

Plaidoyer pour un renouveau de la médecine communautaire en Afrique

Bossali F¹, Atanda HL²

1. Service de Gastroentérologie et Médecine interne, Hôpital général de Loandjili, Pointe-Noire

2. Centre médicosocial TOTAL

Congo

Med Trop 2009 ; **69** : 446-448

RÉSUMÉ • En Afrique, le premier contact d'une personne avec le système de santé se fait rarement avec un médecin. L'enjeu est d'avoir un premier niveau des soins qui garantit la continuité des prestations de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le médecin communautaire en Afrique est soit un médecin rémunéré grâce à la participation financière de la population ; le plus souvent il s'agit d'un fonctionnaire exerçant dans un centre de santé périphérique. Cependant en raison de son isolement, l'action du médecin communautaire est peu connue de ses collègues évoluant dans les grands centres hospitaliers et du monde universitaire. En définitive le médecin communautaire en Afrique a très peu d'impact dans le système de santé. Or son rôle devrait être d'éviter l'engorgement des hôpitaux qui ne sont aujourd'hui que de gros dispensaires, encombrés des malades non pris en charge correctement en périphérie. L'approche du médecin communautaire que nous défendons en Afrique est celle « d'un clinicien ayant des aptitudes en santé publique, participant aux actions de promotion, de prévention et de restauration de la santé » dans un système qui doit vaincre l'isolement.

MOTS-CLÉS • Médecine communautaire. Santé communautaire. Afrique.

CALL FOR THE REVIVAL OF COMMUNITY MEDICINE IN AFRICA

ABSTRACT • In Africa persons seeking medical advice rarely see a physician first. The goal of initial contact is to ensure seamless interfacing with the other services of the healthcare system. The community physician in Africa is either a physician paid by contributions from people living in the region or, in most cases, a civil servant practicing at an outlying health center. Because community physicians often work in isolated locations, their colleagues at major hospital centers and in the academic world are rarely aware of their activity. As a result community physicians in Africa have little impact on the healthcare system. In fact their role should be to relieve overloading of hospitals that have become large dispensaries crowded with patients that have not received proper care in outlying facilities. In this article the authors call for community physicians in Africa to be brought out of isolation and given their true function as « clinicians with aptitudes in public health capable of assisting actions to restore and promote health and to prevent disease ».

KEY WORDS • Community medicine. Community health. Africa.

Dans un système de santé dont la base est constituée par le district sanitaire, la communauté est au centre de l'action sanitaire et le médecin est le « maître d'œuvre ». En effet à tous les niveaux du système il devrait avec les autres professionnels de santé, conduire l'action de prévention, de soins curatifs et de développement dans une approche multisectorielle. En Afrique, le premier contact d'une personne avec le système de santé se fait rarement avec un médecin. L'enjeu en Afrique est d'avoir un premier niveau de soins crédible aux yeux de la population, garantissant la continuité des prestations de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Concept de médecin communautaire actuel dans le monde et en Afrique

En Europe la médecine de famille avait profondément modifié l'état sanitaire des campagnes à une époque où ces dernières étaient beaucoup plus peuplées que les villes (1). Les médecins traitants libéraux, pérennisent aujourd'hui cette médecine de proximité (2).

En Afrique le médecin communautaire est soit engagé dans un contrat de soins avec la population et son salaire est assuré grâce à la participation financière des communautés mais dans la majorité des cas il est un fonctionnaire, exerçant dans un centre de santé périphérique. Selon Desplats *et al.* (1) « Le médecin généraliste

communautaire est un médecin agréé qui exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité ». En 1990, au Mali les populations se sont organisées et ont recruté des médecins généralistes communautaires pour animer des centres santé communautaires afin de pallier au déficit en personnel de la fonction publique (3, 4). Au Congo-Brazzaville, l'expérience des médecins communautaires non fonctionnaires est très faible. On peut citer les exemples des centres de santé confessionnels (Eglise catholique, Armée du salut) et de l'association congolaise pour le bien-être familial, qui emploie des médecins généralistes.

• Correspondance : firminbossali@yahoo.fr

• Article reçu le 09/11/2008, définitivement accepté le 29/07/2009.

Insuffisances du concept de médecin communautaire

Dans la conception actuelle de la pyramide sanitaire, la première ligne des soins est dévolue aux médecins généralistes à l'exception des pédiatres en France (2). En Afrique ce sont le plus souvent les infirmiers ou les agents de santé villageois. La deuxième ligne de recours de soins fait appel aux médecins spécialistes. Or ces derniers souvent sédentaires hospitaliers, sont coupés de la population et de leurs confrères exerçant la médecine communautaire. En effet la procédure de référence et de contre-référence reste un vœu pieux en Afrique en raison d'une couverture sanitaire faible, du manque de coordination, de la pénurie des moyens de communication et de la faible éducation des malades. Le médecin communautaire en Afrique souffre des limites de son plan de carrière à cause de son isolement. Ainsi on peut comprendre les refus massifs d'affectation et la désertion de la périphérie par les médecins. Au Congo-Brazzaville en 2006, le gouvernement a recruté 15 000 agents de santé dont 200 médecins et a procédé à des affectations répondant aux besoins exprimés par les 11 directions départementales de la santé du pays. Moins de 50% des médecins affectés en campagne ont respecté leur note d'affectation. On peut à ce sujet louer l'expérience du Mali où l'association des médecins de campagne en partenariat avec l'ONG Santé Sud a créé des occasions de rencontres pour vaincre l'isolement et octroyer des formations continues qui sont des éléments de motivation pour maintenir ces médecins en périphérie(1, 3). En définitive le médecin communautaire en Afrique a peu d'impact dans le système de santé car il travaille en vase clos et n'est pas motivé pour être pleinement engagé dans ses missions.

Nouvelle approche du médecin communautaire pour l'Afrique

Quelques définitions :

La compréhension de notre approche nouvelle de médecin communautaire exige l'assimilation de trois concepts dont il convient de rappeler les définitions.

* La communauté est un groupe de personnes, partageant les mêmes intérêts, les mêmes valeurs, ayant une ou plusieurs

caractéristiques communes permettant de les regrouper. Ces caractéristiques sont démographiques, géographiques, professionnelles, culturelles et économiques.

* L'aire de santé est une superficie dont les limites sont fixées par le ministère en charge de la santé, qui regroupe en son sein des structures sanitaires et qui est placée sous la responsabilité d'un agent de santé.

* Le médecin est une personne titulaire d'un doctorat d'état en médecine, formé pour apporter des solutions aux besoins de santé et aux souffrances des populations.

Le médecin a un rôle à jouer dans les trois domaines de la santé :

- la promotion de la santé (actions basées sur la responsabilité de l'individu, de la communauté);
- la protection de la santé par des actions de prévention des maladies;
- la restauration de la santé par les soins curatifs (4-6).

Le médecin communautaire en Afrique

Le médecin comme tout être humain, exprime des besoins fondamentaux tels que décrits par Maslow.

Ainsi quel que soit son statut et grâce à l'exercice de sa profession le médecin devrait pouvoir s'épanouir. Aujourd'hui, conscient de ses besoins, le médecin africain opère des choix pour un lieu de travail lui permettant d'espérer atteindre ses objectifs personnels. Le système national de santé devra être organisé pour permettre au médecin communautaire de travailler en liaison avec tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire. L'action intégrée du médecin communautaire devrait permettre aux systèmes nationaux de santé en Afrique de dépasser le niveau d'incompétence auquel nous nous trouvons actuellement : «Le médecin devra être présent à tous les niveaux du système national de santé afin de garantir l'efficacité et la qualité des prestations sanitaires».

L'organisation du système national de santé s'appuyant sur le médecin communautaire devrait aboutir :

* A la diminution des coûts en limitant les évacuations sanitaires vers les centres de santé spécialisés et au désengorgement des hôpitaux qui ne sont aujourd'hui que de gros dispensaires, encombrés de malades non pris en charge correctement en périphérie comme l'ont souligné Desplats *et al.* (1, 3).

* Au développement des collectivités grâce la présence de médecins qualifiés exerçant la médecine de proximité, limitant ainsi l'exode rural.

Le statut du médecin communautaire en Afrique devra être celui d'un médecin formé en santé publique, fonctionnaire ou contractuel, ou médecin libéral, faisant partie des acteurs du système national de santé. Il devra être supervisé, recyclé, motivé, ayant l'obligation de respect du système national de santé en place et bénéficiant des droits inhérents à son statut.

Stratégie de mise en œuvre du concept de médecin communautaire en Afrique

Le renforcement des capacités du système national de santé en Afrique devra passer par une analyse de situation de chaque district sanitaire, en vue d'identifier les besoins, les ressources et les solutions possibles. La planification, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi sont de la responsabilité du ministère en charge de la santé.

Les difficultés potentielles à surmonter sont d'ordre administratif et sociologique :

* Il nous faut actualiser les textes organiques du ministère en charge de la santé, souvent complexes, difficiles à interpréter et source de conflits.

* L'hospitalo-centrisme actuel des études médicales constitue aussi un handicap aux changements : le fait que les stages dans les centres de santé périphériques n'existent pas dans certains pays d'Afrique, est responsable d'une méconnaissance des jeunes médecins des réalités de terrain et des zones reculées de leur pays. Ils sont réticents aux affectations à la campagne et se fient aux idées reçues selon lesquelles un poste en périphérie est dévalorisant.

* Les affectations autoritaires ne devraient plus être de mise : la direction des ressources humaines du ministère en charge de la santé devrait négocier avec les médecins pour obtenir des affectations consenties : il s'agit à notre avis de présenter aux médecins en attente d'affectation, la carte sanitaire du pays, les besoins en personnel de santé, les opportunités et les défis à relever pour chaque poste à pourvoir. Ensuite leur laisser en premier le libre choix du centre souhaité et terminer par un arbitrage éclairé basé sur l'équité.

* Enfin il faut craindre la concurrence des nouveaux médecins arrivés sur le terrain avec les paramédicaux anciens,

expérimentés, assurant actuellement seuls en périphérie les soins de première ligne. Pour éviter ces possibles conflits, la préparation de l'arrivée d'un nouveau médecin devrait se faire avec ces « anciens » souvent réputés dans l'opinion publique en leur garantissant la préservation des acquis et la promotion professionnelle grâce à une bonne collaboration avec les jeunes médecins dont la formation initiale doit leur inculquer l'humilité (5).

Conclusion

Le concept de médecin communautaire en Afrique devrait être celui d'un médecin clinicien, ayant des aptitudes en santé publique. Le médecin communautaire devra accepter de sortir du « carcan de l'hôpital » pour aller vers la communauté pour participer aux soins de proximité, mais aussi celui qui accepte d'aller à l'hôpital pour participer aux activités de soins, de recherche et de formation continue. La concrétisation de cette nouvelle approche permettra de sortir les médecins de l'enfermement dans lequel ils se trouvent actuellement. De cette façon, on pourra revitaliser et donner son vrai sens à l'appellation de « centre de santé intégré »,

utilisé au Congo-Brazzaville pour désigner les structures sanitaires périphériques. Le but de notre plaidoyer est d'augmenter l'accessibilité aux soins de qualité pour tous, et d'assurer le développement durable des communautés tel qu'énoncé dans les objectifs de soins de santé primaires.

RÉFÉRENCES

1. Desplats D, Koné Y, Razakarison C. Pour une médecine communautaire en première ligne. *Med Trop* 2004 ; 64 : 539-544.
2. Tessier S, Andréys J.B, Ribeiro M.A. Santé publique, Santé communautaire. 2^e Maloine ed, Paris, 2004, pp 11-28.
3. Coulibaly S, Desplats D, Koné Y, Nimaga K, Dugas S, Farnarier G *et al.* Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali. *Education Health* 2007 ; 20 : 1-9.
4. Perrot J, Roodenbecke E. La contractualisation dans les systèmes de santé. Khartala ed, Paris, 2005, pp 25-93.
5. Dujardin B. Politiques de santé et attentes des patients. Khartala ed, Paris, 2003, pp 237-72.
6. Jaunin-Stalder N, Pécoud A. Approche communautaire en médecine de premier recours. *Primary Care* 2007 ; 7 : 22 : 357-60.



Sénégal © Morand Aurélie