publique, mais il doit aussi connaître l'environnement même des malades. Est-ce que le malade a la possibilité d'acheter les médicaments ? Est-ce qu'il est responsable parfois de sa maladie ou de son aggravation et pourquoi ? Une fois que ces paramètres sont connus, j'essaie de voir les autorités (ils sont les représentants de la communauté), parce que c'est eux seuls qui peuvent mieux mobiliser la communauté à adhérer à une initiative où par exemple on demande de l'argent, des cotisations, le médecin ne peut pas le faire. Mais j'ai des initiatives personnelles dans mon centre ».

J'ai une expérience de la collaboration avec les autorités que je peux partager surtout sur la manière de construire avec eux les stratégies d'accès aux soins

Au Mali aussi, où l'expérience est ancienne, les témoignages abondent de difficultés surmontées et d'accompagnement des communautés dans leur développement.

Dr Mansour Sy

« La pratique de MGC en milieu rural a été confrontée à beaucoup de problèmes. On peut passer toute la journée à citer des anecdotes. Quand je prends le paludisme qui fait beaucoup de ravages Avec le temps, on est arrivé à faire comprendre que c'est la fièvre qui amène des crises convulsives et que ce ne sont pas des affaires de sorcellerie. Aujourd'hui, ce que les femmes font pour éviter la fièvre convulsive, c'est d'envelopper l'enfant dans un tissu humide pour faire baisser la fièvre ».

Un exemple de collaboration avec les tradipraticiens : « après avoir chassé les djinns, tu réfères l'enfant au Centre et nous on le traite »

« Pour la petite histoire. Il y avait un vieux forgeron qui avait une grande jarre d'eau avec des morceaux de fer dedans. La jarre était dehors et l'eau bien fraîche. Quand les enfants en convulsion arrivaient, ils les mettaient dans la jarre pendant 2-3 minutes. La convulsion s'arrêtait et il faisait des incantations. Pour le vieux c'était le fait qu'il y a du fer, des incantations et ce que faisaient les anciens, mais pour moi c'était le fait de baigner dans l'eau fraîche. Mais on a pu collaborer avec les vieux. On dit : « après avoir chassé les djinn etc, tu réfères l'enfant au niveau du centre et nous on le traite ».

« Il y a beaucoup d'exemples. Par exemple il y a des cas de fractures où des familles [de tradipraticiens] sont réputées dans le traitement de ces fractures. Mais lorsque les fractures sont proches des articulations, c'est plus compliqué. On les sensibilise pour qu'ils viennent à nous dans ces cas et réfèrent les personnes chez nous pour qu'on les opère. Pour les autres fractures, on mettait le membre dans une position anatomique appropriée et il faisait les incantations et mettait une attelle comme il voulait, mais on les accompagnait en cas de fracture ouverte avec des pansements et une couverture antibiotique ».

« Du point de vue prévention ce n'était pas rare dans certaines zones de voir une dame avec un enfant malnutri, un enfant au dos et enceinte. Donc on a organisé la planification en allant

faire des animations dans les villages. Et en plus de la planification, on faisait des causeries sur la nutrition... On faisait des démonstrations culinaires... »

On peut dire qu'on a participé peut-être positivement au changement de comportement de la population. On est même arrivé à ce que les femmes s'organisent en association pour mettre un certain pourcentage du produit de leur jardin collectif dans une caisse pour aider à financer la consultation prénatale. Elle était devenue gratuite parce que l'association des femmes finançait le centre à travers cette caisse.

Donc on a fait des petites choses comme ça ».

« Avec le temps et du travail, les femmes se sont rendu compte que le fait de mettre une partie dans la nutrition des enfants et l'amélioration des conditions d'hygiène dans la famille, les enfants tombent moins malade et cela leur permet de libérer du temps pour faire autre chose. De plus en plus elles ont essayé de privilégier cela au détriment de ce qu'elles faisaient pour les fêtes et pour les vêtements et ... Donc elles ont changé de plus en plus de comportements en faveur de l'hygiène de leur famille et de leur milieu ».

« Pour les hommes, il y a un champ collectif. Tout repose sur le chef de famille. Donc il était difficile de transgresser ces trucs mis en place. Mais on a pu organiser les gens autour d'une mutuelle de santé. Comme les gens cultivaient le coton, il y avait une cotisation de tous les membres de la famille qui venaient du champ collectif et cela facilitait l'accessibilité aux soins. 70% était payé par l'adhésion à une mutuelle et 30% par la personne. L'argent était directement pris à la source sur le paiement du coton et le chef de ménage ne voyait pas l'argent sortir. Ce qui faisait que c'était moins ressenti. Mais après quelques années il y a eu des histoires (il faut le reconnaître) Car les enseignants ne cultivaient pas le coton et il fallait mettre un processus de compensation, car les producteurs disaient qu'ils payent plus que les autres. Donc on est revenu sur ce modèle et on faisait payer un montant par personne, par famille ».

On reconnaît dans ce dernier témoignage, un processus important par essai-erreur, car la communauté n'est pas inactive et participe à construire ses propres solutions mais aussi ses propres problèmes. C'est donc un processus jamais définitif, toujours à améliorer ou à réorienter.

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« Le médecin dans la communauté est un acteur de développement ! Si je prends l'exemple d'un confrère, il a vu qu'il n'y avait pas beaucoup d'affluence car les gens n'avaient pas assez d'argent et il a proposé aux gens de se mettre en coopérative dans cette région cotonnière. Sur chaque kilo de coton vendu il y a une partie qu'on prélève et qu'on met dans une caisse commune. C'est une sorte de système d'assurance dans la commune. Aussi il organise les gens pour faire des activités génératrices de revenus, du maraichage, des petits ruminants ».

« Et chaque fois que le médecin propose, on prend cela comme de l'argent comptant. Les gens ne s'opposent pas ».

« Enfin beaucoup de MGC participent à des activités de jumelage qui permettent de développer les localités ».

« On est même arrivé à ce que les femmes s'organisent en association pour mettre un certain pourcentage du produit de leur jardin collectif dans une caisse pour aider à financer la consultation prénatale »

« Pour les hommes, il y a un champ collectif de coton. Une partie de l'argent de la production est directement prélevé à la source pour une caisse de soin »

• LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS A TIRER SUR LE RAPPORT A LA COMMUNAUTE

➤ Sur les constats

Dimensions	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
Les premiers contacts avec la population	La formation et l'accompagnement permettent de bien gérer les premiers contacts ; Une posture générale de souplesse et d'écoute du MGC, qui permet d'anticiper et de gérer la concurrence initiale des paramédicaux en milieu rural...	Des cas extrêmes qui peuvent être lourds lorsque le MGC n'a pas eu la formation initiale et s'il n'y a pas d'accompagnement au moment même pour le soutenir.

		Un investissement personnel du MGC qu'il faut parfois canaliser.
La construction et le maintien des liens avec la communauté par des investissements personnels et du centre	Un métier qui se redéfinit et s'enrichit bien au contact des communautés grâce à (et dépendant de) la posture du MGC ; Une approche socio-anthropologique parfois très bien faite, mais variable selon les MGC ; Un investissement matériel et financier des MGC qui contribue au succès du centre.	L'approche socio-anthropologique se révèle critique. Ce travail pourrait être plus accompagné par des pairs ; Une relation à bien vérifier : la propension du MGC à « entreprendre » la communauté pour assurer la fréquentation du Centre.
Les difficultés rencontrées	Des difficultés quotidiennes qui ne manquent pas mais sont généralement bien gérées par les MGC ; L'ajustement important de la demande « dime » à accorder à la communauté (et de beaux exemples en Guinée où le MGC est plus isolé qu'ailleurs face aux pressions de la population et de la diaspora) ; Une tension qui génère une créativité apparemment très féconde chez les MGC	La créativité dans l'art de gérer les tensions avec la communauté s'avère porteuse de beaucoup d'innovations structurantes à mieux valoriser et accompagner. Des effets-impacts sur les communautés à mieux documenter et capitaliser pour les politiques de santé
Le personnel du centre de santé : une interface importante	La gestion du personnel peut s'avérer également très critique dans la relation. Elle est généralement bien assurée par le MGC à travers les règles et consignes, tout autant que l'attitude. Dans certains cas un comité informel a été mis en place pour gérer, avec la communauté, les problèmes liés au personnel. La responsabilité est ainsi reportée sur la communauté.	Il paraît important de bien articuler cette gestion à la connaissance de la communauté lorsque le personnel en est issu. Cela peut être une opportunité comme une menace. La mise en place de petits comités informels peut être une solution particulièrement efficace, mais à envisager au cas par cas.
Le MGC acteur du développement pour la communauté	Des exemples très illustratifs des capacités des MGC à aller bien au-delà du travail de médecin. Bien des exemples qui montrent que le métier se redéfinit dans une perspective large et ouverte à des questions mêlant mise en place d'associations (sociologie), mobilisation d'initiatives et de moyens (économie), mobilisation d'autorités, gestion des conflits, etc (politique).	Là encore des exemples à mieux capitaliser de façon détaillée, afin de montrer le champ des possibles aux nouveaux médecins et à inclure dans les formations

➤ Avec une proposition

De manière générale, il apparaît important de mieux documenter ces expériences pour plus les partager voire les intégrer dans les cursus de formation à la MZR.

➤ Sur l'enjeu principal d'accompagnement du rapport MGC-communauté, par un « projet »

L'enjeu va être d'accompagner sans trop orienter normativement ce qu'il serait bon de faire, ce qui ne devrait pas être fait, mais en laissant la décision finale au médecin – dans les conditions légales de délivrance du service de santé du pays.

Un accompagnement « second » donc, qui part de l'agenda du médecin : à son rythme et selon ses contraintes.

Cela suppose de faire plus confiance au privé, mais cela pourrait être aussi balisé par un peu plus de suivi de la part des organisations en appui. Ici la problématique bien observée au Bénin est de pouvoir accompagner à l'autonomie progressive des associations de MGC.

On verra au chapitre suivant ce qu'on peut tirer comme enseignements des façons d'institutionnaliser la relation entre médecin et services étatiques locaux ou nationaux.

3.4 L'institutionnalisation

Comme on l'a vu dans les parties précédentes, le médecin n'arrive pas dans un terrain vierge. Il y a des infirmiers, des paramédicaux, des tradipraticiens, des « piqueurs de rue » ... L'institutionnalisation d'un certain nombre de règles, de normes... leur édification en loi pour bien reconnaître cet exercice particulier de la médecine est donc essentiel. L'institutionnalisation* doit donc être appréciée sous ses deux dimensions (voir ci-contre).

Mais cela n'est pas évident pour un Etat, de faire la part des choses parmi les différentes expériences menées par des acteurs extérieurs telle que les ONG internationales. Il faut du temps, mais aussi des supports pour documenter et faire la différence.

L'institutionnalisation est aussi à prendre de manière large : comme la façon dont la société - dans son ensemble et à travers ses diverses composantes - se saisit d'un sujet aussi important que la Médicalisation des Zones Rurales, pour accompagner la dynamique. Et donc comment les composantes s'allient pour le faire : notamment à travers le développement de partenariats, en particulier de partenariats public-privé, partenariats privé-privé.

C'est au Mali que les choses sont les plus avancées et c'est donc naturellement par ce pays que nous commencerons et terminerons ce chapitre important.

- LES PREMIERES FORMES D'INSTITUTIONNALISATION

Dr Nimaga Karamogo, Président de l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali

« Après les premières expériences, il y a eu des cas où les gens ont commencé à avoir des petits problèmes. Le ministère avait accompagné les premières expériences, mais les médecins ont été confrontés à des tensions avec les médecins chefs. Car ceux-ci avaient l'habitude de travailler avec des paramédicaux, donc c'était « Tonton, oui-oui » !!, Mais maintenant qu'ils avaient des confrères avec les mêmes diplômes, cela posait des problèmes et générait des frustrations ».

L'institutionnalisation
On peut l'apprécier à partir de ses formes : la création d'institutions, de relations partenariales entre institutions (notamment publiques ou privées).

Et on peut l'apprécier aussi dans son processus : la création de règles, de principes (localement avec la communauté), de lois, de cadres juridiques (à l'échelle nationale par ou avec l'Etat).

« Lorsque le ministère a commencé à sanctionner les districts qui avaient des mauvais résultats, cela a commencé à changer. Dans les aires de santé où il y avait des médecins, il y avait de grandes différences. Dans certains districts, il y avait de bons résultats, que ce soit sur le plan curatif, mais aussi sur l'organisation des services de prévention. Il pouvait organiser de bonnes campagnes de vaccination et comprenait la valeur d'un rapport mensuel d'activité, car c'était un baromètre pour lui, pour savoir qu'elle est la santé de ma population.

Un médecin peut penser avoir traité suffisamment de personnes, sans voir que dans certaines aires de santé, il y a 2-3 personnes seulement qui sont passées. Il ne va pas le savoir. Et donc ne va pas se poser la question de savoir pourquoi certains ne viennent pas! Donc c'est extrêmement important de pouvoir analyser la situation. Le bon médecin va chercher le pourquoi! »

Un premier moteur, incitatif à l'institutionnalisation ? L'évaluation des résultats dans les aires de santé.

C'est suite à ces difficultés rencontrées sur le terrain, que les acteurs au Mali décident avec Santé Sud, de se faire accompagner par l'Université d'Anvers (Institut de Médecine Tropicale)

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« Il y avait un certain nombre de problème en pratique sur le terrain. C'est ainsi que l'université d'Anvers est venue pour faire une expérience avec nous, car on avait rassemblé toutes les difficultés. Et puis on a fait des modules pour pouvoir dispenser des formations pour ceux qui veulent faire ce métier de médecine générale en milieu rural. Parce qu'après avoir appris tout dans les universités, dans des milieux où il y a tout [l'équipement], maintenant que tu es en milieu rural, il faut avoir une certaine démarche. Et paix à son âme, notre professeur BARA nous a enseigné aussi la méthodologie de la recherche en milieu rural, car on a fait suffisamment de recherches en milieu urbain, mais il y a beaucoup de pathologies à étudier en milieu rural. Il y a eu des thèses avec les universitaires. En même temps, on s'est dit : il y a certaines pathologies qu'il faut que l'on traite et c'est ainsi que l'on a mis en place les réseaux de soin. Le premier c'était l'épilepsie, avec une recherche sur les liens entre épilepsie et onchocercose. C'est ainsi que je suis rentré dans cette recherche. Mais j'avais besoin d'une formation en épiléptologie. Je suis allé à l'Université de la Méditerranée à Marseille dans le service de Guy Farnier, près du centre de Pierre Genton. Nous avons mis en place ce réseau de soin qui fait la fierté du Mali et partout nous avons des médecins non-neurologues qui prennent combien de milliers patients. Chaque année, je vais faire des communications au projet sur ces différents éléments. Nous étions un noyau de six et actuellement sommes une trentaine de médecins experts pour gérer les problèmes d'épilepsie. »

L'institutionnalisation d'une formation initiale.

L'importance de formations complémentaires sur certaines pathologies. Et l'institutionnalisation progressive en réseaux de compétences.

« Et puis nous avons développé un réseau d'hypertension artérielle et le diabète, car ce ne sont pas des maladies réservées au milieu urbain : on en rencontre beaucoup en milieu rural ».

« Le réseau aussi santé mentale. On a formé des gens grâce au laboratoire Sanofi. Maintenant on a des gens qui sont formés avec l'association mondiale pour la psychiatrie sociale. C'est toujours des médecins généralistes communautaires qui ont les compétences pour gérer ça. Et nous sommes fiers que dans les grandes villes, de plus en plus les gens quittent les villes pour venir voir ces médecins en zone rurale. Et aussi pour la drépanocytose qui n'est pas rare dans nos communautés ».

Où l'expérience commence à produire ses effets 'institutionnels'

Un Etat qui « met le paquet pour qu'on puisse valoriser cette médecine de campagne et même aller plus loin vers une équipe de santé ».

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« Petit à petit les médecins et l'Etat ont vu tous les résultats de ce travail. Alors, il y a eu une mission de l'OMS pour évaluer la médecine de campagne. Et cette évaluation a dit que « c'est une des meilleures stratégies pour pouvoir sortir de la sous-médicalisation ». Je me rappelle le prof Ibrahim Samba à Addis Abeba, a tapé sur la table pour dire que, « le Mali est en train de faire la santé primaire médicalisée » et le représentant du Togo a dit « le Mali à un brevet à vendre aux autres Etats, car beaucoup n'ont pas ce réflexe d'envoyer des ressources humaines qualifiées en zone rurale ». Nous avions à l'époque une stabilité de 60 % de MGC qui étaient restés dans le métier. Ailleurs, il n'y en a pas ». Et avec un processus qui va depuis le village jusqu'à l'autorisation du maire ou du chef de district. Donc c'était un processus où tout le monde était impliqué.

A Addis Abeba, le représentant du Togo a dit « le Mali à un brevet à vendre aux autres Etats car beaucoup n'ont pas ce réflexe d'envoyer des ressources humaines qualifiées en zone rurale ».

Un processus qui part du village jusqu'à l'Etat en passant par l'autorisation du maire ou du chef de district

C'est ainsi que dans le programme de développement socio-sanitaire au Mali, il a été dit: « Désormais on va vers des centres de santé avec médecins, on va vers la médicalisation des centres de santé communautaires ». Partout où il y avait des infirmiers ou des infirmiers comme chefs de poste, tous ces villages ont commencé à demander des médecins: « pourquoi tous les gens vont se soigner à côté là où il y a un médecin et pourquoi pas moi ? »

Et l'Etat a mis le paquet pour qu'on puisse valoriser, vulgariser cette médecine de campagne et aller même plus loin en disant il faut une équipe de santé maintenant. Cela veut dire que la médicalisation c'est un médecin et toute une équipe: la sage-femme, le laborantin, l'infirmier, les techniciens de surface, c'est un minimum de 9 personnes dans un centre de santé vraiment digne de ce nom.

Un aspect important concernant le rôle de Santé Sud dans cette évolution, repose sur l'accompagnement à cette institutionnalisation du village à l'Etat ! Selon le Dr Karamogo ce suivi de Santé Sud Mali a été extrêmement important :

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« Santé Sud [Mali] et l'AMC, j'aime à dire qu'ils sont frères jumeaux. A telle enseigne que quand on voit Santé Sud, on pense tout de suite à la médecine de campagne. Ils ont joué un rôle extrêmement important dans le suivi des MGC. Pendant trois ans, tous les trois mois ou les six mois, Santé Sud venait pour voir les rapports du médecin avec son équipe, les rapports du médecin avec la communauté, les rapports avec les autorités locales. Il faut dire que l'AMC était bien organisée aussi au niveau de chaque région. Nous avons des mentors qui supervisent les MGC au point de vue du travail, mais aussi au point de vue relationnel avec tout le monde: l'équipe de santé, les autorités, les médecins chef de district, etc.

A chaque fois qu'il y a un problème, le mentor intervient et s'il ne parvient pas à régler le problème, Santé Sud intervient, il y a un comité de crise qui se met en place. Nous avons résolu beaucoup de problèmes dans ce cadre, avec l'AMC, Santé Sud et les partenaires. Ce qui fait qu'on n'est jamais arrivé à un point de non-retour entre la communauté et le centre. Il y a eu de grands débats qui ont failli tourner au vinaigre. Santé Sud a beaucoup conseillé dans ce domaine-là. De même dans les formations. Et dans l'arbitrage entre les intérêts et le médecin, l'AMC et Santé Sud ont toujours veillé aux deux. Pour l'AMC comme Santé Sud, ce n'est pas seulement un combat pour le médecin mais aussi pour la communauté. Santé sud a parfois dû aller jusqu'au haut niveau, au niveau du cabinet, pour résoudre certains problèmes.

Santé Sud est aussi intervenu avec l'AMC dans la relation avec l'Etat. Avec de grands ténors médecins, très importants dans la santé au Mali, qui ont beaucoup joué un rôle [le Dr cite beaucoup de noms de médecins].

Elle est intervenue aussi auprès de l'Ambassade de France, de l'Union Européenne, qui sont intervenus au début du processus. (...) Au fond, Santé Sud intervient entre l'offre et la demande. Les communautés qui ont besoin d'un médecin s'adressent à Santé Sud. Les

L'importance du rôle de Santé Sud dans cette institutionnalisation depuis les villages jusqu'à l'Etat

médecins qui ont l'intention aller en milieu rural se mettent en relation avec Santé Sud. Santé Sud met les médecins en relation avec leur communauté, ils vont voir ensemble les responsables de la mairie et après ils passent voir le médecin chef de district pour négocier. C'est ce rôle que Santé Sud joue au niveau local. »

Cependant si la médicalisation des zones rurales devient, suite à l'évaluation de l'OMS, inscrite dans la politique nationale, ce n'est pas forcément dans les termes engagés par Santé Sud et ses partenaires.

Dr Mansour Sy

Avec l'évaluation de l'OMS en 2008-2009, le gouvernement du Mali a pris l'installation des médecins dans la politique du Mali. Mais pas dans la version de Santé Sud au total. Ils sont conscients qu'il faut préparer les médecins à l'installation, mais le principal problème est: comment financer toutes cette formation, car il y avait une formation théorique d'environ 21 jours et une formation pratique de 2x 15 jours chez un médecin formé qu'on appelle le référent maître de stage. »

« Ne pouvant pas assurer tout cela, on invite l'Association des médecins de campagne à venir expliquer le vécu des médecins communautaires. Donc, c'est une seule journée ou on essaye de résumer les 4 modules. Ce n'est pas suffisant, on en est conscient ».

La reprise par l'Etat engendre une standardisation et une réduction des formations.

Un travail est d'ailleurs en cours pour établir un partenariat public-privé avec la faculté de médecine publique et la faculté privée. Il en sera question plus loin dans les perspectives récentes. Pour l'instant, il s'agit de voir comment l'institutionnalisation démarre dans les autres pays.

Dans d'autres pays comme le Bénin, l'expérience est moins concluante. Ou pas encore, car trop récente sans doute... On y constate aussi que les changements politiques ne favorisent pas forcément la transmission des informations. Différentes perspectives s'ouvrent, avec des risques de concurrence que l'on peut voir aussi comme une possibilité d'amélioration ?

Dr Ayélé Mensah, Bénin

« Par rapport à l'institutionnalisation, je dirais que cela évolue avec le temps et nos différents régimes de gouvernance. Depuis que la MZR a commencé on a connu deux présidents. Au début le MGC était installé juste avec la convention quadripartite qu'il signait avec ses partenaires l'université de Parakou, la mairie, le DDS, et le MGC... cette convention était un parchemin suffisant pour représenter l'autorisation du MGC à exercer en toute tranquillité dans son Cabinet médical communautaire²⁰. Le précédent gouvernement avait reconnu la MZR. La ministre est venue sur le terrain pour visiter deux de nos centres et a été impressionnée. Elle se vantait même auprès de ses pairs de la sous-région. Elle a même offert du matériel. Et lors de la séance de restitution au ministère à la fin des 5 ans des premiers programmes, après notre intervention, alors là c'était des cartes de visite qu'on a eu d'un peu partout. Parce que ce gouvernement-là a reconnu la MZR, donc on n'était pas inquiétés par les problèmes de reconnaissance ».

« La convention quadripartite était un 'parchemin' suffisant pour autoriser le MGC à exercer dans son cabinet médical communautaire »

²⁰ On remarquera la formule « cabinet médical communautaire » qui marque bien l'ambivalence consubstantielle des centres de santé dès lors qu'ils sont « pris en main » par des médecins privés. Aucune ambiguïté ici, mais bien une ambivalence normale, assumée, résultant d'une fonction elle-même ambivalente à la fois « privée » et en même temps à destination du « public » (c'est-à-dire de la communauté autant que de la commune) et en lien avec le service public (à travers les prestations effectuées dans le cadre d'un réel service public cette fois-ci : vaccinations, sensibilisations, etc).

« Mais avec le nouveau gouvernement, il y a eu des réformes; il a été demandé à tous ceux qui exerçaient dans le privé comme nous - ayant aussi des services à offrir au public (d'où cette convention) - il a été demandé qu'on ait les différentes autorisations qui sont exigées pour les autres centres qui n'ont pas ce même schéma privé que nous. Donc nous les MGC, on s'est rapproché de beaucoup de collègues et de représentants de l'ordre des médecins pour leur demander comment il faut faire. Ils nous ont dit « Ah, mais non ! Ce sont les nouvelles réglementations. Il faut vous mettre en ordre ». Donc chaque MGC a réuni tous les papiers qu'il faut pour avoir ces deux autorisations là : l'autorisation d'exercice comme médecin privé et l'autorisation d'ouverture et d'exploitation d'un établissement sanitaire privé. Mais à l'heure où je vous parle tous les MGC n'ont pas ces deux papiers. Donc si une délégation descendait de Cotonou sur le terrain pour faire un contrôle ou une supervision, malheureusement certains centres pourraient fermer, parce qu'ils n'ont pas ces documents. Nous avons fait plusieurs tentatives pour les rencontrer [le ministère], mais on a eu que le secrétaire général qui n'est plus en place. ».

« Mais avec le nouveau gouvernement, il a été demandé à tous ceux qui exercent dans le privé et ayant aussi des services à offrir au public, d'avoir les différentes autorisations exigées pour les autres »

Dans ce contexte d'incertitude, deux centres renforcés par le projet ont été fermés et récupérés par le service public pour des raisons pour le moins discutables.

Dr Ayélé Mensah, Bénin

« Malheureusement il y a eu ces cas dans la Donga, où on avait deux CMC installés. Il y en a eu un où un groupuscule de la communauté n'a pas accepté cette façon de travailler des MGC. Ils voulaient une ingérence financière dans les comptes du centre. Ils voulaient contrôler la gestion financière du centre. Ce qui ne devrait pas être le cas. Le médecin gère son centre de manière autonome. Il n'a pas de compte financier à rendre à qui que ce soit. Mais malheureusement avec les réformes, le DDS de ce département a été remplacé. Et le remplaçant a pris la peine de fermer le centre sous prétexte qu'il ne connaît pas le MGC. Il a fermé et la communauté en a profité pour prendre les clés et actuellement c'est occupé par le secteur public ».

Renseignement pris auprès du médecin, il y avait un autre centre proche, géré par la communauté qui avait perdu une bonne partie de sa clientèle du fait de la présence du MGC. Une partie de la communauté s'était donc arrangée pour salir la réputation de ce MGC.

Cette situation a valu la fermeture de deux centres dans cette région du Bénin. Le contexte dans lequel cela s'est fait, le manque de soutien des MGC concernés, a engendré une grande incertitude dans tout le réseau des MGC et un sentiment de ne pas être soutenus. Il a aussi généré du côté de l'administration (la Direction Départementale de la Santé), par manque de communication sur ce qui s'était effectivement passé, une certaine méfiance vis-à-vis de médecins privés accusés parfois de s'enrichir au détriment de la population.

D'autres faits plus ou moins avérés d'abandon de postes par les MGC, ont conduit, dans le contexte du Bénin, à un certain nombre de tensions entre partenaires qui s'expriment dans une demande précise.

Dr Ayélé Mensah, Bénin

« Donc on aimerait bien, parce que nous tous actuellement, on est 19 à être installés dans les départements du Borgou et l'Alibori, que nous ayons le même statut et qu'il ne soit pas inquiété. C'est à dire que tous les documents qui lui ont permis de s'installer, soient reconnus au même niveau. Et qu'il y ait la quiétude. Quand ce n'est pas le cas, tu ne peux pas être à l'aise pour exercer bien ton métier. Donc il faudrait que nos différents partenaires et surtout nos dirigeants nous appuient et nous reconnaissent... ».

« Donc on aimerait bien avoir le même statut et qu'il ne soit pas inquiété ! Il faudrait que nos différents partenaires et surtout nos dirigeants nous appuient et nous reconnaissent »

Ces difficultés et tensions entre acteurs peuvent être aussi interprétées plus globalement, au regard de la période d'incertitude administrative qui a jalonné le projet. Cette période n'a

certainement pas favorisé la signature des conventions quadripartites²¹ censées servir de « garantie » pour exercer en toute quiétude. Selon beaucoup de témoignages, ce document n'a pas été donné aux nouveaux MGC installés et, parmi les anciens également, beaucoup de ces documents n'auraient jamais été donnés, car pas totalement signés par toutes les parties.

Il semble que dans un contexte d'inachèvement juridique de la loi régissant les conditions d'installation et de prestation en milieu rural, tout autant qu'un contexte d'incertitude sur les orientations politiques suite au changement de gouvernement, beaucoup d'autorités se soient abstenues de signer (et de s'engager) en attendant des clarifications²².

On retrouve ici tout l'enjeu d'un accompagnement plus « politique », tel que posé par les enseignements du chapitre précédent, afin de mieux faire reconnaître l'importance d'un métier dont on a dit combien il était nouveau, à « redéfinir ».

Au Mali, comme on va le voir les choses se sont formalisées très progressivement.

- **L'ANCRAGE ET LA RECONNAISSANCE PROGRESSIVE DU SECTEUR PRIVE**

Au Mali, les médecins – dont des privés – se sont progressivement mobilisés pour présenter les résultats dans des ateliers avec la Banque Mondiale. L'appui de Santé Sud à la formalisation d'un certain nombre d'étapes au processus d'installation a certainement contribué à crédibiliser la dynamique, et la posture particulière de médecin privé en milieu rural. Cela a été reconnu par les institutions – ministère, ordre des médecins...- et inscrit dans des directives.

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« Vu qu'il y avait des installations disparates on a dit il faut faire un atelier « Harmonisation de la médicalisation en zone rurale » avec la BM, le ministère de la santé, l'ordre des médecins... et on a donné un certain nombre de directives :

- mise en relation offre -demande
- étude de faisabilité
- la base populationnelle

Ensuite il y a eu les aides notamment de Santé Sud, avec l'accompagnement pour avoir les équipements, les panneaux solaires, pour la maternité, les dispensaires, le domicile...

Après, nous nous sommes dit qu'il faut un suivi des installations. Santé Sud faisait le suivi de tous ceux qui se sont installés. Et on demande aux gens d'être dans les réseaux de soins. Et on est organisé pour faire des études de pratique professionnelle entre pairs. C'est une sorte d'enseignement post-universitaire, on est 12 avec les référents maîtres de sages. Si on n'est pas d'accord, on retient les problèmes pour faire venir des spécialistes. C'est un compagnonnage... et une forme de mentoring ».

On constate aussi d'autres formes d'institutionnalisation moins formelles : un suivi, des études de pratiques, des formes d'échanges, de l'accompagnement...permettent d'enrichir les normes et les règles. Et petit à petit, poursuit le Dr Karamogo, le privé va être reconnu pour ses compétences et des conventions vont être établies, notamment avec des universités pour

²¹A fortiori lorsqu'il y a tentative pour qu'elles soient sextipartites ! L'enseignement à tirer est certainement qu'il vaut mieux faire simple dans le cas de conventions à faire signer.

²² Il s'agit là d'une tentative d'explication a posteriori de notre part, mais personne ne l'a évoquée. Il est probable aussi qu'afin de permettre au programme de se poursuivre, le partenaire sur place ait joué le jeu d'un conventionnement quadripartite plus théorique que réel (mais en tout cas existant dans les attendus du programme), afin que rien ne se fasse pas ! Et qu'en quelque sorte on puisse ensuite, par la démonstration, sinon réorienter les textes en vigueur, du moins obtenir des dérogations. Ceci est confirmé dans le témoignage de la Présidente de l'AMGCB à propos de la ministre de l'époque et son staff, qui suite à une visite sur le terrain était convaincue de l'intérêt de l'expérience. Puis il y a eu un changement de gouvernement... et de gouvernance.

des formations :

« Les médecins ayant cette capacité de réunir les gens et de faire des assises, on s'est mis d'accord avec un bureau d'étude de voir la part du secteur privé dans l'offre de formation. On était à 50/50 et parfois plus. 80% était tenu par des privés ».

Avec le risque cependant d'un éparpillement des apports et des efforts...

« Alors l'Etat a dit : c'est bien mais ces gens sont trop disparates et on ne peut pas dialoguer ».

***D'où la création
d'une Alliance
du Secteur Privé***

Qui conduit naturellement à vouloir regrouper les forces dans une « Alliance du Secteur privé pour la Promotion de la Santé au Mali, cette ASPPSM étant une fédération des associations du secteur privé de la santé...

« On a mis en place alors l'Alliance pour le secteur privé de manière à avoir une association et un exécutif pour pouvoir échanger avec l'Etat. C'est ainsi qu'en février 2014, on a mis en place l'Alliance du secteur privé avec 15 composantes : médecins libéraux avec sage-femmes thérapeutes et herboristes, les biologistes, les laborantins, les journalistes en santé, les ONG spécialisées... cette ASP a été reconnue et intégrée dans l'organigramme du ministère de la santé. L'Alliance est devenue à part entière membre du comité élargi du cabinet ; donc nous nous prononçons sur tous les textes et les articles réglementaires du ministère de la Santé. Avec la réforme, il y a une recommandation forte pour que l'Alliance soit au début de tout le processus depuis la phase d'élaboration jusqu'à l'évaluation.

« Alliance » apparaissant alors de plus en plus comme partenaire dans les instances de décision...

« C'est ainsi que nous sommes membre du comité technique et du comité de pilotage du PRODESS²³ ».

« Avec cette implication du secteur privé, et notamment les médecins de campagne, l'Etat nous a impliqué dans les PDSEC²⁴ au niveau des différents districts pour planifier toutes les activités sur 5 ans sur 10 ans. Et l'Etat nous a fait confiance surtout avec la Banque Mondiale sur l'image des Médecins de campagne d'installer des Sage-femmes en milieu rural. C'est le projet SWEDD où on a mis 16 Sage-femmes et les avons suivies sur 3 ans ».

***Qui va être intégrée
dans les instances
décisionnelles au
plus haut niveau du
système de Santé***

Si ce qui précède donne une idée de la dynamique qui pourrait aussi être suivie au Bénin, il faut rappeler que le contexte est très différent et que des ténors de la médecine, qui avaient pratiqué en zone rurale, et avaient beaucoup investi eux-mêmes des postes dans les institutions publiques, ont largement contribué à valoriser le processus au Mali. Par ailleurs comme on l'a vu, la présence d'une antenne de Santé Sud dans ce pays facilitait beaucoup le suivi.

Comme on va le voir au point suivant, les contextes varient fortement d'un pays à l'autre et les développements récents montrent bien la difficulté de tenter de reproduire un « modèle » particulier de Médicalisation des Zones Rurales.

- **LES DEVELOPPEMENTS RECENTS**

Les préoccupations actuelles diffèrent fortement selon les pays.

²³ La Programme de Développement Socio-Sanitaire, PRODESS est la déclinaison quinquennale du Plan décennal de Développement Sanitaire et Social

²⁴ Plan de développement communal social, économique et culturel

Au Mali la préoccupation est de faire reconnaître la formation des MGC comme une spécialité.

Il faudrait que les modules de formation préalable destinés aux MGC fassent partie du curriculum de formation initiale du médecin généraliste en fin de cycle, comme un enseignement optionnel sanctionné par un Diplôme Universitaire (1 an) au niveau de la faculté de médecine. Par ailleurs, ceux qui ont envie de faire carrière comme MGC pourraient passer un diplôme spécialisé dans ce domaine sous forme de Diplôme d'Étude Spécialisé (4 ans).

Un débat subsiste cependant sur le fait de savoir s'il s'agit de spécialiser la médecine « générale » ou plutôt une médecine générale « communautaire ».

Dr Nimaga Karamogo

« Par rapport à ce processus, on m'avait demandé d'animer la « socialisation » des médecins. Mais c'était du saupoudrage. On leur a dit qu'on avait mis un processus en plusieurs étapes :

- on va faire un stage chez un médecin aguerri,
- après cours théorique pdt 2 semaines,
- après stage pratique.

« Dans ce cas, nous avons été accompagnés par un professeur de santé publique. Il était allé pour une semaine, mais il est resté en disant qu'il apprenait des choses qu'il ne pouvait dispenser au niveau des écoles. Et nous avons signé une convention avec ce Dr de santé publique. Nous nous sommes dit que nos modules peuvent être assez intéressants et avons travaillé avec le département de la santé communautaire pour les valider. Mais nous avons été un peu déçus, car nous avons tout donné, et finalement c'est une sorte de santé communautaire qui a été proposée un peu différente.

Un processus de reconnaissance du MGC comme spécialité universitaire qui n'est prend du temps...

Avec l'ambition d'en faire à terme un cursus international à l'échelle sous régionale

Dans nos réflexions, nous avons approché la faculté de Médecine pour qu'on se mette ensemble sur ces modules, pour qu'ils soient reconnus et que cela compte comme une sorte de crédit s'ils veulent faire la santé publique ou la santé communautaire. Avec l'actuelle convention programme Bénin-Mali-Guinée, il y a eu, Dieu merci, un axe pour aller vers l'institutionnalisation de tout cela. Car si on peut faire passer ces modules au niveau des curricula de la faculté, cela va être important. Et on s'est dit aussi que cela pourrait être porteur à l'échelle sous-régionale ou internationale pour former des médecins avant de les laisser aller sur le terrain. Car c'est vraiment une démarche structurée ou il faut poser un diagnostic sur le milieu et puis des démarches assez

importantes, c'est vraiment un métier ».

« Dans cet axe, on a déjà commencé les choses avec Aminata²⁵, Santé Sud. On a été voir le doyen de la faculté. Certains leaders du Ministère de la Santé ont été contactés pour leur expliquer pourquoi on veut institutionnaliser cette formation. C'est en bonne voie. On est certain que toutes les personnes rencontrées sont convaincues que c'est une bonne chose d'aller vers cela ».

« Nous nous sommes dit que lorsqu'il y aura cette reconnaissance du métier, il y aura soit un diplôme soit un certificat attribué et cette compétence. On sait qu'il y a un grand écart entre la formation et l'emploi, car la majorité de notre pratique c'est dans le milieu rural. Si on certifie que l'on a l'expertise pour aller en milieu rural, c'est extrêmement important. Car on ne nous forme pas dans les universités sur les savoir-être et les savoir-faire [nécessaires au métier en milieu rural]. Et peut-être qu'on devrait le reconnaître carrément comme une spécialité. Cela donnerait de la valeur au métier. On commencerait à publier dans des revues spécialisées ».

Un processus a donc été lancé pour conclure un partenariat avec des facultés de médecine (privée et publique) autour de formations certifiantes.

Mais le processus est parfois ralenti par d'autres interventions.

²⁵ Il s'agit de la cheffe de projet employée par l'ASPPSM au Mali

Dr Mansour Sy

« On a discuté avec la faculté de médecine pour voir comment on peut mettre en place tout ce processus dans le curriculum de formation des étudiants de la faculté. Dans ce processus, on a rencontré des (universitaires) Canadiens qui voulaient aussi faire la même chose, mais eux c'était la médecine de famille. Nous avons participé à l'élaboration de leur module. C'est devenu médecine de famille/communautaire, c'est un DES. Mais eux aussi n'ont pas tout pris [de nos modules]. Ils ont pris des parties seulement. Et cela ne répond pas totalement à nos préoccupations ».

« A la date d'aujourd'hui, nous sommes en train de renégocier avec la faculté de Médecine publique et la faculté de Médecine privée pour savoir comment introduire au moins les 4 modules dans le curriculum de formation en fin de cycle en médecine. Nous sommes dans ce processus ».

Le « détour » par une formation sur la médecine famille/communautaire avec des canadiens. Un détour momentané ?

Au Bénin, l'enjeu est de faire reconnaître le statut spécifique des MGC : Un privé assumé comme étant aussi et en même temps au service de la population, donc avec une mission de service public. Pour ce faire, il y a un travail de communication important à entreprendre afin que les acteurs publics incluant les autorités locales, départementales et nationales puissent prendre en compte la réalité du travail accompli par les MGC sur le terrain. Une autre préoccupation est, en l'absence de statut pérenne des MGC, de les sécuriser par rapport aux investissements qu'ils ont consenti dans leur centre. Cela passe par une étude juridique sur le statut des investissements réalisés dans les cabinets médicaux communautaires et sur leur statut et leur conventionnement avec le secteur public.

En Guinée, où le processus est plus récent, faire connaître l'expérience de médicalisation et ses modalités est encore un enjeu important, qui nécessite dans un premier temps un travail de communication et de visibilité au niveau préfectoral et régional, avant d'aborder le niveau national.

- LES PERSPECTIVES A PLUS LONG TERME

D'autres perspectives méritent encore d'être connues concernant le Mali**Dr Mansour Sy**

« Ce qui est aussi important c'est le financement basé sur les résultats. Ce n'est plus l'Etat qui donne de l'argent pour payer des inputs pour les formations sanitaires, mais on vous donne de l'argent cash, vous savez de quoi vous avez besoin pour avoir le meilleur résultat. Il n'y a pas eu de discrimination entre le secteur privé ou l'Etat. On évalue ce que vous avez fait et les activités que vous allez mener. Vous exprimez les besoins et on vous donne des subsides.

Nous avons trouvé cela très bien. Ce n'est plus l'Etat qui donne un certain nombre de motos. Avec ce système on peut dire, 'non je n'ai pas besoin de toutes ces motos, mais j'ai besoin d'une couveuse pour ma maternité ou bien d'un microscope, etc'. C'est ce système qu'on est en train de faire évoluer aussi. Cela a été une bouffée, car on leur donnait des choses dont ils n'avaient pas besoin. Et il y a un suivi et surtout des primes d'encouragement pour ceux qui font du bon travail, des heures supplémentaires, par des pratiques à coté, etc. »

Un secteur privé qui participe maintenant avec le secteur public à la réflexion sur le financement

A travers un principe de financement par les résultats très porté par la BM

La Déclaration d'Abuja a été créée en 2001 suite à l'engagement pris par les pays de l'UA d'allouer "au moins 15% du budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé". La déclaration a également "exhorté les pays donateurs à accroître leur soutien".

« Par rapport à ce processus de financement basé sur les résultats on est en train de penser à de nouvelles formules avec (un système de taxation sur...) la téléphonie, les mines, les transports, les boissons, les taxes sur les cigarettes. On est à ce stade de réflexion.

L'idée de faire financer la MZR par des taxes

Car au Mali, on se rend compte que l'on peut donner moins que ce que le Mali est supposé donner et obtenir de très bons résultats. On était à 6% seulement du budget [annuel national de la santé]. On s'est dit que si la déclaration d'Abuja nous permettait d'avoir les 15%, ce serait largement suffisant pour avoir les meilleures ressources et avoir les meilleurs résultats. Actuellement, 70% [de ces 6%] vont sur le terrain au niveau primaire et 30% dans l'administration, la politique, etc. Si le département alloue ces 15% nous sommes sûrs que cela va largement dépasser le budget que l'on met dans [nécessaire pour] les Formations Sanitaires »

Une Médicalisation qui pourrait rentabiliser les engagements d'Abudja

Dr Nimaga Karamogo (suites)

« La principauté de Monaco a financé l'installation d'un laboratoire au niveau des CSCOM en milieu rural. Le ministère travaille avec ces centres pour la détection et le traitement de la tuberculose. Cela a été important car le taux de détection par l'Etat était très bas ».

Différentes formes de partenariats public-privé ou privé-privé se mettent en place ... permettant un partage des dossiers

L'installation de laboratoires dans des CSCOMs revêt en effet un intérêt stratégique pour bien des MGC qui veulent renforcer leur autonomie de diagnostic.

« Un autre aspect c'est le développement du système d'information sanitaire numérisé. L'AFD a financé l'informatisation de certaines structures avec le dossier médical partagé. L'Etat a un système d'information sanitaire numérisé avec le DHIS 2. On a travaillé pour qu'il y ait une interopérabilité entre les deux systèmes pour que l'on puisse déverser les données des centres de santé directement dans le DHIS2 »

Un autre enjeu important en effet : l'informatisation améliore la coordination des soins dans le centre et doit permettre à terme de faciliter le transfert des données d'activités des centres communautaires et privés vers le secteur public.

« Les médecins travaillent aussi avec des ONG comme Mary Stoppes International ; c'est aussi du privé-privé. Pour favoriser l'installation des MGC, nous avons fait un plaidoyer à l'Etat pour accompagner par l'allègement de la fiscalité, l'installation à crédit à des taux préférentiels, l'alignement par rapport aux procédures du système national ». Nous avons abordé la BM, mais elle dit que, comme ce sont des petits montants, elle travaille avec des banques locales et il vaut mieux s'adresser à celles-ci, pour prendre du crédit en milieu rural ».

Ces témoignages montrent que la dynamique débouche assez spontanément vers la création de toute une série de partenariats public-privé ou privé-privé, et que la perspective d'avoir des structures fonctionnelles et efficaces en milieu rural intéresse bien des gens.

La dimension de financement des investissements à crédit, ou d'allègement fiscaux étant encore un chantier apparemment récent, et qui mériterait d'être plus accompagné sans doute.

Les principaux enseignements à tirer et approfondir sur « L'institutionnalisation

➤ Sur les constats

Dimensions	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
Les premiers jalons au Mali	L'incitatif initial : L'évaluation des résultats dans les aires de santé ; La définition d'une formation préalable et son institutionnalisation dans le cursus universitaire ; L'institutionnalisation progressive d'un réseau de compétence	Toute l'articulation entre acteurs depuis le village jusqu'à l'Etat en passant par le suivi-accompagnement de la construction d'associations de médecins ,
La production d'effets institutionnels (Mali)	La présentation de l'expérience dans des conférences internationales La formalisation d'un processus depuis le village jusqu'à l'Etat La valorisation au-delà du médecin La réappropriation par l'Etat, malgré la réduction des formations ?	
L'ancrage et la reconnaissance du secteur privé	Le travail du médecin privé est reconnu ; Des conventions établies avec des universités pour des formations ; Une Alliance (une plateforme dans le cas du Bénin, un collège en Guinée ?) se crée, permettant d'être représentés dans les instances décisionnelles de la Santé. Un contexte plus ambivalent au Bénin	De l'importance au Bénin d'un suivi plus rapproché, facilitateur d'une concertation public privé proactive pour définir un statut spécifique des MGC.
Les développements récents	Au Mali, ils concernent surtout la création d'un D.U. et d'un DES et la mise en place d'un système de financement basé sur les résultats dans le public comme dans le privé. Toute une série d'autres enjeux sont investis au Mali concernant les incitations à l'installation et l'investissement, la défiscalisation, etc.	Certains de ces enjeux et perspectives d'avenir mériteraient d'être mieux accompagnés. En particulier la question du financement à crédit des installations et leur sécurisation.

➤ Avec une proposition

Plus accompagner les démarches allant dans le sens du financement par l'Etat et les banques d'une partie du coût de l'investissement dans la Médicalisation des Zones Rurales

➤ Sur l'enjeu principal d'accompagnement d'une telle « politique » par un « projet »

Il semble ici que l'enjeu principal, particulièrement dans le cas du Bénin, soit d'investir le politique. Pour les ONG appelées à l'origine à travailler sur le « non-gouvernemental », cet enjeu ne date pas d'hier, mais reste une contrainte majeure²⁶. Généralement, il est abordé à travers des formes de plaidoyers ou de lobbying. Plus rarement, par le développement de relations continues dans les ministères, avec les directeurs et les agents concernés,

²⁶Voir notre capitalisation sur la question : La concertation entre acteurs privés et publics, pratiques et normes des OSI françaises (F3E 2004)
https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/rap_cap_concertation_2.pdf

permettant de participer à la définition d'une politique publique ou à l'influencer. Une recommandation ici serait d'impliquer des relais auprès des ministères et les directions de la Santé et de créer les conditions pour des rencontres régulières.

3.5 Le Genre

- INTRODUCTION

La thématique est abordée sous un double angle :

- celui de l'égalité dans l'accès aux soins par les populations aux différents services fournis ;
- celui de l'égalité dans l'accès à la profession par les médecins.

La mixité des équipes soignante est perçue comme une évidence. Une problématique genre peut être questionnée ici par rapport à cette pseudo évidence. Il serait intéressant d'interroger le cloisonnement des fonctions à l'intérieur de cette apparente mixité : femme-matrone, homme-aides-soignants ? Nous avons manqué de temps pour questionner cette dimension

Il s'agit aussi de documenter les effets et impacts indirects sur les femmes, leurs activités, leurs connaissances, et en définitive leur pouvoir d'agir.

De nombreux témoignages ont été relevé sur ces matières. Certains ont été déjà en partie repris dans la partie relative à l'installation ou à la relation avec la communauté. Nous les reprendrons ici lorsque cela se justifie. Un accent particulier sera mis sur les femmes médecin dont les conditions de maintien en milieu rural apparaissent notamment plus problématiques pour des raisons diverses à bien distinguer.

- L'ACCES AUX SOINS

- La question de la reproduction

Le constat général - d'une fréquentation surtout par les femmes et les enfants - est bien posé par la Dr Ayélé Mensah :

« Chez moi le taux de fréquentation le plus élevé est celui des femmes et des enfants. C'est 70 à 90%. Elles n'ont pas de contraintes, elles viennent de façon spontanée, mais c'est parfois au niveau de la planification familiale qu'il y a un souci. Le mari n'accepte pas toujours. Mais elles trouvent quand même des astuces. Mais vous savez on dit 'la femme c'est le sexe faible', c'est complètement faux ! C'est le sexe fort et intelligent et malin ! Car ces femmes profitent du jour de marché, pour venir se faire planifier. Car le jour de marché, c'est autorisé pour tout le monde de sortir et venir au marché. Elles vont au marché et profitent pour passer au centre. Et elles acceptent comme planification la méthode injectable qui n'est pas détectable par le mari. Mais c'est quand même là qu'il y a un taux un peu plus faible, dû aux hommes qui n'aiment pas trop ».

« Ici les femmes profitent du jour de marché pour venir se faire planifier ! »

Dans ce contexte du Nord Bénin (celui d'une population peuhle, musulmane essentiellement), les contraintes d'accès aux soins pour les femmes semblent surtout limitées à la question de la reproduction. Le planning familial est mal toléré. La reproduction est en effet au cœur de la problématique du genre et on peut en faire une question plus universelle pour l'Afrique. Mais il importe tout de suite de la voir sous son double aspect.

D'une part la femme enceinte est choyée, comme le dit bien le Dr Elvire Djossou :

« Les femmes enceintes sont choyées. Elles portent l'avenir de leur communauté, et cette dernière compte sur elles. Les femmes en âge de procréer et en cas de maladie sont donc mieux entourées socialement que les femmes ménopausées reléguées au rang « d'accompagnatrices de vie ».

« Les femmes enceintes sont choyées dans la communauté! »

D'autre part, dans le même temps et comme on le sait, la communauté attend d'elle, qu'elle fasse beaucoup d'enfants comme le rapporte le Dr Ayélé Mensah parmi bien d'autres :

« La maman a accouché et trois mois après elle est encore tombée enceinte !! »

« (...) une des causes de la malnutrition c'est ce qu'on appelle les naissances rapprochées. Il n'y a pas d'espacement des naissances. Les naissances sont tellement rapprochées. On a eu des cas où la maman a accouché et trois mois après elle est encore tombée enceinte! Ça c'est le cas le plus extrême : en moyenne 9 mois après, elle retombe de nouveau enceinte. Quand l'enfant est au sein, elle arrête l'allaitement si elle est enceinte. L'enfant est mis directement à la bouillie. Apparemment, c'est tabou ici. On ne peut pas allaiter tout en étant enceinte, ce n'est pas bon ».

Une « attente » qui se traduit aussi par beaucoup de « naissances précoces ». Face à ces situations, le MGC ne manque pas de ressources :

« Je peux dire que notre présence ici a permis de renforcer la sensibilisation à certaines questions, par exemple surtout les grossesses précoces. Dans nos arrondissements, le collège se situe au niveau de Sérékali. Et effectivement, je reçois en consultation des filles de 13 à 14 ans qui sont déjà enceintes. Donc un projet est venu me voir pour savoir si j'avais de ces cas-là et je leur ai dit oui. Ils m'ont demandé de participer à des séances d'information pour les sensibiliser. Et j'ai accepté. Si ces filles sont là, c'est qu'il faut qu'elles évoluent quand même. Si elles sont à l'école, ce n'est pas pour être ménagères. Il faut évoluer sur le plan professionnel. On leur a dit d'utiliser les méthodes [traditionnelles] de contraception. Je n'étais pas très sûr, car j'avais peur que ce soit une porte ouverte pour les infections facilement transmissibles. Donc je leur ai dit d'utiliser les préservatifs. Ma communication était plus axée sur les préservatifs. Utiliser les préservatifs : c'est normal quand elles sont pubères, elles ont des envies sexuelles. C'est normal, c'est un besoin physiologique. Mais il faut savoir faire » (Dr Ayélé Mensah, Bénin).

« Utilisez les préservatifs!! »

On voit ici à la fois toute l'importance de personnes formées à la modernité, et le décalage que cela peut engendrer en termes d'imaginaires et de représentations. Décalage qu'il faut pouvoir gérer, assumer. Il apparaît clair qu'un infirmier issu du milieu n'aurait pas la capacité de produire le même travail. Et généralement cela se passe sans heurts ni tensions. Ce travail prend différentes formes : sensibilisation dans les écoles, accompagnement de projets qui passent sur le territoire avec la préoccupation de genre ou de la santé de la reproduction, conseils lors des consultations, jusqu'aux interventions à l'intérieur des familles, auprès du chef de famille, etc.

Certains avouent cependant une certaine impuissance dans certains contextes. Ici par exemple au Nord Mali :

« Il y a des choses devant lesquelles on est à la limite impuissante.

Par exemple, quand dans la famille il y a une seule personne qui doit prendre les décisions pour qu'on puisse amener la femme ou l'enfant en consultation, si cette personne ne décide pas, personne ne peut amener. Ça c'est notre organisation. Beaucoup de retards sont dus à cela. Soit c'est le patriarce, soit c'est la grand-mère qui doit dire au fils d'amener sa femme enceinte à la consultation prénatale. Jusque-là, il y a ces pesanteurs.

Ensuite concernant la planification familiale, il y a des hommes qui détiennent le pouvoir de décision. Si l'homme n'est pas d'accord, la femme ne peut pas le faire. Ça se sont des réalités qui font qu'on va trouver des femmes qui ont des enfants de moins d'un an et qui sont enceintes encore et qui ont aussi des autres enfants de 3 ans. Donc si elles doivent opter pour la planification, c'est difficile » (Harouna Konate, Mali).

« Il y a des choses devant lesquelles on se sent à la limite impuissante ! »

D'autres témoignages montrent qu'une intervention reste possible à partir du moment où elle est demandée. Ici en Guinée :

« Il y a des cas où on m'appelle, [alors] j'interviens ! »

« J'arrive vraiment à régler certains problèmes même dans les familles, dans les différentes familles ici, oui. Même par rapport à des mariages forcés et précoces, il y a des filles ou bien des mères qui viennent me voir parce qu'elles ne veulent pas que leurs filles soient mariées à un âge [trop jeunes]. Ou bien parce qu'on veut forcer la fille à accepter son mariage. Il y a des cas où on m'appelle, il y a des cas où on me consulte, j'interviens. Il y a des familles ou bien il y a des parents qui comprennent qu'il faut arrêter, que ce qu'ils sont en train de faire n'est pas bon. Aussi il y a des familles qui ne s'entendent pas, mais j'ai réussi à les rapprocher et maintenant ils sont en bonne voie.
(Dr. Tidiane, Bouroudji, Guinée)

Reste qu'il y a beaucoup de tabous constate le Dr Boro Moubachirou (Bénin) :

« Par rapport à la planification familiale, les gens n'adhéraient pas. Si la femme veut faire la planification familiale, c'est qu'elle veut faire la fornication, elle veut faire du désordre. Il faut qu'elle fasse des enfants, si c'est Dieu qui donne il faut faire le nombre que Dieu a donné. Ils avaient une fausse conception de la planification. On leur a dit planifier, ce n'est pas parce qu'on ne veut pas d'enfants. C'est juste pour les faire au moment où on le veut. On ne veut pas que cela vienne accidentellement ».

A nouveau ici, on constate les capacités des MGC à trouver les mots qu'il faut...

- Au-delà de la reproduction, bien d'autres questions liées au genre

Le Dr. Barry du centre associatif médical de Timbi-Madina (Guinée) montre bien combien la place, l'attitude, le comportement de la femme est souvent conditionné par un homme (mari, chef religieux, oncle, etc.) :

« Il faut d'abord définir le genre par rapport au contexte social, culturel, au niveau de la communauté, et voir maintenant comment régler ce qui se pose. Donc c'est ainsi que nous, au niveau du centre médical associatif, les questions de genre que nous rencontrons, nous essayons toujours de les régler au cas par cas ».

La question du rapport au corps et au regard genré :

« Les jeunes filles exhibent difficilement leur corps devant le médecin. Alors, au lieu de lui imposer de faire ce qu'elle ne veut pas en disant 'si tu ne veux pas, moi je ne vais pas te traiter', car alors ça va l'éloigner du centre et donc diminuer son accès aux soins de santé, tu essaies de dialoguer avec elle. Parfois on implique leur mari, leur maître coranique ou leurs parents. Et s'il trouve que réellement elle n'est pas prête pour ce genre de chose, il faut la faire examiner par une femme ».

« Parfois les jeunes filles ne veulent pas exhiber leur corps à un médecin homme »

➤ Au-delà du couple, une question communautaire :

« Car la question du genre est une question communautaire aussi.

Je vous donne quelques exemples :

Il y a plusieurs cas de femmes qui deviennent déficientes mentales ici parce que leur mari qui est à l'étranger les a abandonnées. Du coup, elles ont une santé mentale fragile. Quand je suis ces femmes-là, je demande toujours que le mari soit impliqué, qu'il l'appelle de temps en temps, et ça, ça contribue grandement à améliorer la santé mentale de la fille ».

« Il y a plusieurs cas de femmes qui deviennent déficientes mentales ici parce que leur mari qui est à l'étranger les a abandonnées »

Il faut rappeler ici que la migration, importante dans cette région, est autant un « projet » communautaire qu'un projet familial. Les diasporas jouent un rôle important comme on l'a vu dans le développement des localités d'origine.

« Je vais appeler mon mari pour qu'il puisse envoyer l'argent »

« Une autre problématique c'est au niveau de la prise en charge. Donc vous allez voir que quand vous recevez une malade, pour l'examiner, vous faites la facture et qu'elle dit que je vais appeler mon mari pour qu'il puisse envoyer l'argent par Orange Money ou quelque chose comme ça. Dans de nombreux cas, le mari répond en disant que si l'enfant et malade, c'est de la faute de la femme, qu'elle ne prend pas soin des enfants, qu'elle est négligente, et c'est pour cela que les enfants sont malades... dans ce contexte-là aussi on est obligé d'appeler le mari et le faire raisonner pour dire que réellement, chacun de vous a une responsabilité vis-à-vis des enfants même si tu es loin d'ici. Mais quand même, il faut avoir la confiance à ta femme. Pour que réellement, vous puissiez discuter ensemble de ce qui se passe de façon quotidienne, faut que tu sois imprégné des réalités de la chose » (Dr. Barry, Timbi-Medina).

« Des compromis nécessaires »

La question est parfois tellement délicate que le MGC privilégie l'accès aux soins, à la condition de la femme. Le Dr. Bachir explique la difficulté dans sa zone de travail, à mettre en discussion la question de l'excision, tant elle est explosive. Elle crée de la résistance chez les femmes qui se sentent jugées, chez les plus anciens qui croient aux bienfaits de cette pratique, et organisent des réunions pour mettre à l'index le MGC, quand il évoque la question avec les femmes ou les hommes du village. Il explique qu'il y a une matrone qui travaillait dans le centre qu'il gère actuellement, qui a dû partir quand il est arrivé, parce qu'il n'acceptait pas ses méthodes (accouchements traditionnels, excisions). Elle jouissait d'une telle aura dans le village que ses idées restent encore aujourd'hui dominantes. Ainsi le dilemme est de choisir entre rester sur ses positions anti-excision et voir une grande partie des femmes désertir le centre, ou accepter la situation en privilégiant l'accès aux soins de toutes dans l'espoir d'infléchir progressivement la relation et permettre de se faire entendre.

➤ Pourquoi les hommes viennent-ils moins ?

Outre le fait que les hommes n'enfantent pas, il peut être intéressant de constater qu'ils ne viennent pas facilement au Centre. C'est parfois un sujet d'étonnement.

« Pourquoi les hommes viennent moins ? Je ne sais pas. Est-ce parce qu'ils tombent moins malades ou que la population féminine est plus grande dans la communauté ? Franchement, je ne peux pas donner de réponse » (Dr Ayélé Mensah, Bénin).

Selon la Dr Elvire Djossou (Bénin) il y a une explication possible :

« La principale patientèle des CMC est constituée par les enfants et les femmes. La maladie, qui rend faible, ne doit pas être exprimée par un homme, sauf quand il ne peut plus la contenir ou qu'elle le « terrasse ». L'homme, symbole de force et de virilité, accepte donc peu la maladie et recourt beaucoup plus aux traitements traditionnels ou à l'automédication pour s'en sortir. Il évite ainsi de se montrer « faible » aux yeux de tous. S'agissant même des enfants, ceux de sexe masculin sont beaucoup plus valorisés que les autres. Ainsi, une grossesse de garçon (quand cela a été confirmé) retiendra plus l'attention et sera mieux suivie qu'une grossesse de fille. De même, nous recevons en consultation plus de nourrissons de sexe masculin. Le garçon est encore de nos jours une richesse pour ses parents. Il faut donc en prendre soin. Le recours aux soins (qui engendre des dépenses de santé par paiements directs et est considéré comme appauvrissant) est plus facile quand c'est un des garçons de la famille qui est malade.

« Le recours aux soins est plus facile quand c'est un des garçons de la famille qui est malade. »

Sans doute ici l'indication d'une cible - les hommes - à plus investir dans la dynamique ? A condition cependant de bien distinguer les hommes adultes pour lesquels un travail est à faire pour les convaincre de venir aux soins suffisamment tôt, des bébés mâles qui eux font manifestement déjà l'objet de trop d'attention par rapport aux bébés filles.

- L'ACCES A LA PROFESSION

Il paraît pertinent d'introduire la question par la différence d'acceptation par la communauté en suivant le raisonnement de la Dr Elvire Djossou (Bénin) :

« La femme MGC a également une histoire différente de celle des hommes MGC. Si, pour la pratique de son métier, la femme MGC reçoit beaucoup plus la confiance des communautés femmes et enfants, son statut de cadre, de responsable peut être difficile à accepter dans des communautés où les femmes ne se voient confier aucune responsabilité et dont on ne saurait respecter l'autorité. Mieux, la femme MGC, qui n'est pas vue sous le toit d'un homme, c'est-à-dire sans tuteur ou représentant socioculturel d'autorité ne saurait être ! Afin de mieux s'intégrer, il faut donc présenter son conjoint à la communauté, même s'il est bien loin de vous, afin de prouver votre légitimité de paroles, de pensée et d'actes.

Cela va donc varier selon la zone, le milieu. Mais également selon l'âge et le statut de la femme. Il y a donc femme et femme : le jeune médecin, non encore mariée, sans « tuteur » reconnu, peut avoir plus de difficultés avec la communauté, de même que celle qui ne peut présenter de mari. Ce cas est apparu notamment au Mali, où une des femmes médecin n'a pas été suivie par son mari, resté à Bamako, pas même pour une visite. Elle a fini par rompre avec son mari. Cet appui de la part du mari est donc aussi très attendu dans un tel contexte.

Cela pose plus problème lorsque ce sont les compétences qui sont mises en question.

La compétence même de la femme MGC est remise en cause. Si on accepte que son travail est meilleur et adapté aux besoins, il sera toujours considéré comme moins bien que celui d'un homme, fût-il infirmier voire aide-soignant ». (Dr Elvire Djossou, Bénin)

Ce constat apparaît moins fort dans les témoignages des autres femmes-MGC. Sans doute est-ce lié à une question de milieu. Bien des femmes considèrent en effet qu'il n'y a pas de différence entre homme et femme dans l'accès à la profession.

« Etant femme médecin MGC dans un CSCOM, je n'ai pas rencontré ce genre de difficultés, des difficultés qui limitent les femmes à venir, là où j'étais ».
« Et je vous assure ... c'était à 4 km du CSCOM... Tous les gens de ce village avaient vraiment une considération particulière envers ma personne. Chaque lundi quand le chef de village

venait au marché, il passait chez moi avec un petit cadeau, un petit quelque chose, peu importe. Ça cela m'a beaucoup marqué» (Fatoumata Mamadou Kone, Mali)

On a vu aussi un peu plus haut que certaines femmes n'acceptaient pas de se déshabiller devant un homme-médecin. L'appréciation peut donc sensiblement différer selon le sexe du patient. Les hommes apparaissent plus indifférents au genre du médecin, alors que les femmes y sont sensibles.

Au-delà de la question de la reconnaissance par la population, se pose aussi celle du maintien en poste, étant donné que la femme-MGC doit aussi dans la plupart des cas rencontrés, assumer aussi la charge de l'éducation de ses enfants.

« Il existe également des pressions familiales sur les femmes MGC. Le conjoint, la belle-famille, la famille peut être un obstacle au maintien des femmes MGC dans le projet. Si on a envie de fonder une famille, cela peut être un frein. Et quand on a des enfants en bas âge, et qu'on en a la garde, il faut penser à et pour plusieurs. La mobilité est réduite, les responsabilités familiales plus présentes. Les priorités peuvent changer ». (Dr Elvire Djossou, Bénin)

De sorte que le maintien en zone rurale est beaucoup plus compliqué. Ce constat est confirmé par le Dr Ayélé Mensah, Présidente de l'AMGCB du Bénin :

« Être femme et être MGC , c'est une magnifique expérience ! Une expérience qu'il faut vivre ! Ce n'est pas facile. Depuis le début, il y a 11 femmes qui ont été installées, mais nous sommes 3 actuellement en fonction. Il y a une qui m'a beaucoup marquée quand elle est partie. Cela m'a beaucoup marqué dans le sens négatif, car elle était une pionnière, elle a fait ses stages chez moi et c'est moi même qui lui ai dit de s'installer dans le centre de Boa dans l'arrondissement de Kalalé. A cause de sa situation matrimoniale, elle a été obligée de laisser le métier de MGC. Elle est mariée, a trois enfants, et son mari est fonctionnaire de l'Etat et travaille dans la commune de Nikki. La distance entre les deux était trop longue et le mari voulait que sa femme soit à ses côtés. Donc elle a été obligée de laisser. Et ses enfants sont scolarisés à Nikki auprès de leur papa. Et le papa a dit qu'il faut que toi-même tu viennes pour l'éducation de tes enfants'. Je pense que c'est une cause assez commune à toutes celles qui sont parties. C'est cette situation matrimoniale qui est un peu délicate pour le métier de MGC pour la femme ».

Et même si les témoignages abondent de femmes qui ne regrettent en rien l'aventure et en retirent même beaucoup de fierté, reste que les choses sont plus aléatoires pour une femme au fur et à mesure que sa famille évolue également.

« Si je suis fière d'être MGC, c'est parce que je sais faire quelque chose qui compte ; participer à la vie des gens, avoir un impact direct et visible sur la santé des populations, sur leurs visions des choses en général, sur leur vie et celle de leur famille. Accepter volontairement et courageusement des conditions de vie et de travail que peu de personnes, même non-médecins pourraient supporter. Se mettre au service des autres, sauver des vies et pas seulement médicalement.

Cependant, ma famille s'agrandit et les nouvelles conditions d'exercice chaque jour imposées rendent l'avenir incertain... » (Dr Elvire Djossou, Bénin)

Cela reste difficile donc, quand bien même le statut de femme médecin est progressivement reconnu et est considéré comme très « haut » par rapport à bien d'autres situations professionnelles en milieu rural ou urbain. Mais ce sont des difficultés qui en valent la peine, comme le rapporte notamment le docteur Fatoumata Mamadou Kone du Mali :

« MGC femme ? moi je dis merci ! C'est une expérience qui se vit. Ce n'est pas facile de l'expliquer. C'est vrai il y a des hauts et des bas. Car quand moi je partais, j'étais encore célibataire. Je n'ai pas rencontré de difficultés liées à mon statut. J'étais même respectée, parce que médecin-femme ! J'étais la seule médecin-femme parmi les autres médecins. Les autres agents de santé on les appelait « Doctoro », mais moi c'était « Médecin Fatim ». J'étais

respectée. C'est dur d'être femme en milieu rural, mais en tout cas je n'ai pas eu de problème en ce qui me concerne».

- LE CAS PARTICULIER DE LA GUINEE ?

En Guinée, il n'y a qu'une femme MGC parmi les 18 médecins que Santé Sud a formés. La première question est évidemment de se demander pourquoi ?

« On nous demande souvent pourquoi il n'y a pas beaucoup de femmes, mais ce n'est pas le projet qui a refusé, c'est elles qui n'ont pas voulu. Je me souviens de la première phase de recrutement. Le premier jour, il y avait des femmes médecins. Lors de ce premier jour de présentation, ils nous ont expliqué que l'on allait travailler dans les villages, après on est rentré. Au deuxième jour il n'y avait plus de femmes. Les femmes se sont retirées. Finalement, on a suivi le processus jusqu'à la fin et recruté cinq hommes. Après j'ai parlé à certaines femmes parce qu'on se connaissait. Elles ont posé d'abord des problèmes matrimoniaux. Ce n'est pas facile de partir en campagne pour une femme. Le mari n'accepte pas. Deuxièmement, il y en a qui ont des enfants. Dans ces villages il n'y a pas tellement d'écoles. Et puis il y a aussi que vivre dans les villages... comme moi quand je suis arrivé, je n'avais que les animaux comme voisins. La nuit tu n'entends qu'eux ! Vous savez, une femme ne peut pas rester ici seule, elle a peur, il y a un problème peut être d'insécurité, ...ce sont ces trois facteurs qui découragent la femme de venir » (Dr Saïdou Mamadou Sow, Guinée).

Dans cette explication, on trouve des facteurs sociétaux, liés aux façons de faire famille, puis aussi des facteurs matériels objectifs, certes importants, enfin des facteurs plus subjectifs, ... Ce qui est intéressant dans la suite du propos c'est que finalement aucuns ne sont véritablement incontournable,s comme le constate lui-même, le Dr Sow concernant la suite du projet :

« Bon finalement, après ils ont recruté quand même une femme. J'ai beaucoup discuté avec elle pour lui expliquer comment cela se passait. Et son mari a accepté. Elle a été encouragée pour travailler en campagne. Elle sait aussi qu'il y a des agents hommes qui peuvent les aider. Depuis qu'elle est là, il y en a d'autres qui sont intéressées. Si le projet continue il va y en avoir d'autres».
(Dr Saïdou Mamadou Sow, Guinée)

En réalité, la suite de l'histoire de cette femme MGC en Guinée est moins optimiste. Elle devait être installée dans un village de la préfecture de Mamou et le Directeur Préfectoral de la Santé, bien qu'ayant fini par en accepter le principe, a émis des réserves sur le fait d'installer une femme MGC, invoquant principalement le fait qu'en ayant des enfants, elle pourrait souhaiter ne pas maintenir son activité en zone rurale. La médecin s'est finalement désistée pour des raisons familiales à quelques semaines de son installation. Il n'y a donc aujourd'hui pas de réelle perspective de voir une femme MGC en Guinée à court terme.

Ceci apparaît d'autant plus décevant que, dans la suite de son témoignage, le Dr Sow montre le grand intérêt qu'il pourrait y avoir à ce que ce soit une femme MGC plutôt qu'un homme dans ce milieu. Ce qu'il dit en substance, comme on l'a déjà vu plus haut dans le propos du Dr Barry, c'est que pour les femmes c'est très compliqué de se déshabiller devant un homme. On ne peut pas faire un toucher vaginal que lorsque on est en phase d'accouchement sinon des rumeurs s'emparent de la communauté. Par contre, l'inverse n'est pas vrai :

« Les hommes, cela ne les gêne pas de se déshabiller devant une femme. Et s'il y a une femme qui est dans la localité, presque toutes les femmes du comté viennent !! Donc une femme peut jouer un très grand rôle dans le cadre de la médicalisation. Parce que ... [cela va permettre d'avoir plus de patients ? de toucher plus de monde ?] ...et à travers elles, peut-être même que la médecine générale communautaire peut être mieux reconnue: Les autorités si elles

viennent et trouvent que c'est une femme, elles vont être plus incitées à appuyer les MGC ». (Dr Saïdou Mamadou Sow, Guinée)

On trouve donc ici une situation ambivalente²⁷ particulièrement intéressante pour mieux aborder les questions de genre dans leur complexité : c'est parce qu'il y a une répartition sexuée fortement construite, empêchant notamment les femmes de se déshabiller devant un homme que cela *pourrait* permettre de reconnaître l'importance que ce soient des femmes qui assurent le poste. Mais si d'un côté la conception du sexe devient une opportunité pour l'accès à la profession, la conception de la femme et de son rôle – comme essentiellement responsable de l'éducation des enfants (rôle prédominant jusqu'à un certain âge²⁸), et comme ne pouvant pas facilement vivre dans des conditions isolées et difficiles – reste manifestement une contrainte forte en Guinée. On peut aussi en retirer deux enseignements forts :

- l'intérêt de découpler « sexualité » de « rapport sociaux » dans l'analyse de genre ;
- et l'importance de faire un travail auprès des directeurs de la Santé et auprès des femmes médecins-candidates afin qu'ils/elles « re » connaissent mieux le métier et l'importance que peut avoir la femme pour l'essor du métier.

Au total cependant, une expérience qui reste marquante et que chaque MGC, qu'il soit homme ou femme, a tendance à recommander :

« C'est vraiment une très belle expérience que moi personnellement j'ai vécu. Et vraiment je ne regrette pas. Si la vie est à refaire, je vous jure que je vais reprendre ! Travailler, exercer dans la médecine de campagne c'est vraiment très intéressant. Parce que tu es la seule cheffe. Tous les autres, c'est toi qu'ils viennent voir. Donc tu es obligée d'avoir une certaine expérience. Et cela te force également à lire, cela te force à apprendre, ça te forge à avoir de l'expérience. Moi j'ai beaucoup appris, vraiment. Dans la communauté, dans la prise en charge des malades, comment intégrer une communauté, ce sont des expériences qu'on doit vivre vraiment ». (Dr Ramata Samake, Mali)

• LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS A TIRER ET APPROFONDIR SUR LE GENRE

➤ Sur les constats

Dimensions	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
L'accès aux soins	Le MGC ne fait pas de différence et soigne indifféremment toutes personnes, quels que soient le sexe, l'âge, le statut On trouve « naturellement » une proportion de femmes beaucoup plus importante dans les Centres (accouchements) L'accès peut être plus compliqué pour les questions de planification familiale et l'importance accordée à l'enfant selon son sexe dans la population. Également en Guinée, pour les femmes qui ne veulent pas se déshabiller devant un homme.	Les attitudes se doivent d'être respectueuses et prudentes face à certaines croyances, tabous, ou postures dans la communauté. Ces attitudes sont à bien valoriser (par rapport à celles qui seraient ouvertement en opposition). Les interventions des MGC pourraient être renforcées par rapport à la formation au corps de l'homme et de la femme ou aux risques de certaines pratiques, par la mise à disposition de boîtes à images ou autres outils de communication

²⁷ L'ambivalence n'est pas synonyme d'ambiguïté. L'ambivalence s'adresse plutôt à des situations où l'on trouve une chose et son contraire en même temps. L'ambiguïté elle, apparaît lorsque l'on devrait en reconnaître une plutôt que deux

²⁸ Souvent 7 ans, âge où le père reprend l'enfant pour qu'il l'aide dans le travail au champ ou le gardiennage des animaux.

	Mais les MGC mettent en place diverses stratégies pour lutter contre certaines croyances et mésinformation.	
L'accès à la profession	Si l'accès est ouvert aux femmes comme aux hommes, dans la pratique il y a plus d'hommes dans le métier. Cela varie fort d'un pays à l'autre. Là où la femme est bien représentée (comme au Bénin et au Mali), c'est ensuite l'évolution de la famille qui influe sur le maintien ou non. Au Mali, les femmes en font plutôt un tremplin pour autre chose. En Guinée où peu de femmes sont MGC, il apparaît que cela pourrait faire une différence importante dans l'accès des jeunes femmes aux soins.	La question en Guinée de l'importance de femmes MGC sur la reconnaissance par les autorités locales du métier serait importante à vérifier. Cette idée est portée par des MGC hommes, mais n'est semble-t-il pas portée par les autorités sanitaires.

➤ Avec deux propositions

Valoriser le travail de la femme MGC en Guinée pour « donner à voir » à d'autres femmes et aux autorités locales et centrales. Également pour « donner à comprendre » ce qui fait (ou non) une réelle différence dans l'accès aux soins.

Renforcer la compréhension des enjeux de genre dans la formation de MGC

➤ Sur l'enjeu principal d'accompagnement d'une telle « politique » par un « projet »

L'enjeu principal ici sur cette question délicate est bien d'accompagner le MGC à rester dans une posture prudente et adaptée, à ne pas le mettre dans une posture plus forte, oppositionnelle. Tout en cherchant à ce que les situations puissent être un peu plus discutées. Les situations qui entravent réellement l'accès aux soins des femmes (ou des hommes), mais aussi celles qui conduisent à de réelles souffrances à l'intérieur des familles. Que ces situations puissent être travaillées de l'intérieur, par les communautés directement, à travers ce que le MGC montre des risques et des dangers.

De préférence en restant du côté de la question : comment cela se passe concrètement ? qu'est-ce qui fait que vous tenez à ceci ? en quoi est-ce important pour vous ? qu'est-ce que cela génère éventuellement comme difficultés pour vous ? qu'est-ce que vous suggérez ?

En évitant d'être du côté de la réponse à priori (parité, égalité). Toujours en partant de situations concrètes et non d'une position normative générale (Bien/Pas bien). Surtout si elle est extérieure.

Car, comme le montre bien un grand africaniste, Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans « *Échec de l'impérialisme moral en Afrique* »²⁹ il apparaît important d'aider les MGC à devenir en leur âme et conscience des réformateurs de l'intérieur : « *Seuls les « réformateurs de l'intérieur », où qu'ils soient (dans l'Etat ou dans la société civile, en haut ou en bas, en ville ou à la campagne) peuvent faire évoluer les croyances, faire tomber les préjugés, changer les mentalités, lever les discriminations. Peu à peu et pas à pas. Cela implique aussi de passer par les services publics (les systèmes de santé et les systèmes scolaires en particulier), souvent en piteux état, et qu'il faut donc aider à reconstruire en priorité plutôt que de les court-circuiter sans cesse.* »

²⁹ <https://aoc.media/opinion/2022/06/13/de-quoi-se-melent-ils-lechec-de-limperialisme-moral-en-afrique/>

4. COMMENT BIEN TIRER TOUS LES ENSEIGNEMENTS DU PROCESSUS

Bien des enseignements ont été engrangés par ce travail de collecte de témoignages. Des enseignements que l'on a commencés, dans les chapitres précédents, à dégager de leurs contextes particuliers.

Cette partie de la capitalisation s'attache, elle, à aller un peu plus loin dans ce travail. En proposant également une démarche pour mieux pouvoir le faire encore. Il s'agit en effet de « tirer tous les enseignements », « transformer des connaissances en savoir partageables » et, plus concrètement encore, proposer quelques orientations à instituer, nécessite d'autres travaux.

Cela nécessite nous semble-t-il de passer par trois autres étapes encore :

- D'abord une **remise en perspective des enjeux plus généraux** de la médicalisation rurale par les Etats africains ;
- Ensuite par une **tentative de modélisation**, voire de théorisation des pratiques documentées. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas ici de chercher un modèle reproductible, mais de tendre vers un **modèle compréhensif** du fonctionnement d'une dynamique de médicalisation des zones rurales centrée sur le médecin privé ;
- Enfin par une **synthèse de ce que l'on peut dégager de plus stratégique**, sur l'importance de ce modèle de Médicalisation Rurale – la Médecine Générale Communautaire – par rapport aux grands débats de financement d'une Santé pour Tous et de Qualité !

4.1 Remise en perspective des enjeux de financement de la Santé en milieu rural

Comme on l'a vu en introduction, la progression de la médicalisation dans les pays africains hérite d'une certaine vision de la médecine « curative, technicienne et souvent spécialisée » (Van Dormael 1995) importée par la colonisation. Une vision issue de la « *foi intense dans les progrès de la science médicale et de la technologie* » qui fait la part belle à la médecine hospitalière au détriment d'une médecine plus générale et plus de proximité.

D'autres, plus tard, jouant sur les mots, qualifieront cette médecine de « médecine inhospitalière » (Jaffré et De Sardan 2003) en rappelant quelques réalités, exactement à l'époque où le programme de MZR démarre au Mali (voir encart ci-dessous).

La situation dans quelques pays sahéliens au début du programme [+chiffres actualisés]

« Quelques chiffres suffisent malheureusement à caractériser les situations sanitaires des pays d'Afrique de l'Ouest concernés. Ainsi, au Sénégal, au Mali ou au Niger, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile oscillent respectivement aux alentours de 150 et 230 décès pour 1 000 naissances vivantes (Banque mondiale 1993) [Au Mali les chiffres actuels donnent 54 et 101 décès pour 1 000 naissances vivantes (EDSM VI 2018)] ; la malnutrition modérée est proche de 30 % chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF 1997) [Au Mali : La malnutrition de manière générale touche aujourd'hui 10,9% des enfants de moins de 5 ans. Trois enfants de moins de 5 ans sur dix (27 %) souffrent de malnutrition chronique ou retard de croissance (EDSM VI 2018)] ; au moment de l'accouchement, 50 % des parturientes seraient anémiées, et la mortalité maternelle est approximativement de 600 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit, pour une mère, un risque de décéder 100 fois plus élevé qu'en Europe du Nord (Etard 1995, Vangeenderhuysen & al. 1996) [Au Mali pour la période des 7 années ayant précédé l'EDSM-VI, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes]. Le taux de séroprévalence, bien que variable selon les pays, est de l'ordre de 4 %, représentant par exemple au Mali 248 000 personnes infectées par le VIH, et 47 000 décédées pour cause de SIDA. Enfin, bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante – en moyenne 1 médecin pour 20 000 habitants – il existe de très fortes inégalités entre les milieux urbains et ruraux : au Mali, la mortalité infanto-juvénile est par exemple de 149 ‰ à Bamako et de 272‰ en milieu rural (DNSI 1996) [Actuellement au Mali, la mortalité infanto-juvénile se situe plutôt autour de 55 ‰ à Bamako et de 134‰ pour le pourcentage le plus élevé en milieu rural (EDSM VI 2018)].

Outre cette similarité de problèmes, une communauté de choix sanitaires réunit ces trois États. Ils ont en commun d'avoir adopté depuis 1987, ce qu'il est convenu d'appeler « l'Initiative de Bamako », caractérisée par la volonté d'améliorer l'offre de santé en « étendant la couverture géographique en services de santé de base avec la participation des bénéficiaires, en adoptant une politique pharmaceutique basée sur les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI), et en instituant un recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé » (UNICEF 1999) ». (Jaffré et de Sardan 2003, p. 7)

Les auteurs précisent que si on a longtemps « imputé les mauvais résultats sanitaires aux comportements des populations (ignorance et manque d'éducation, représentations populaires erronées voire dangereuses, recours aux thérapeutiques « traditionnelles » et aux guérisseurs, etc.) », on s'est aperçu que la situation catastrophique exprimée par ces chiffres, était certainement tout autant due à « la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques ». Différentes études ont permis de constater que : « les populations ne refusent pas, en général, de recourir aux filières modernes de soins, comme en témoigne le succès des cabinets privés (souvent informels et tenus, en milieu populaire, par des infirmiers) et des « pharmacies par terre » (colportage et vente informelle de médicaments modernes). Mais les hôpitaux et dispensaires ont, par contre, une réputation exécrationnelle, et il faut reconnaître que, bien souvent, elle semble hélas « méritée », au-delà de telles ou telles exceptions. Le manque de moyens n'est pas seul en cause » (Jaffré et De Sardan 2003).

Face à cette situation, les réformes se sont succédé et différents projets ont été expérimentés (avec des résultats sensibles comme le montrent les chiffres actualisés de 2018 dans l'encart ci-dessus). Le plus souvent à grand renfort de financements très localisés, empêchant une reprise et une généralisation par un Etat. Ceci d'autant que l'on sortait de la période des ajustements structurels. Suite au discours de La Baule (1990), les processus de décentralisation commençaient timidement à se mettre en place dans quelques pays africains, offrant un nouveau cadre à une médicalisation de proximité.

La santé communautaire a également pris de l'ampleur à la faveur de projets engendrant, dans des proportions variables selon les zones et les pays, comme on a pu le voir dans les témoignages, autant d'envies de rémunération que de réelles prises en charge par les populations des centres de santé ruraux.

Beaucoup de projets d'ONG ou de coopération bilatérale, se sont développés ainsi, dans des perspectives très chargées d'éthique de gratuité, de participation, de responsabilisation, laissant de côté les acteurs privés, pour des raisons idéologiques autant qu'étant donné l'origine publique des financements.

Des études ont été conduites sur les stratégies plus efficaces de formation, de recrutement, de fidélisation et de motivation des agents de santé. Elles mettent en évidence (Bertone 2018) « que les facteurs de motivation interviennent à différents niveaux : (i) individuel, i.e. des besoins, attentes et préférences des personnels, (ii) le contexte organisationnel, qui inclut les salaires, les avantages sociaux, la gestion des ressources humaines, la culture organisationnelle, etc., (iii) le contexte social et culturel, i.e. les attentes de la communauté, et (iv) le secteur de la santé, par exemple, la congruence entre les valeurs des agents de santé et celles du système ». Ce que l'on peut en retenir au vu des témoignages reçus c'est que la fidélisation reste un enjeu important, mais que les stratégies ne peuvent qu'être multivariées selon les stades d'intégration : « Alors que certaines études suggèrent que le salaire est une condition préalable à la motivation, d'autres montrent que les incitations non-financières sont efficaces pour l'attraction et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales. Les conditions de travail (équipement disponible, supervision, etc.), l'environnement local (conditions de vie, logement, accès aux écoles pour les enfants, accès à l'eau et à l'électricité, etc.) et les possibilités d'avancement de carrière sont des facteurs importants pour motiver et fidéliser les agents » (Bertone 2018).

Dans ce contexte, le modèle de Santé Sud commence à être connu et est particulièrement bien restitué dans ces grandes lignes, dans ce travail comparatif de Bertone (voir ci-contre).

« Soutenir les médecins de campagne au Mali » (Bertone 2018)

Avec le soutien de l'ONG *Santé Sud*, qui offre aux médecins une formation axée sur les questions rurales, un kit d'installation, la réhabilitation et l'équipement des formations sanitaires, des médecins sont recrutés pour travailler dans des zones rurales et payés par les gouvernements locaux ainsi que par les communautés. En échange, les médecins s'engagent à rester dans la zone pour cinq ans. Le programme rencontre un succès partiel ; en effet, depuis sa mise en place en 1989, 300 médecins ont été formés, couvrant ainsi 1/3 de la population éloignée. Cependant, l'évaluation du projet montre aussi que seulement **30 % des médecins sont encore en place** après huit ans. Leur fidélisation est défavorisée par l'absence d'un plan de progression de carrière car le ministère de la Santé n'a pas officiellement reconnu le statut de « médecin de campagne », ainsi que par leur faible rémunération et souvent par l'absence de contrats formels. Du fait que leur paiement dépend en partie des frais payés par les usagers, les médecins de campagne ont tendance à privilégier les zones où la population a une capacité de payer plus élevée. Malgré ces problèmes, le projet montre que les interventions à multiples dimensions ont plus de probabilité de succès.

Depuis l'expérience a pris en maturité, et son déploiement sur plusieurs pays permet d'affiner ce constat général :

Le constat de 30% de médecins qui « sont encore en place » (bien que les chiffres exacts manquent à cet égard pour le Mali) correspond à ce qui se passe au Bénin actuellement, mais ne représente pas les CMC **encore en activité** dans le dispositif de Santé sud qui sont **de 62% au Bénin**³⁰ et de **100% en Guinée**. Cet indicateur masque donc en réalité le fait que les médecins changent parfois de centres de santé pour diverses raisons comme on l'a vu. Non seulement la proportion de ceux qui restent en zone rurale est plus importante, mais elle exprime aussi autre chose : la nécessité d'ajustement du médecin à son milieu engendrant des « échanges » entre médecins et centres ;

L'autre constat concerne le fait que « *leur paiement dépend en partie des frais payés par les usagers, les médecins de campagne ont tendance à privilégier les zones où la population a une capacité de payer plus élevée* ». Le constat n'est pas faux : les études de faisabilité ont bien cette préoccupation initiale d'une solvabilité suffisante de la population. Mais cela ne montre pas les ajustements possibles de la part des médecins (qui peuvent avoir fait un ou deux centres avant de réellement « s'établir »), ni les investissements parfois très conséquents de ces médecins dans la communauté. Là encore les témoignages montrent donc une réalité différente, particulièrement bien documentée au Bénin et en Guinée (là où nous avons la possibilité d'aller en milieu rural³¹) : non seulement il y a des déplacements de centre en centre et des investissements conséquents de la part des médecins (voire de leur famille), mais cela conduit aussi à des ajustements des mécanismes de paiements, à travers toute une série de pratiques, allant du crédit simple, au contrôle et à la pression communautaire, en passant par une panoplie d'initiatives pour aider les populations à développer des activités génératrices de revenus, des caisses de solidarité, des mécanismes de ponction sur le prix de la récolte (zones cotonnières) ou encore la mise en place de mutuelles...

Reste que l'institutionnalisation manque encore pour soutenir toute cette dynamique bien au-delà d'une reconnaissance de « formations ». La reconnaissance d'un statut particulier, la mise en place d'un plan de progression de carrière et la formalisation de contrats pour les prestations plus d'ordre publique qui restent une dimension importante du travail de ces médecins qu'ils soient privés ou publics.

Tout ceci montre la nécessité d'une modélisation plus précise de ce qu'est et de ce que fait le médecin dans son milieu, compte tenu des diverses tensions qu'il a à gérer. C'est l'objet d'un point suivant.

4.2 Tentative de modélisation systémique des interactions du MGC avec son milieu

Un schéma a été établi et présenté lors d'une de nos missions au Bénin pour modéliser graphiquement le système du MGC dans son milieu.

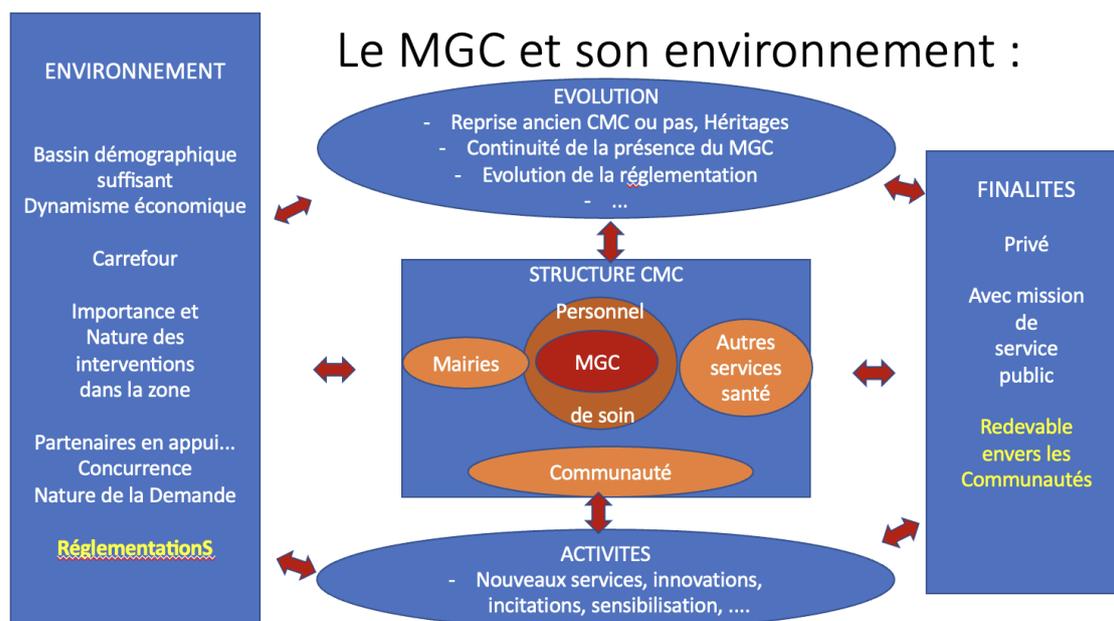
Le cas du Bénin apparaît particulièrement intéressant, car il est un peu à la croisée des chemins : D'une part, il n'a pas encore le recul suffisant, comme au Mali, pour avoir totalement convaincu les pouvoirs publics (et donc la démonstration ici est bienvenue) ; d'autre part la démarche n'a pas toujours été bien comprise (il y a donc un enjeu à la représenter) ; et enfin,

³⁰ 21 sites fonctionnels sur 34 mis en place selon les données actualisées par Santé sud pour 2022

³¹ Il faut rappeler que cette étude s'est faite au moment où au Mali se vit toujours une crise socio-politique sur fonds de radicalité dont on ne sait pas dire si elle est plus économique et politique que religieuse.

le fonctionnement modélisé ici présente bien des similitudes avec ce que l'on observe dans les autres pays.

Le modèle proposé est issu de la « théorie du système général » de J.L. Le Moigne³². Il peut servir de grille pour analyser chacun des Centres-MGC privés, dans une perspective de compréhension ou d'appui-accompagnement, quel que soit le pays. L'important étant ici de permettre de réfléchir aux interactions entre les différentes dimensions du système.



On y voit tout d'abord l'importance de tout l'« **Environnement** » qui pèse sur la structure du système (le centre et son MGC). En particulier la concurrence des autres acteurs de la santé (infirmiers et matrones, piqueurs de rue,...), des autres formes d'intervention existantes dans la santé (autres projets d'ONG apportant et « important » d'autres logiques), sans compter les conditions plus démographiques et économiques de la zone. La réglementation devant en théorie permettre de réguler ces tensions, mais étant souvent absente ou mal appliquée, voire souvent source de préoccupations pour les médecins tenus de se conformer à une série de normes, parfois décalées par rapport aux réalités vécues et aux investissements consentis.

Car de l'autre côté, on trouve des « **finalités** » au système de MGC encore fort diverses et peu « intégrées » : une reconnaissance de finalités de type « **privées** » (s'enrichir, bien vivre en milieu rural) à côté de missions de type **service public** (campagnes de vaccination, interventions lors d'épidémies, sensibilisation, accès aux soins du plus grand nombre, etc), et dans un esprit généralement défendu et assumé de **redevabilité aux communautés** (investissements divers, importants et, au-delà, liens particuliers établis avec la communauté).

Ceci, avec les héritages parfois de l'« **évolution** » du centre et de sa communauté : reprise d'un centre occupé par un autre MGC (qui parfois est parti avec du matériel, ou a laissé une autre image du médecin, ...), vétusté des bâtiments, ou plus simplement histoire des relations entre la communauté et l'Etat, la capitale, les élites.

³² Le Moigne 1977 La Théorie du Système Général PUF. L'intérêt de cet ouvrage est de proposer un outil pragmatique d'aide à la décision pour tout décideur.

En termes de « **structure** » (infrastructures, installations, organisation), le médecin va devoir aussi composer avec les autres acteurs du milieu qui pèsent sur son centre : la mairie, les services déconcentrés de l'Etat. Il va devoir tout autant mettre en place un cadre vis-à-vis de son personnel de soin qui est généralement issu de la communauté.

Tout ceci constitue le quotidien des tensions à gérer pour le MGC.

Il va ainsi, en plus des soins, développer différentes « **activités** » pour réduire les risques et améliorer la situation de son Centre :

- des investissements, des incitations, des innovations, de la sensibilisation...vis-à-vis des communautés, ...

- de la promotion, du plaidoyer, du lobbying vis-à-vis des mairies et autres institutions locales...

- des règles et dispositifs de gestion des ressources matérielles, intellectuelles, financières, voire symboliques (Roi local, leaders de communauté, notable...)

... afin de disposer progressivement des équipements, des infrastructures adéquates ; de l'équipe de soins et des appuis nécessaires pour développer un service de qualité.

Tout ceci suppose, alors qu'il est surtout attendu et jugé sur sa présence continue au centre, l'obligation pour lui de gérer bien d'autres activités pour la promotion du centre (réseau professionnel, formation, recherche de financements ou d'aides extérieures...).

Dans le cadre du projet Santé Sud, il est aidé par les dispositifs mis en place pour l'accompagner dans ce travail : que ce soit l'appui aux associations de pairs, ou l'accompagnement par des structures « tierces » censée jouer un rôle entre l'Etat et les privés.

Ce qui apparaît ici est que, en pratique comme on l'a vu, la perspective d'appuis et d'accompagnements sur la durée s'avère généralement suffisante sur le plan matériel : Si les moyens mobilisés sont surtout affectés à l'installation initiale, la plupart des MGC font la démonstration que cela suffit pour commencer (et compléter), et même dans bien des cas pour investir beaucoup plus dans le Centre.

Au plan institutionnel et politique cependant, on constate dans la plupart des pays (à l'exception peut-être du Mali où une antenne de Santé Sud est bien développée), que l'accompagnement ultérieur s'avère toujours plus attendu que réel. S'il y a bien des appuis à la structuration des associations de médecins, c'est surtout sur les relations institutionnelles avec l'Etat, les services de santé, les universités, qu'un accompagnement plus soutenu apparaît à renforcer.

Les interactions entre ces différentes dimensions du système vont évidemment différer de zone en zone et certainement de pays en pays.

Dans le cas du Bénin, où la présence encadrante (qu'elle soit de l'Etat ou d'associations) apparaît intermédiaire entre le Mali (encadrement plus important du local avec les ASACO) et la Guinée (encadrement moindre), il apparaît important de souligner qu'une grande part des interactions entre acteurs sont régulées à travers des relations interpersonnelles, bien plus qu'à travers des relations institutionnelles. Certains témoignages provenant de ce pays ont bien montré combien le changement d'un médecin-chef dans une zone sanitaire pouvait tout changer dans le rapport entre le MGC et la DDS³³.

Ceci tient aussi, en partie, à la structuration encore relativement faible de l'association des MGC, l'AM(G)CB et de la faiblesse de ses liens avec les autorités publiques.

³³ Les médecins chefs exercent au niveau des zones sanitaires. Il y a plusieurs zones sanitaires à l'échelle d'un département. Toutes les zones sanitaires sont placées sous l'autorité de la DDS. De fait, tous les médecins chefs sont placés sous l'autorité de la DDS.

4.3 L'intérêt pour une politique de financement d'une santé de qualité pour tous

Sans doute faut-il rappeler combien il s'agit là d'une question délicate et difficile pour les Etats Africains : Assurer une santé « pour tous » est déjà un défi immense dans des zones rurales où le financement des soins reste limité par le manque de moyens et un rapport au service public qui reste (pour bien des raisons) distant, et chargé de représentations³⁴.

Assurer ensuite la « Qualité » du service suppose bien d'autres choses, compte tenu à la fois de la concurrence d'autres acteurs (tradipraticiens, médicaments de rue) et des imaginaires existant sur la maladie, le soin, le « docteur ». Cela suppose des critères de fluidité, stabilité, prévisibilité, ... particulières, difficile à réunir en contexte rural. Sauf peut-être chez les MGC du fait de cette relation particulière – organique - avec la communauté. « Organique » car on peut observer tout au long de cette capitalisation que l'un dépend de l'autre, littéralement, pour sa survie dans la zone.

Ce que montre l'expérience de Santé Sud et ses partenaires - et qui ne semble pas avoir été toujours compris, ou apprécié et à sa juste valeur - c'est que la démarche permet presque spontanément, grâce à l'investissement moral et financier de ces médecins privés, de résoudre en grande partie la difficile équation du financement de la santé de qualité pour tous en milieu rural. Un enjeu important serait d'ailleurs de mesurer les économies réalisées par les populations et par le système de santé, grâce à l'offre de soins de ces médecins privés.

En effet, après un appui à l'installation et l'accompagnement, les choses s'enclenchent, se réajustent, et s'adaptent assez spontanément. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de difficultés et de départs de médecins, et qu'il ne faille pas mieux accompagner les choses. Notamment par un appui à la structuration d'associations professionnelles de médecins en capacité par la suite de reprendre à leur compte l'accompagnement. Ou encore par un appui à la mise en place de mutuelles de santé en relation avec le Centre Médical du Médecin.

Mais c'est surtout dans l'importance à définir un cadre légal qui soit profitable à ces investissements et en même temps les cadre, que bien des défis sont encore à relever.

Les choses restent, à cet égard, à définir en termes de :

- Définition d'un statut spécifique

A cet égard, on a bien vu combien au Bénin la revendication des privés pour être reconnus comme « privés » était assortie aussi d'un discours sur l'importance des services qu'ils rendent à la population et des prestations menées avec les services publics (campagne de vaccination, sensibilisation, etc). Il n'y a pas de statuts qui rendent bien compte de cette réalité très riche au Bénin ;

- Incitations aux investissements

Il n'y a pas pour l'instant d'incitations ou d'allègement d'une quelconque sorte par rapport aux investissements qui sont consentis par ces privés. Cela commence à être pensé et investi au Mali ; En Guinée, cette perspective est relativement aseptisée par le modèle communautaire des centres. Il faut sans doute proposer et expliciter des mécanismes qui

³⁴ On a évoqué la « santé inhospitalière » (De Sardan) et bien des diagnostics menés dans des hôpitaux ont confirmé ce constat d'accueil déplorable, de transfert par le bas des actes chez le personnel (les infirmiers effectuant des actes que seuls les médecins sont censés faire, les infirmiers se débarrassant d'autres actes sur le personnel de nettoyage, etc), sans parler de cas de sévices sur les patients...(communication personnelle Rachel Medah, anthropologue de la Santé au Laboratoire Citoyennetés, Ouagadougou 2013)

garantissent l'amortissement/valorisation des investissements consentis par les MGC de manière à ce que l'idée de devoir laisser tous les investissements en cas de départ ne soit plus un frein à l'initiative dans ce pan du développement de l'offre de santé.

- **Sécurisation, notamment patrimoniale, des investissements réalisés dans des infrastructures publiques (rénovation, nouvelle maternité, etc.)**

On constate particulièrement dans le cas du Bénin un double problème : celui de la sécurisation des investissements des privés, de manière à ce qu'un CMC ne puisse leur être retiré à partir du moment où ils ont investi dans un château d'eau pour le centre, ou une maternité, ou encore un centre pédiatrique ; mais à l'inverse, l'Etat ne peut pas non plus céder au privé l'entièreté d'un centre communautaire, qui à l'origine était construit sur fond publics, et reste propriété de la commune et de la communauté, sous prétexte de ces investissements. Il y a donc là une zone grise sujette à bien des tensions entre privés et service public.

- **Contractualisation pour toutes les activités de services publics**

Les privés interviennent à bien des égards pour participer à l'effort public de vaccination, de luttes épidémiques, de sensibilisation, etc. Ces prestations qui participent de la mission de l'Etat sont délivrées gratuitement aux populations. La participation du secteur privé et les conditions de rémunération de ces activités n'apparaissent pas suffisamment réglementées selon les pays.

- Enfin, les conditions de maintien du médecin à son centre, ne sont pas en rapport avec les attentes professionnelles de ces médecins en matière de professionnalisation, de formation continue, de spécialisation, de parcours professionnel... ni avec l'intérêt pratique d'échanges de centres entre privés, afin que chacun puisse avoir l'occasion de « trouver » sa communauté et de s'y sentir à l'aise. Là encore des balises sont à mieux définir notamment en termes de perspective d'évolution de carrière.

Sans doute qu'à cet égard, les efforts dans les prochaines années devraient plus s'orienter vers l'Etat et le ministère de la Santé pour accompagner la définition d'une politique publique plus précise vis-à-vis de la médicalisation des zones rurales. Une politique envisageant non seulement les conditions de carrière et de professionnalisation des MGC, mais aussi, les conditions d'une extension de la médicalisation en termes de personnel et d'offre de services (laboratoire, équipements ; financement des investissements et de l'accès aux soins)

La capitalisation a permis de collecter une masse importante d'information sur la vie des Médecins Généralistes Communautaire, depuis leur préparation à l'installation, jusqu'à la reconnaissance et l'institutionnalisation d'un statut, en passant par tous les stades d'accompagnement du Médecin à l'association de médecins.

Nous avons tenté de bien rendre compte de la variété des situations de ces médecins – en fonction du moment où ils sont entrés dans le projet, du contexte des pays, des situations rencontrées localement avec la communauté, du « genre » et de ses représentations.

Nous avons aussi proposé une modélisation systémique des interrelations que le MGC devait animer, gérer, réglementer, avec la communauté, avec les autorités locales (décentralisées et déconcentrées), avec son propre personnel, tout ceci en tenant compte de son environnement, des finalités de son métier, des activités développées et des héritages éventuels que d'autres MGC ou acteurs de la santé lui ont « légué ».

Tout ce travail pour constater finalement l'énorme investissement de bien des MGC dans ce nouveau métier. Investissement financier comme on l'a vu, mais aussi humain : bien des témoignages font ressortir un investissement qui se révèle hors du commun dans le métier, à travers les liens tissés avec la communauté surtout. Hors du commun en tout cas de bien des comportements observés dans la médecine hospitalière, et qui tend à faire dire à de très nombreux MGC interviewés, que « tout médecin devrait passer par là ! » que cela devrait être une « obligation dans le cursus général ! ».

Il y a cependant du chemin à faire encore pour que ce métier soit reconnu à sa juste valeur. C'est à dire (1) intégré comme souhaité par ces pionniers dans les cursus universitaires, et (2) facilité par l'Etat du point de vue des incitations aux investissements et surtout de leur sécurisation.

Car, en dépit du bel exemple que montre le Mali, le statut n'est pas encore suffisamment reconnu dans chaque pays et cela reste source de tensions, d'incompréhensions. Parce que l'enjeu, au fond, bien travaillé dans cette capitalisation, est que cela suppose la reconnaissance d'un nouveau métier, bien différent de celui du médecin en hôpital de ville. Cela suppose aussi d'inverser la représentation du métier de médecin, situé traditionnellement plus haut dans la pyramide sanitaire, qui doit en toute logique rester en ville et prester dans de grands hôpitaux plutôt que dans des « petits » Centres de Santé. Reconnaître son importance au premier échelon de la pyramide de santé, dans le premier contact avec les populations, échelon traditionnellement laissé aux paramédicaux, aux traditionnels ou à divers charlatans, relevait donc d'une gageure. Une gageure bien exprimée dans certains témoignages qui font état des railleries de promotionnaires qui « préfèrent rester ne rien faire et chômer en ville ».

C'est donc aussi à des changements culturels que le projet de Médicalisation des Zones Rurales s'adresse : culture professionnelle et représentation du médecin, de la médecine ; cultures locales de rapport à la santé, à la maladie, au patient. C'est sans doute là qu'un effort supplémentaire serait à faire dans les années à venir en termes de capitalisation : montrer, au-delà des actions comme « acteur de développement », dans quelle mesure le MGC joue, ou pourrait jouer³⁵, un rôle névralgique de « réformateur intérieur », notamment dans l'évolution de pratiques traditionnelles néfastes à la santé, ou dans l'accompagnement à la reconnaissance de l'importance d'une planification familiale et d'une santé de la reproduction mère-enfant. De façon à amener une transition démographique sans trop de heurts, de l'intérieur. Il y a là un enjeu vital pour ces pays dans les années à venir.

Reste à institutionnaliser l'exercice de capitalisation dans les associations de MGC. Car si une capitalisation existe bel et bien concernant les actes et pratiques du métier, les différentes thématiques abordées dans ce travail - installation, accompagnement, rapport à la communauté, institutionnalisation, genre - sont peu capitalisées voire pas du tout, par les principaux acteurs que sont les MGC eux-mêmes.

Ce travail a fait ressortir quelques dimensions importantes parmi les questions qui nécessiteraient une capitalisation complémentaire et/ou plus continue :

- **Les stratégies du MGC comme acteur de développement**

³⁵ A noter l'insistance ici sur le conditionnel : non seulement parce que ce n'est pas certain que tous les MGC y souscrivent, mais aussi qu'il n'est pas certain que le cadre institutionnel le facilite. Ce qui reste sûr c'est que cette question serait à mieux documenter et à plus accompagner.

Comment on crée des caisses, fonds ou mutuelles pour traiter les indigents ? Comment on renforce ou développe des mécanismes de solidarité à l'intérieur des communautés pour prendre en compte les plus pauvres ? Comment on participe à l'effort de développement de la communauté à partir des recettes du centre ?

Quelles sont en définitive les diverses stratégies que développent les MGC pour mieux accompagner les communautés dans leurs capacités à prendre en charge le paiement des soins.

- **Les stratégies des associations de MGC**

Quelles stratégies sont développées par ces associations pour accompagner le MGC dans son contexte quotidien avec la communauté ? dans ses relations avec les autorités locales ? dans ses relations avec les autorités nationales ?

Quelles stratégies sont développées pour faire valoir le métier et le statut qui lui est associé.

- **Les stratégies d'accompagnement d'un acteur extérieur face à une diversité d'acteurs de la médicalisation**

Comment, en tant qu'acteur extérieur, accompagner les uns et les autres à trouver leur place dans l'effort commun de médicalisation des zones rurales :

- > Les ONG sans se substituer, ni instrumentaliser les associations de MGC, tout en respectant leurs engagements envers les bailleurs ;
- Les associations de MGC comme « client » et à la fois « partenaire » des services des ONG (gestion de projet, appui à des plaidoyer, mobilisation de moyens...), tout en menant leur mission de promotion d'un métier ;
- Les collectivités locales dans leurs prérogatives de mise à disposition des conditions infrastructurelles et sociales d'accès aux soins ;
- Les services déconcentrés de l'Etat dans leur prérogative de suivi et d'adaptation de la norme en matière de délivrance des services de santé...

Un travail reste à faire pour préciser les dispositifs/dispositions à mettre en place à l'intérieur de chacune des organisations pour renforcer de telles capitalisations, ainsi que les dispositifs/dispositions à prendre pour mutualiser et tirer enseignement plus collectivement des capitalisations particulières. Un enjeu pour les années à venir ?
