

## POUR UNE MÉDECINE GÉNÉRALE COMMUNAUTAIRE EN PREMIÈRE LIGNE

D. DESPLATS, Y. KONÉ, C. RAZAKARISON

*Med Trop* 2004 ; 64 : 539-544

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

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

FOR FRONT-LINE COMMUNITY-BASED GENERAL PRACTITIONERS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Courriel : France : santesud@wanadoo.fr •

• Article sollicité.

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

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

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

### L'EXEMPLE DU MALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**VERS UN NOUVEAU CONCEPT :  
LA MÉDECINE GÉNÉRALE COMMUNAUTAIRE**

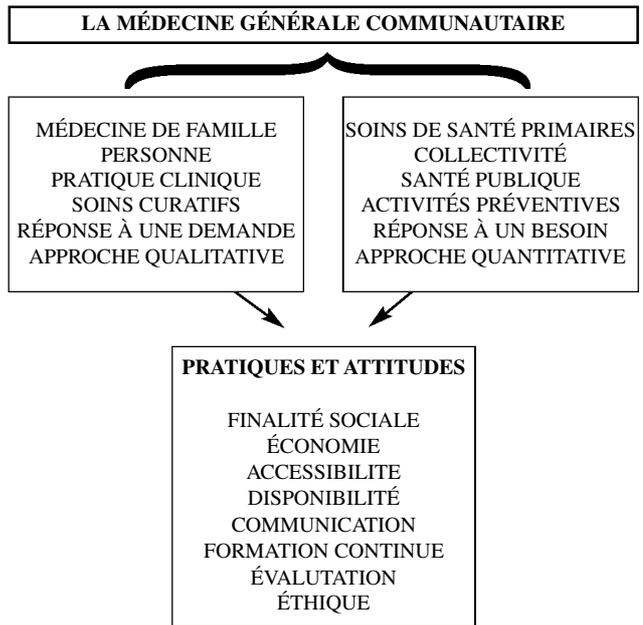
Ces médecins de campagne maliens, en acceptant de vivre au milieu des populations pour exercer une médecine de proximité - sans ignorer leurs difficultés et parfois leurs échecs - ont ouvert la voie d'une alternative possible face aux impasses actuelles des systèmes de santé. S'inspirant de la médecine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

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

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

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

Tableau II - Le concept de médecine générale communautaire.



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

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

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

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

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

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

### DES OBSTACLES À SURMONTER

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

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

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

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

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

Tableau III - Charte du médecin de campagne malien .

---

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

---

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

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

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

### UN ACCOMPAGNEMENT NECESSAIRE

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

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

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

Précisons quelques points :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau IV - Le processus d'installation du MGC

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

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

#### Deuxième étape • Etude de faisabilité par le candidat

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

#### Troisième étape • Formation préalable

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

#### Quatrième étape • Contractualisation et mobilisation des aides

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

#### Cinquième étape • Suivi et formation continue

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

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

---

### CONCLUSION

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

### REFERENCES

---

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