



SANTÉSUD
| GROUPE SOS |



« La médicalisation des zones rurales à travers la promotion des médecins généralistes communautaires au Bénin, en Guinée et au Mali »

Synthèse de capitalisation



Ce document tente de synthétiser la richesse des enseignements collectés lors de cette capitalisation sur le processus de médicalisation des zones rurales à travers l'accompagnement de Médecins privés communautaires :
Les « Médecins généralistes Communautaires » (MGC).

Introduction : Rendre compte de 30 ans, 3 pays, plus de 30 cas !

Ces trois chiffres résument assez bien la difficulté de synthétiser en 10 pages toute la richesse des enseignements tirés de cette capitalisation. Une capitalisation qui ne se limitait pas au « temps du projet », mais nécessitait de remonter aux origines du processus.

Une origine liée à une problématique encore très fréquente en Afrique : les médecins sont formés à la santé hospitalière, c'est-à-dire urbaine. Non seulement, ils ne sont pas formés à investir le rural, mais cet espace leur est difficilement accessible du fait de toute une série d'acteurs – paramédicaux, tradipraticiens, « piqueurs de rue », vendeurs de médicaments, agents de santé communautaires...

Or préparer ces médecins à la vie rurale n'est pas aisé. Tout d'abord cela suppose de repenser le métier comme l'indique cet extrait d'un rapport important qui nous servira de fil conducteur :

« 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)

Ensuite il faut créer des conditions suffisamment attractives pour qu'un jeune médecin décide d'aller vivre en « brousse » dans un environnement qui a plutôt tendance à le décourager d'envisager une telle option.

C'est à cela que s'attèle depuis plus de 30 ans Santé Sud, à l'initiative de Médecins Généralistes français.

Un constat simple à l'origine

Les médecins diplômés sont de plus en plus nombreux mais restent dans les zones urbaines souvent en situation précaire, voire en chômage, 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.

Le travail a débuté au Mali en 1989, où l'on compte plus de 150 MGC répartis dans toutes les régions du pays. Il s'est développé à Madagascar (qui ne fait pas partie de la présente capitalisation). C'est en 2009 qu'il a pu commencer au Bénin porté par la signature d'un accord franco-béninois sur les flux migratoires (2007), et qui va donner 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.

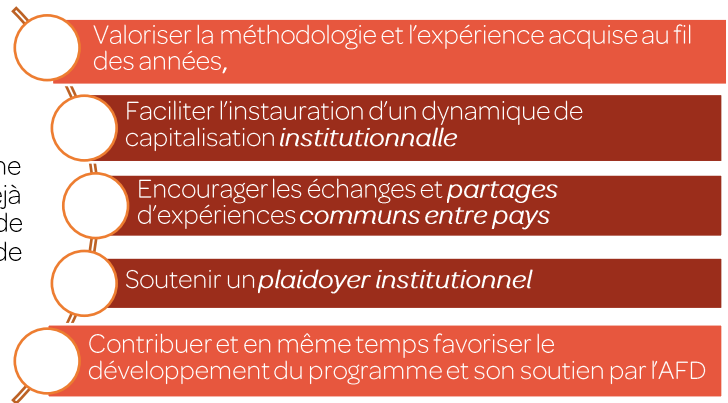
La dynamique essaïmera ensuite à partir de 2014 en Guinée, puis dans le cadre du programme de « Médicalisation des zones rurales à travers la promotion des médecins généralistes communautaires au Bénin, en Guinée et au Mali » financé par l'Agence Française de Développement (AFD).

Au-delà de tirer des enseignements, il sera aussi question dans ce travail de « **rendre compte** » de ce qui est fait et de ce que cela produit dans les zones rurales. Une redevabilité « large » donc, à la dimension de l'enjeu essentiel du programme :

Il s'agit de participer, pour ces MGC, à créer les conditions pour une santé de proximité, à la fois « de qualité » et « pour tous », c'est à dire inclusive des plus nécessiteux.

Un dispositif de capitalisation sous contrainte !

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 glanée 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.



Objectifs et enjeux de la capitalisation

Méthodologie adoptée

Une démarche progressive

La démarche proposait de **procéder par étapes**, comme le montre la figure ci-contre afin de progressivement créer les conditions d'une capitalisation plus continue et intégrée dans les activités des principales organisations. Le présent document clôture l'étape 3 et est destiné à servir l'étape 4.



Structurée autour d'un média particulier : la vidéo

Pour être conforme avec la demande de produire aussi des supports filmés, nous avons proposé l'idée de permettre aux médecins de **témoigner par vidéo ou audio** sans exclure la possibilité de produire une note écrite, en enregistrant eux-mêmes, ou avec une aide, leurs propres témoignages grâce à un petit équipement peu coûteux : le kit-vlogging.



Un dispositif « exécutif » et « politique »

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

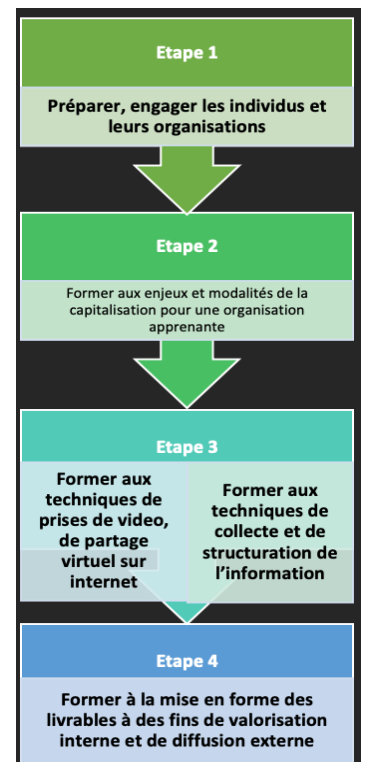
- Un **Comité technique** chargé de la coordination et de la transmission des savoirs-techniques en matière de capitalisation. Il a accompagné le travail concrètement à l'aide de relais-accompagnateurs (R-A) et de responsables des organisations partenaires ;
- Un **Comité élargi** composé d'associations professionnelles, d'universitaires et d'autorités locales ou nationales, fonctionne plus comme une chambre de validation et de résonance des enseignements à l'intérieur et vers l'extérieur. Ce comité devant surtout jouer un rôle dans l'étape 4 de diffusion.

Un plan de formation

Des formations ont été données à Marseille au siège de Santé Sud par visio conférence en présence de représentants des partenaires. Elles étaient complétées au plan technique dans chacun des pays, en introduction aux missions de collecte et lors des restitutions.

Les grandes dimensions de capitalisation

Cinq thèmes principaux étaient l'objet de cette capitalisation : **l'installation, l'appui-accompagnement, le rapport à la communauté, l'institutionnalisation et le genre.**



Un dispositif sous contraintes

La principale contrainte était liée à l'insécurité régnant au Mali surtout, empêchant de se rendre dans les centres de santé en zone rurale.

L'autre contrainte concernait l'obligation de test COVID19 écourtant les missions du temps de transport et de test avant et après les voyages en avion.

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

Les grandes étapes en étaient les suivantes :



La formation préalable

Il y a donc eu au Mali un travail accompagné par Santé Sud et l'Institut Tropical d'Anvers pour mettre au point des modules précis, à partir des difficultés rencontrées par les premiers médecins installés en milieu rural.

Les témoignages concernant cette formation sont généralement élogieux :



Dr Mansour Sy, responsable de Santé Sud Mali
« Avec l'aide de l'Institut Tropical d'Anvers, on avait construit la formation autour de 4 modules précis :

- la logique clinique en situation d'isolement conçu 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 (...) on a mis en place un module d'initiation à la méthodologie de recherche qui a complété le module 5 au Mali. »

« Cette formation était dimensionnée sous forme de formation théorique de 21 jours et une formation pratique de 2x15 jours chez un médecin formé appelé REFERENT MAITRE DE STAGE ».

« 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 et assez flexibles. »

Et quand ils ne le sont pas c'est pour regretter un temps trop limité...

« 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

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

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! ». (Dr Sow, CMC Guita - Guinée)

...Ou appuyer le fait que le manque de formation initiale peut être compensé par l'accompagnement, notamment à travers les stages ou le conseil des anciens :

Dr Ayélé Mensah, CMC 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 ! »

Ce témoignage fait ressortir les dimensions humaines de la formation : notamment la motivation à gérer des situations imprévisibles. Il est complété par une phrase importante concernant l'envie que cela peut générer :



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

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

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)



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



L'étude de faisabilité

« L'étude de faisabilité ? Elle est très importante. Pourquoi ? Parce que tu dois quitter et venir dans un site, 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 préalable de faisabilité pour voir si le site est viable. Comme ça, tu pourras rester et puis 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 ! » (Dr SOW, Guinée)

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 protocole d'études a été formalisé dans un guide¹.

Témoignage du Dr Yacoubou Ismailou (AIMS Bénin)
« A partir de 2009, nous avons réalisé les premières études de faisabilité. Nous les avons proposées à Santé Sud qui les a validées et en a profité pour nous former sur sa méthodologie d'étude, et sa stratégie d'accompagnement. Nous avons tenu compte de cela pour corriger nos études et leur avons proposé que, compte tenu du contexte, différent du Mali, de bien étudier l'environnement et de voir dans quelle mesure, les besoins peuvent être recensés, les acteurs impliqués et les outils d'étude adaptés.

Première étude de Faisabilité au Bénin

La toute première étude au Bénin est menée par le Dr Yacoubou Ismailou de AIMS avec le Dr Dominique Desplats de Santé Sud, dans l'aire de « Sonon ». Le document témoigne d'un important travail de collecte de données sur :

- les caractéristiques du village (activités, services, accessibilité, activités socio-sanitaires, Education, ...)
- la population estimée dans un rayon de 15 km
- les besoins sanitaires estimés en fonction de la distance :

Consultations (C), actes de petites chirurgie (K), de Visites à Domicile (VAD), de Femmes en Age de Procréer (FAP), de Consultation Périnatale (CPN) et postnatales (CPostN), de vaccination-surveillance des enfants....

- l'estimation du revenu en fonction de l'activité socio-sanitaire en année 1, année 2 et année 3.
- Elle se termine par l'appréciation des « points forts » et des « difficultés probables ».

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, 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 de population qui ne reflétaient pas vraiment la réalité. Et ainsi, on a pu dire que le

centre était viable, mais après installation, on a trouvé tout le contraire !

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

« Après cette formation, le stage, l'étude de faisabilité, on a vraiment validé le Centre »

Lors des 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 chiffres réels, donc ce qu'on a obtenu était soit supérieur aux données réelles ou bien inférieur aux données réelles. Donc ce sont des difficultés qu'on a rencontrées ».

« Si la pratique nous a donné raison sur nos chiffres lors de l'étude de faisabilité, c'est parce que ce qu'on a fait, c'était de confronter les données. Parce qu'on est allé d'abord voir les autorités au niveau de la commune qui nous ont donné des chiffres et on a vu aussi au niveau district, au niveau local. On s'est rendu compte que les chiffres n'étaient pas concordants. Et puis on a cumulé, on a pris la moyenne de ces chiffres et ce sont ces chiffres là qu'on a utilisés. Il ne faut pas seulement se fier ou se limiter aux chiffres, car j'avais vraiment des doutes : qu'est-ce que j'avais en fait ? Est-ce que je pourrais m'installer et réussir ? Mais je me suis dit, voilà, il faut que je tente ma chance ». (Dr SOW, Guinée)



Les divers témoignages, complétés par la présentation de la toute première étude de faisabilité menée selon les normes du guide du MGC, montrent bien toute l'exigence et la difficulté de ce travail préalable qui pose la question des moyens mobilisés.

Ils montrent aussi qu'avec le temps, les études de faisabilité vont évoluer dans leurs modalités de collecte. En Guinée, elles semblent avoir été menées au fil du temps avec moins de moyens, mais en intégrant mieux des MGC déjà formés dans leur réalisation. Au Bénin également, elles ne vont plus être autant accompagnées de l'extérieur, mais progressivement inclure la participation des MGC candidats à l'installation, afin de les responsabiliser au plus tôt dans le choix de leur zone.

« En résumé, sans la formation préalable 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 au processus de 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 avançaient, 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. » (Dr Tidiane, Guinée)



Dans ce dernier témoignage on sent une demande pour plus d'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.

¹https://www.santesud.org/wp-content/uploads/2019/10/Guide_mgc_Afrique_Mada_compressed.pdf

L'appui aux installations matérielles

Ce qui ressort des différents témoignages dans les 3 pays, c'est une grande diversité de trajectoires, depuis des installations matérielles où les MGC ont directement été à l'aise dans leur fonction, à d'autres (plus rares) où ils ont fini par partir (au Bénin surtout), dans un autre CMC.

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

Dr Kevine N'DEFFO, CMC de BORO depuis mars 2019



Son CMC était le moins apprécié parmi les différents sites-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.

« 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 l'APIDA [association 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, 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.

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 et 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.

Dr Ariano NOUATIN



Le Docteur Nouatin est installé au CMC depuis 2014, et 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 vite perçu l'importance d'une zone carrefour, proche du Nigéria et de la situation particulière du centre médical qui se trouve en plein milieu du village. 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 3 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'DEFO où le centre apparaît fort isolé et la mairie pas assez « investie » 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 partiellement. Généralement ce sont les MGC qui, tous, vont contribuer à renforcer le plateau technique par leurs propres investissements.
- 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 Dr va pouvoir aussi mobiliser ses capacités relationnelles et bien mettre en valeur son centre afin d'obtenir des équipements.
- Dans le dernier cas, celui du Dr NOUATIN, c'est essentiellement 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, se sont les *contextes géographiques (proximité de centres économiques) et institutionnels (vitalité des autorités locales) des centres* qui font que cela va être plus ou moins facile pour le médecin de développer le centre, étant donné ses *capacités* plus personnelles. Dans les autres pays également, 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).

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



Les principaux enseignements à tirer et approfondir sur « l'installation »

Sur les constats :

Etapes	Les éléments très positifs	Les éléments à surveiller
La formation en « amont »	Une importance totalement confirmée	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
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 qu'un minimum soit bien fourni dès le départ. Une sécurisation de ces investissements à prévoir

Avec une proposition

« 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 de, 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)



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

L'enjeu peut se résumer à faire en sorte que les conditions initiales soient bien assurées, afin que le médecin ait envie d'investir et de se maintenir, sans qu'un tel projet extérieur 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 le cabinet médical pour en améliorer l'attractivité et les services fournis. Cette idée n'est cependant pas forcément bien admise par tous les médecins. La présence d'un projet ayant toujours pour corollaire de rechercher plus de moyens. Les associations de MGC sont là aussi pour rappeler cela.

Ayéyé 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 ».



L'accompagnement

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

Sur la nécessité d'un accompagnement lors de la prise de décision de s'engager

Harouna Konate, Président de l'Association des Médecins de Campagnes du Mali sur les premières résistances à franchir et le besoin d'un 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. 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 »

« Vous ne pourrez 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 !

Dans un autre témoignage provenant du **Dr Saka Yarou Mousse du Bénin**, il apparaît même que cela fait l'objet de railleries de la part des promotionnaires qui « préfèrent encore rester à la maison à ne rien faire plutôt que d'aller travailler en campagne ».

L'accompagnement plus général, plus institutionnel, est donc particulièrement nécessaire au départ surtout : **Dr Konate Harouna (Mali)** :

« Dans mon expérience, quand je suis venu au début et que j'ai demandé à 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 »

Au-delà de l'installation

Au-delà de l'installation dont on a vu l'importance, il y a bien d'autres choses qui facilitent l'ancrage et le maintien des MGC : l'accompagnement à monter des projets, l'accompagnement à entrer en négociation avec les autorités locales ou déconcentrées, l'accompagnement à se mettre en organisation :

« 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 professionnelles 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. Mais dans le cas du compagnonnage, c'est un ancien qui accompagne un plus jeune. Ça ce sont des projets qui nous ont beaucoup aidés ».



« L'accompagnement à monter des projets et à faciliter 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 oublié. 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 ».



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

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. Au Bénin, une ONG - l'AIMS (Centre d'étude et d'appui aux micro assurances santé) - a été sollicitée comme partenaire du projet pour un accompagnement plus global, impliquant aussi les autorités locales déconcentrées et décentralisées. En Guinée, c'est une ONG, FMG (Fraternité Médicale Guinée) et une organisation de MGC qui sont directement partenaires de Santé Sud. Partout le projet vise à mettre en place ou à renforcer des structures associatives de MGC.

L'enseignement général va cependant dans le sens d'accorder plus d'attention, lors de l'accompagnement, aux relations institutionnelles entre les nouvelles organisations et leurs « autorités de tutelles », et plus encore à mieux réguler la tension presque inévitable entre le modèle « entrepreneurial » attendu de médecins privés et le modèle « communautaire » tout aussi attendu et nécessaire.

Le rapport à la communauté

Le rapport à la communauté concerne bien des dimensions : l'accueil fait au médecin à son arrivée, autant qu'à l'inverse, l'accueil aux patients par le MGC; les relations 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 de la communauté.

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 montrent que la réalité est nettement plus compliquée et que pour un médecin formé à la « modernité », les chocs culturels restent fréquents. Le positionnement particulier du MGC - à la fois dedans et extérieur -, offre cependant un énorme potentiel d'évolutions à l'échelle locale.

Tout cela, selon le **Dr Ayélé Mensah du Bénin**, est à mettre sur le compte de 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 aussi l'ignorance des pères parce qu'ici, c'est le père qui a le pouvoir financier. S'il faut intégrer la viande, 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' ».

...et le développement de stratégies d'appui aux communautés :

« 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. (...) 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 ! Mais lui il en a plus besoin. Il faut 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 ».

Mais cela ne se fait pas dans un vide social et institutionnel, il faut composer avec d'autres acteurs : **Dr Bachir (Guinée)**



« 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 ».

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... 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 dans la nuit qu'on a quitté 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. 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 ! », que j'ai pris conscience du risque ! ».



L'engagement du MGC en faveur des gens nécessite parfois d'être canalisé.

La construction et le maintien des liens avec la communauté

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 offre comme opportunités.

Dr BORO (Bénin) :

« 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 a son histoire. Il y a souvent ces clivages-là. Il y a souvent des quartiers et des sous-quartiers dans le village. Des populations qui ne s'entendent pas avec telle autre population. C'est comme ça ! 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. 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. J'ai mis un petit comité en place avec 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. Je leur ai dit 'je suis là pour vous aider, mais c'est pour vous le centre'. Donc ils ont proposé beaucoup de choses et ils m'aident dans les négociations avec la mairie pour l'amélioration du Centre ».



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

Mais la création d'un comité fait débat. Pour les médecins béninois et guinéens, mettre en place un comité peut s'avérer très contraignant. En tout cas, il est important de préciser le

mandat de ce comité, sous peine d'être vite dépassé par les « attentes » de la communauté.

En effet, 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. Comme l'illustre bien le cas du Dr Tidiane à Bouroudji (Guinée),



« Notre rencontre avec la communauté a été construite sur une convention dans laquelle chaque partie avait des engagements. Parmi les engagements de la communauté, c'était de trouver un local pour le médecin, pour son installation et son logement. Donc, on a signé la convention comme ça. 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. 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 à la place un enfant du village. Mais nous aussi on a été malins. 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, le cabinet paie des redevances à la communauté ».

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

Le Dr Nouatin (Bénin) a rencontré une situation comparable. Peu de temps après son arrivée dans son centre, à près de 600 Km de sa famille, sa mère l'a aidé à acquérir 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. ».

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 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 citoyen ; mangez et buvez comme eux ! il ne faut pas jouer au médecin cravaté, costumé, 7 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, 7 ans d'études »

Le MGC acteur de développement pour la communauté ?

Dans certains cas, le médecin parvient à inciter à reconvertir la « dime » payée par le MGC à la communauté, en actions de développement ! Mais il y a bien d'autres interventions qui en font un réel acteur du développement local.

Cela prend le plus souvent la forme de sensibilisations ou de mise en place de stratégies sur des aspects aussi importants

que les grossesses précoces ou les naissances trop rapprochées. Dans les écoles, dans les palabres plus communautaires ou bien même à l'intérieur des familles.

Mais cela va parfois plus loin avec la mise en place de toute une stratégie de lutte contre certaines pathologies, avec le développement d'une filière intégrée de traitement. Un bel exemple est fourni par la Guinée ou un médecin, le Dr Barry, va mettre en place toute une stratégie de mutualisation de la prise en charge des morsures de serpent à l'échelle de plusieurs districts, suite au décès d'une femme dans ses bras par manque de sérum (un phénomène fréquent dans la région de Labé). La démarche va le conduire au Sénégal pour des formations, puis à négocier avec le district sanitaire, les autorités locales. Il va mettre en place une commission, participé à développer une stratégie de récolte de fonds, responsabiliser chacun des districts de la région, monter une mutuelle...de façon à ce qu'il y ait toujours un stock suffisant de sérum, et une demande solvable organisée.

Au Mali aussi, où l'expérience est ancienne, les témoignages abondent de difficultés surmontées et d'accompagnement des communautés dans leur développement. Non seulement les médecins participent activement à l'amélioration des conditions d'hygiène et de nutrition, mais ils sont généralement très actifs dans l'accompagnement à la constitution d'associations locales ou de coopératives autour d'activités génératrices de revenus, la constitution de mutuelles, ou de fonds de solidarité adossés à des filières agronomiques rémunératrices (coton notamment).

Dr Nimaga Karamoko (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 ».

Sur l'enjeu principal d'accompagnement d'une telle « politique » 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.



L'institutionnalisation

L'institutionnalisation est 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.

Au Mali, les MGC – dont des privés – se sont progressivement mobilisés pour présenter leurs 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 nationales.

Dr Nimaga Karamoko :



« 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 Banque Mondiale, 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 postuniversitaire, 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 : **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 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. Par rapport à ce processus de financement basé sur les résultats, on est en train de penser à de nouvelles formules avec la téléphonie, les mines, les transports, les boissons, les taxes sur les cigarettes. On est à ce stade de réflexion ».

L'importance au Mali, à l'origine des EVALUATIONS des Centres de santé

Ensuite l'importance d'ATELIERS nationaux spécifiques sur la démarche MGC

Enfin l'orientation vers le FINANCEMENT AXE RESULTATS des services de santé ?

un centre de santé rural. Progressivement vont se mettre en place avec l'appui de Santé Sud, des formations préalables, et la mise en réseau des compétences des MGC.

Cela va produire des « effets institutionnels » : sous forme de présentation de l'expérience dans des conférences internationales, la formalisation d'un processus d'installation et d'accompagnement depuis le village jusqu'à l'Etat, aboutissant à la valorisation de représentants des MGC dans les instances de ministères, dans les comités de projets nationaux.

L'ancrage et la reconnaissance du secteur privé est forte au Mali, à travers une « Alliance du Secteur Privé » très active pour les MGC et reconnue. C'est aussi le cas au Bénin où une plateforme reconnue existe, mais elle n'est pas une représentation, ni l'expression de l'association des Médecins communautaires (AMCB) et cela prend d'autres formes en Guinée, dans le collège des médecins généralistes - le COMEC-Gui - qui est de plus en plus actif. Au Bénin, la valorisation du privé est plus ambivalente : prônée au plus haut niveau, elle fait aussi l'objet d'une certaine « mise aux normes » dans le cadre de la réforme de la santé, voire d'une récupération de la démarche MGC sous des modalités moins exigeantes.

Des développements importants sont en négociation au Mali, concernant la mise en place d'un diplôme universitaire et même d'un Diplôme d'Etude Spécialisé autour de la Médecine Généraliste Communautaire. On y observe aussi dans la santé, une dynamique de 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 par les deux grandes associations de MGC, concernant les incitations à l'installation et l'investissement, la défiscalisation, comme autant de thèmes de négociation etc.

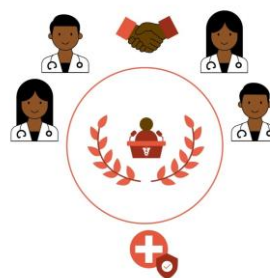
Avec une proposition

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, s'il ne date pas d'hier, reste une contrainte majeure.

Généralement elle se fait à travers des formes de plaidoyers ou de lobbying. Plus rarement, pas le développement de relations continues dans les ministères, avec les directeurs et les agents concernés, permettant de participer à la définition d'une politique publique ou à l'influencer.



En résumé sur l'institutionnalisation

Les premiers jalons vont être au Mali, l'évaluation des résultats dans les aires de santé, qui va permettre de prendre conscience de la différence lorsqu'un médecin se trouve dans

Le Genre

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.

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 très nombreux témoignages ont été collectés et sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Dimension s	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, accompagnement des enfants) 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. Mais les MGC mettent en place diverses stratégies pour lutter contre certaines croyances et mésinformations.	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 pédagogiquement par rapport à des formations à donner en communauté sur le corps de l'homme, de la femme, la sexualité, par la mise à disposition de boîtes à images ou autres outils de communication

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 il n'y a plus de femmes-MGC, il apparaît que cela pourrait faire une différence importante dans l'accès aux soins pour les jeunes femmes.	La question en Guinée de l'importance du rôle des 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 semblait-il pas portée par les autorités sanitaires.
--------------------------------	--	--

Avec une proposition

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.

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 ?

Valoriser la position prudente et adaptative du MGC « réformateur intérieur »

Rester du côté de la question plutôt que de réponses normatives

Conclusions générales

Les enseignements à tirer sont nombreux et certainement à portée bien plus générale : ils devraient nourrir les politiques de santé de bien des pays africains.

Cette capitalisation montre en effet :

- La nécessité d'un appui à l'installation initiale et l'importance d'un accompagnement des MGC pour compenser le manque d'appui de la société, de manière générale, à un investissement en zone rurale ;
- L'importance ensuite dans bien des cas des investissements privés de ces MGC pour améliorer le centre de santé, parfois en dépit d'une sécurisation de leurs propres investissements ;
- Investissements de ces MGC dans la communauté également, car celle-ci est bien reconnue comme étant la clef du succès (ou de l'échec) du MGC. La réalité des « échanges » ou successions des centres entre MGC, favorise cet ajustement progressif et témoigne de l'intérêt des MGC pour la MZR.
- Les MGC ont bien compris que travailler sur l'offre de soins ne suffit pas pour pérenniser leur activité, et qu'il leur faut également agir sur la demande de soins, en participant à la réduction des barrières financières pour les populations bénéficiaires.
- L'institutionnalisation reste un chantier important à des niveaux différents, dans bien des pays et repose sur la capacité des acteurs de cette dynamique à montrer toute la particularité d'un privé investi dans un service à « sa » communauté et l'intérêt de cette forme d'entrepreneuriat.

