

LE GUIDE

Concept - Organisation - Pratiques

du médecin généraliste communautaire

en Afrique et à Madagascar

En Afrique et à Madagascar, depuis une trentaine d'années, des efforts considérables ont été menés pour fournir des soins de base aux populations rurales qui sont largement majoritaires mais pour lesquelles la qualité des soins reste médiocre. L'absence du médecin généraliste en première ligne, véritable « chaînon manquant » de systèmes de santé sans médecins, est paradoxale si on considère le nombre de diplômés formés dans ces pays qui restent dans les capitales et les centres urbains (76 % selon l'OMS).

Prenant la mesure du problème, l'ONG Santé Sud soutient depuis une vingtaine d'années les jeunes médecins africains et malgaches qui font le choix de s'installer en zones rurales. L'expérience a commencé au Mali, puis s'est développée à Madagascar et au Bénin. Aujourd'hui plus de 200 « médecins généralistes communautaires » exercent ce métier auprès de populations qui représentent environ 2,5 millions d'habitants.

Ce guide synthétise cette approche novatrice. Il s'adresse d'abord, de façon pratique et didactique, aux jeunes médecins dont beaucoup sont sans emploi, mais aussi à tous ceux qui sont préoccupés par l'avenir et les nombreux défis qui restent à relever en matière de santé.

Cet ouvrage est disponible sur le site www.santesud.org



LE GUIDE

Concept - Organisation - Pratiques

du médecin généraliste communautaire

en Afrique et à Madagascar

10 € TTC FRANCE



SANTÉ SUD



SANTÉ SUD

Avant-propos

Ce manuel est écrit dans une double perspective :

- présenter la médecine générale communautaire telle qu'elle s'est construite au fil des années, depuis vingt ans, pour répondre à l'attente de plus en plus pressante des populations rurales et périurbaines africaines et malgaches ;
- offrir aux jeunes médecins qui feront le choix de vivre loin des villes - là où vit toujours la grande majorité de la population - la perspective d'exercer un nouveau métier qui permet de mettre ses capacités professionnelles et humaines au service du « pays profond », celui qui n'a jamais véritablement eu accès à la médecine jusqu'à présent.

Nous avons écrit un texte simple, le plus concret possible, à partir des réalités que l'on rencontre en Afrique francophone et à Madagascar. Les exemples et les solutions proposées reposent sur l'expérience acquise des médecins qui pratiquent déjà cette approche communautaire de la médecine générale.

À une période où l'accent est mis sur la question préoccupante des Ressources Humaines en Santé, nous espérons que ce guide de formation contribuera à l'émergence d'enseignements spécifiques pour cette pratique médicale de première ligne, capable d'améliorer de façon significative la santé des populations les plus vulnérables.

Sommaire

Introduction générale	8
---------------------------------	---

Première partie

Concept et principes généraux

1. Qu'est-ce que la médecine générale communautaire?	20
2. La démarche clinique	24
3. La démarche communautaire	34
4. Place et rôle du MGC dans le système de santé	42

Deuxième partie

Organisation et gestion du cabinet/centre médical communautaire (CMC) et de son aire de responsabilité

5. Le choix du site d'installation et l'étude de faisabilité.	56
6. Le CMC : types de structures, équipements de base	68
7. La gestion de l'espace et du temps	74
8. Médicaments et produits consommables	86
9. La gestion financière recettes/dépenses.	94
10. Les indicateurs essentiels d'activité	105
11. Le processus d'installation	113

Troisième partie

Pratiques professionnelles

12. Le paquet d'activités	125
13. La prescription thérapeutique.	138
14. La prise en charge des maladies chroniques	150
15. Le dossier médical	166
16. L'hygiène/désinfection du CMC.	172
17. Le laboratoire de campagne	181
18. Le risque épidémique: que faire?	188
19. Communication et mobilisation sociale	204
20. Itinéraires thérapeutiques: le marché de la santé	222
21. Éthique et déontologie médicale.	238
22. Le certificat médical	252
23. La formation continue des MGC	258
24. Quelles formations spécifiques en médecine générale communautaire?	272

Postface	288
Liste des sigles et abréviations	290
Bibliographie sélectionnée	291
Annexes	293
Auteurs et Remerciements	318

Introduction générale

Il convient de souligner d'emblée les progrès réalisés en matière de santé sur le continent africain. À titre d'exemple, l'espérance de vie au Mali est passée de 35 ans en 1960 à 47 ans en l'an 2000, et dépasse aujourd'hui les 50 ans. Cette avancée significative est fortement liée aux taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) et de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) qui se sont améliorés d'environ 50 % durant la même période, mais elle traduit aussi une meilleure prise en charge globale, curative et préventive, des principales maladies.

S'il est vrai que de trop nombreux pays, rongés par les conflits et l'instabilité, ont peu progressé, et que les problèmes de santé restent toujours et partout préoccupants dans les pays les moins avancés (PMA)¹, il ne faut pas occulter pour autant les efforts accomplis qui sont généralement sous estimés par une vision à court terme des performances comparées avec celles des pays développés. Dans son rapport sur la santé dans le monde 2008, l'OMS l'affirme explicitement : « *Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans* ».

Cet effort a porté aussi sur la formation des personnels de santé dont le nombre a augmenté dans d'importantes proportions. Concernant la formation médicale, des facultés de médecine se sont ouvertes pratiquement dans tous les pays de l'Afrique francophone depuis les indépendances alors qu'il n'existait, avant les années 1960, que deux anciennes écoles de médecine : Tananarive créée en 1896, et Dakar en 1918. Chaque année, des cohortes importantes de jeunes diplômés sortent de ces nouvelles facultés (100 à 300 selon les facultés) si bien que le nombre de médecins augmente dans tous les pays. Ainsi, par exemple, on compte aujourd'hui environ 1 médecin pour 6 500 habitants au Mali, 1 médecin pour 3 000 habitants à Madagascar, 1 médecin pour 7 500 habitants au Bénin.

¹. Les PMA sont au nombre de 49 pays dont 33 situés en Afrique subsaharienne selon la liste établie par les Nations Unies.

Ce ratio théorique est relativement satisfaisant mais il cache des disparités très importantes avec une forte concentration médicale dans la capitale et les quelques grandes villes. De ce fait, les zones rurales où vit 60 à 80 % de la population selon les pays sont des déserts médicaux. Cette disparité ville-campagne s'est considérablement aggravée à partir des années 1980 avec les mesures d'ajustement structurelles du FMI et de la Banque Mondiale qui ont imposé, pour réduire les déficits, des coupes sombres dans le budget des États. Le gel du recrutement dans la fonction publique devint la règle alors que ce recrutement était automatique pour les médecins afin de couvrir les immenses besoins en santé. C'est ainsi qu'au Mali, en 1987, le premier concours proposa 2 postes de médecins aux 60 nouveaux diplômés. Un phénomène nouveau est apparu, celui du « diplômé-chômeur », un médecin sans emploi et sans moyens personnels pour s'installer par lui-même, condamné à des expédients pour survivre, soit dans des pratiques médicales informelles, soit en se reconvertissant dans d'autres activités (chauffeur de taxi, commerçant...). Ce chômage médical n'apparaît pas dans les statistiques mais il est massif dans certains pays, pouvant dépasser un tiers du corps médical ! Un véritable paradoxe pour des pays dont les besoins médicaux restent immenses...

D'autres pays, par contre, connaissent de véritables pénuries en Ressources Humaines en Santé (RHS) lorsqu'ils sont concernés par des conflits, une instabilité politique, ou encore lorsqu'ils sont, surtout en Afrique anglophone, victimes de politiques migratoires actives des pays du Nord qui puisent leurs personnels à moindre frais dans les pays du Sud. Le Zimbabwe est emblématique à cet égard : plus de 80 % des médecins et paramédicaux sont partis depuis 1980, en Grande Bretagne, en Australie, en Nouvelle Zélande, au Canada et aux États-Unis. Cette « fuite des cerveaux » représente une perte considérable, scientifique, économique et humaine.

Une jeunesse désemparée

Cette situation, si rien n'est fait, va continuer à s'aggraver et devenir explosive. Elle ne concerne pas seulement la médecine mais l'ensemble des universités dont les effectifs ont été multipliés par cinq depuis 1980, avec une jeunesse désemparée puisque, en moyenne, 25 % de l'ensemble des diplômés ne trouvent pas d'emploi. Comment faire une place à ces jeunes qui sont l'avenir de

leurs pays et créer les conditions leur permettant, sans appartenir à la fonction publique, d'exercer leur métier et d'en vivre? C'est la question que nous nous sommes posée concernant les jeunes médecins pour qu'ils puissent, eux aussi, contribuer à l'amélioration du niveau de santé des populations, en particulier les plus nombreuses et vulnérables situées majoritairement dans les zones rurales.

Pour pouvoir répondre à cette question nous avons, depuis vingt ans, multiplié les entretiens avec les thésards et les jeunes diplômés en organisant des « groupes de parole » dans de nombreuses villes universitaires: Bamako, Dakar, Conakry, Ouagadougou, Abidjan, Cotonou et Parakou, Yaoundé, Tananarive et Mahajanga. Nous avons observé une grande convergence dans leurs réponses que l'on peut regrouper en quatre grands chapitres:

1. *Notre formation, essentiellement hospitalière, ne nous prépare pas à exercer la médecine de proximité, surtout en première ligne loin des villes.*
2. *Il n'y a pas de conseils et aucune aide - ni d'accès au crédit - pour pouvoir s'installer par soi-même.*
3. *Les structures de santé de premier niveau sont mal équipées et souvent mal gérées, cela ne donne pas envie d'y aller.*
4. *Les conditions de vie à la campagne, l'isolement social et professionnel ainsi que les problèmes de sécurité, nous font peur. On va nous oublier!*

C'est ainsi que nous avons, peu à peu, acquis la conviction que la solution n'était pas univoque: elle impliquait la prise en considération de l'ensemble des problèmes soulevés dans ces quatre grands chapitres, faute de quoi l'échec était certain.

La profonde inquiétude des jeunes quant aux possibilités d'exercer leur métier est justifiée, nous pouvons en témoigner.

L'arrière-plan historique

Le contexte médical historique de l'Afrique francophone et de Madagascar constitue un arrière-plan dont il est important de dire un mot car il a forgé et structuré les mentalités, c'est-à-dire l'imaginaire médical et les représentations inconscientes du métier. Il s'agit, en quelque sorte, d'une toile de fond sur laquelle l'ensemble des soignants – et les jeunes à qui nous nous adressons – projettent leurs attentes et leurs difficultés.

En effet, si la médecine moderne comme connaissance scientifique est une (au sens universel), son application n'est pas uniforme et relève de constructions historiques et sociales qui sont parfois très différentes. On peut, en ce sens, parler de « traditions médicales » qui, depuis l'avènement de la biomédecine au temps de Pasteur, se partagent de vastes aires culturelles tout en gardant un fond scientifique commun.

Pour ce qui concerne l'Afrique francophone et Madagascar, la médecine moderne a été importée en bloc avec l'administration générale des colonies. Ce sont d'emblée des systèmes de santé administrés et fortement hiérarchisés qui se sont mis en place avec une position centrale du « médecin-chef » qui perdure toujours, soit dans l'administration (aujourd'hui les directeurs administratifs ou les responsables des grands programmes de santé publique), soit dans le secteur hospitalier où l'essor des spécialités a permis de multiplier les chefferies hospitalières. Une situation qui s'expliquait à une époque où l'administration coloniale était toute-puissante, les médecins peu nombreux et les grandes endémies redoutables. La figure de Jamot (1879 – 1937) et les campagnes de masse pour lutter contre la maladie du sommeil restent, dans les mémoires, l'exemple type de cette grande épopée médicale.

Avec le lancement de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP), à Alma Ata en 1978, à une époque où les médecins étaient encore en nombre insuffisant, le dispositif administratif et hiérarchique que nous venons de décrire brièvement s'est déplacé avec le transfert de la responsabilité médicale du soin aux agents de santé, l'algorithme ou ordinogramme servant de support décisionnel. Les normes se sont ainsi considérablement développées tandis que le clivage hiérarchique s'est cristallisé entre des médecins qui administrent et supervisent, et les non-médecins qui pratiquent la médecine. Ainsi que nous le disait la représentante de l'OMS à Yaoundé, Le Dr Hélène Mambu-Ma-Disu: « *les médecins praticiens ont été les grands oubliés des SSP* ». Soigner est devenu ainsi une fonction d'exécutant, de subalterne, au moment même où de nouvelles générations de médecins, formés dans leurs propres pays, terminaient leurs études.

Toute cette évolution sur la longue durée explique pourquoi la santé publique et les spécialités médicales sont, aujourd'hui, les seules sources de légitimité pour le corps médical et les jeunes diplômés sont formés avec cette perspective. Être soignant au premier contact est un métier dévolu aux non-médecins, dévalorisé

non seulement par la profession médicale elle-même, mais aussi par les familles qui exercent une forte pression pour que les jeunes s'orientent dans une voie socialement valorisante. D'où cette réflexion d'un jeune thésard béninois : « *on ne souhaite pas devenir un broussard, la médecine générale n'a aucun crédit !* ».

L'expérience de Santé Sud²

C'est la prise de conscience de ce contexte général et l'écoute des nouveaux diplômés inquiets pour leur avenir qui nous ont aidés à imaginer une réponse capable de relever un double défi : permettre aux jeunes médecins sans emploi d'exercer leur métier et améliorer l'offre de soins en milieu rural.

Tout a commencé au Mali, en 1988, suite à l'instauration du concours dont nous avons parlé plus haut. Que faire ? L'idée a alors été celle du « médecin de campagne » qui, un siècle plus tôt, avait permis à toutes les familles rurales françaises et européennes de bénéficier de la présence permanente d'un médecin généraliste dans leur village. De fait, une étude au Mali venait de montrer que seuls 10 % des malades étaient examinés par un médecin !

Une conférence fut organisée à l'École de médecine de Bamako pour les étudiants en fin d'étude et les nouveaux diplômés avec, comme intervenants : le Professeur Aliou Bâ, directeur de l'École, le Docteur Hubert Balique, enseignant en Santé Publique, le Docteur Dominique Desplats, médecin généraliste et président de Santé Sud. Vu les circonstances, les discussions furent passionnées par la présentation qui fut faite de la « *médecine de famille* » et la possibilité, pour un nouveau diplômé de l'École de médecine, d'aller s'installer dans un village. Les professeurs de l'École et Santé Sud s'engageaient à accompagner ceux qui feraient le choix d'aller soigner les populations rurales. À la fin de la conférence-débat, plusieurs candidats manifestèrent leur intérêt pour cette proposition, l'un d'entre eux ajoutant même : « *C'est la première fois que j'entends parler de cette forme d'exercice médical, j'attendais cela depuis longtemps !..* ».

C'est ainsi qu'un premier jeune diplômé malien, le Dr Issa Dembélé, s'engagea dans cette voie en allant l'année suivante, en septembre 1989, s'installer en privé dans un village situé à 370 km de Bamako et à 45 km du chef-lieu de cercle où

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

se trouvait le centre de première référence. Suivant son exemple, d'autres médecins partirent à leur tour dans les différentes régions. En 1993, ils étaient 11 pionniers qui avaient franchi le pas, devenant ainsi « l'espoir du pays profond », expression significative d'un article paru dans la presse locale au moment où ils fondèrent l'Association des Médecins de Campagne du Mali.

Il faut noter également qu'à cette période de grandes réformes du système de santé malien se mettent en place : l'État crée, au premier niveau, les centres de santé à gestion communautaire (CSCOM) qui sont des structures privées sans but lucratif, liées à l'État par une convention de service public. Cette décentralisation, dès lors, favorisera la médicalisation des zones rurales en donnant le choix aux jeunes médecins de s'installer soit à leur propre compte, soit dans un CSCOM avec un contrat de droit privé.

À Madagascar, le même type d'expérience a été initié par Santé Sud en 1996 permettant une quinzaine d'installations sur les hauts plateaux de la Grande Île. Malheureusement, cette première expérience fut balayée par la crise politique de l'année 2002, puis reprise à partir de 2003 dans le cadre de la « politique des 3P (Partenariat Privé-Public) » voulue par le nouveau gouvernement. La signature du « statut du médecin généraliste communautaire », le 13 décembre 2004 à l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) en présence du Ministre de la Santé³, par l'Ordre National des Médecins, Santé Sud et deux associations médicales à vocation communautaire (l'AMC-MAD et Tealongo), relança le processus avec une nouvelle légitimité qui fut déterminante : les médecins privés communautaires avaient désormais leur place grâce à une convention d'association au service public leur permettant d'être intégrés dans leurs districts sanitaires respectifs.

« *Cela ne marchera pas !* ». C'est la phrase que nous avons le plus entendu durant toutes ces années. Deux raisons principales étaient avancées :

1/ Les médecins n'iront pas ou ne resteront pas en milieu rural à cause de l'isolement et des conditions de vie. Après une dizaine d'années d'étude dans la capitale, ce sont des citadins et partir en brousse sera vécu comme un déclassement.

2/ Les populations ne pourront pas les payer : le revenu en zones rurales est trop faible, les populations ne sont pas solvables.

3. Il s'agit du Dr Jean Louis Robinson, médecin généraliste et ancien président de l'Ordre National des Médecins de Madagascar qui a, comme Ministre de la Santé, soutenu avec conviction l'initiative de Santé Sud.

L'installation de 120 médecins répartis dans la majorité des régions du Mali, et de plus de 50 médecins à Madagascar dans cinq régions démontre que cet engagement professionnel est possible, permettant aujourd'hui à 2 millions de personnes d'être bénéficiaires de soins médicaux de proximité.

Nous ne voulons pas, pour autant, passer sous silence d'autres tentatives qui ont été des échecs, en Côte d'Ivoire (1999-2002), en Casamance au Sénégal (2000-2002), au Cameroun (2003-2005). Dans la première, ce sont les événements politiques qui ont obligé le premier médecin à abandonner son poste situé en pleine zone de combats près de Man. Pour la seconde, les raisons furent complexes, liées à l'isolement et l'instabilité de la Casamance ainsi qu'à l'absence de soutien institutionnel. Enfin, pour la troisième tentative située près de Yaoundé, le projet a été victime de conflits locaux intracommunautaires qu'il n'a pas été possible de surmonter.

En 2009, un nouveau projet vient de démarrer au Bénin à la demande du Ministère de la Santé pour médicaliser « *les zones du nord qui n'attirent pas les jeunes médecins et sont désertées* ». L'engagement de l'État et l'appui de la jeune Faculté de Médecine de Parakou, créée pour désenclaver le nord-Bénin, devraient faciliter le processus d'installation des jeunes diplômés dans ces zones mal desservies.

Les réactions

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

1/ L'État et les autorités sanitaires

Au début, la méfiance a prévalu. Les médecins qui s'installaient par eux-mêmes, en dehors de la fonction publique, ont souvent été considérés comme des intrus, non contrôlables, suspects de « chercher l'argent ». Leur indépendance perturbait la vision hiérarchique dont nous avons parlé plus haut avec une administration toute-puissante et un personnel subalterne confiné au rôle d'exécutant.

Sur le terrain, peu à peu, les esprits ont évolué. Les médecins-chefs de district ont compris l'intérêt d'avoir un réseau de médecins généralistes en première ligne avec, pour effet, une nette augmentation des taux de fréquentation des structures du premier niveau. Au Mali comme à Madagascar, la collaboration est devenue plus confiante au point que certains districts sanitaires sollicitent

l'installation de médecins généralistes communautaires pour améliorer la couverture médicale du niveau primaire.

Cette approche novatrice bouscule les mentalités et provoque, en retour, des résistances. Mais certains responsables vont de l'avant et le disent, telle le Dr Myriam Rasoranto, directrice d'une région des hauts plateaux de Madagascar, se félicitant d'avoir intégré 12 médecins communautaires pour répondre au déficit en médecins publics et affirmant, lors d'une conférence, qu'il fallait sortir du « *climat de concurrence et de rivalité entre secteurs public et privé* », travailler désormais en confiance et de façon coordonnée dans un esprit de partenariat mis au service des populations.

2/ Les communautés rurales

Elles sont conscientes du lourd tribut qu'engendrent les maladies et la demande de soins fait partie de leurs priorités, mais elles sont en même temps méfiantes car elles n'ont pas toujours la même vision sur les causes de leurs malheurs et aussi – il faut le reconnaître – parce qu'elles sont déçues. En effet, avec le développement des médias et les échanges migratoires, les populations sont de plus en plus critiques sur les soins qu'elles reçoivent. Les mentalités évoluent très vite : la sous-médicalisation des zones rurales est ressentie comme une injustice dans la mesure où les populations rurales doivent toujours faire des kilomètres pour bénéficier d'un acte médical.

La question n'est pas tant de les impliquer davantage mais, surtout, de parvenir à établir avec elles une relation de confiance. Notre expérience montre qu'il s'agit d'un processus lent et que les paysans ne veulent pas seulement des discours mais des actes. Ils font confiance par la preuve.

C'est au médecin de faire ses preuves. Sa présence permanente, son accueil et sa disponibilité, la qualité de sa prise en charge des malades sont déterminants. Le bon indicateur, c'est la confiance. Si elle est obtenue, alors tout est possible ! L'exemple de villages malgaches qui ont construit une maison médicale avec un logement pour « leur » médecin, après une période d'observation pour juger de ses qualités et voir s'il s'adaptait, est démonstratif à cet égard.

3/ Les jeunes médecins

Comme nous l'avons vu, 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.

Face à cette réalité, le risque d'échec est grand si des mesures spécifiques de formation et d'accompagnement ne sont pas prises. La plupart des médecins disent qu'ils n'auraient pas tenté l'expérience sans le dispositif d'accompagnement de Santé Sud.

Le mouvement d'installation vers les zones rurales a été lent : les premières installations ont eu valeur de test pour les futurs candidats, d'où l'importance de réussir les premières installations pour enclencher le processus dont il faut ensuite maintenir la qualité pour éviter les dérives. Au Mali comme à Madagascar, il s'agit d'une vraie aventure professionnelle et personnelle. Ces médecins sont souvent mariés avec des enfants. Certains en font un projet de vie à long terme, d'autres envisagent ce mode d'exercice pour acquérir une expérience en attendant d'autres opportunités. Contrairement à ce que l'on croit, ce ne sont pas seulement des médecins d'origine rurale qui font ce choix mais aussi des citoyens sensibilisés à la situation du monde rural de leur pays. À Madagascar, un tiers sont des femmes qui se sont engagées volontairement dans cette voie.

Et maintenant ?

La médecine générale communautaire a le mérite d'exister. C'est un nouveau métier en construction qui pourrait se développer dans de nombreux pays confrontés à la sous-médicalisation des zones rurales et à l'existence d'un nombre de médecins qui augmente d'année en année pour le bien de leurs pays.

Les deux évaluations externes réalisées à ce jour, par l'INSPC en 2007 à Madagascar, et par l'OMS au Mali en 2008, ont confirmé la pertinence de cette approche, l'efficacité du dispositif d'appui à l'installation préconisé par Santé Sud et la viabilité de ce nouveau type d'exercice médical. Globalement, la satisfaction des populations et celle des médecins se sont vues confirmées, ces derniers ayant un revenu supérieur à celui d'un médecin de la fonction publique au premier échelon, en rapport avec une fréquentation de patients supérieure aux moyennes nationales.

Concernant l'impact sur les indicateurs de santé et la pérennité à long terme, ces deux évaluations soulignent la nécessité d'études quantitatives plus approfondies et l'importance des choix stratégiques qui seront adoptés par les pays concernés pour maintenir les mesures incitatives préconisées, encourager les jeunes médecins pour ce type d'exercice médical et les fidéliser.

La faible fréquentation des structures de santé périphériques que l'on constate un peu partout (moins de 30 % des besoins attendus) ne pourra guère s'améliorer, de notre point de vue, sans un saut qualitatif au niveau de l'offre de soins. Les indicateurs de santé restent préoccupants malgré les efforts consentis parce que les systèmes de santé sont, de fait, des systèmes médicaux sans médecins (et sans sages-femmes également), bloqués par le niveau de compétences de paramédicaux qui, malgré la bonne volonté de ces derniers, a atteint sa limite. En ce sens, on peut considérer que le médecin généraliste, absent du premier échelon, est le « chaînon manquant » qui permettrait de franchir une étape décisive vers ce qu'il conviendrait d'appeler les Soins de Santé Primaires de 2^e génération, avec des médecins praticiens en première ligne.

Entendons-nous : favoriser l'installation de médecins en première ligne n'est pas suffisant en soi. Encore faut-il que ces médecins soient compétents pour cette pratique spécifique que nous appelons la « médecine générale communautaire », et qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour la rendre efficace et utile. C'est le sens de cet ouvrage. Puisse-t-il servir de guide à tous ceux qui veulent rejoindre leurs aînés et, comme eux, mettre leur savoir et leur énergie au service des populations les plus vulnérables.

Antananarivo, avril 2009

Première partie

Concept et principes généraux

Madagascar : consultation du Dr Herimanjaka Rabenjahasana
installé à Ankarahara sur les Hauts Plateaux.

« Environ 70 % de l'activité des MGC concerne la mère et l'enfant ».



1. Qu'est-ce que la médecine générale communautaire (MGC)?

1. Introduction

Nous supposons que vous avez lu l'introduction générale qui a permis de situer le contexte dans lequel la MGC a pris naissance avec l'ambition de devenir un métier spécifique, voire une spécialité à part entière.

Le concept, en effet, est né d'une double problématique que les premiers « médecins de campagne » africains ont rencontrée sur le terrain, à savoir la nécessité de plus en plus forte de répondre à une demande de soins individuels – soigner la personne et sa famille – tout en gardant une vision globale des problèmes de santé de la collectivité. Cette double préoccupation, individuelle et collective, devait être prise en compte en mêlant des approches différentes si on voulait pouvoir en même temps traiter les maladies et intervenir sur le « milieu » - la société, l'environnement – pour les prévenir. Il est apparu évident que ces deux approches, trop souvent dissociées, étaient complémentaires et qu'il fallait les réunir dans une même pratique.

2. Deux fonctions, une même pratique

La MGC réunit dans une même pratique la fonction de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé, le soin curatif pour l'individu et la médecine préventive auprès d'une communauté (Desplats D, Koné Y, Razakarison C, 2004).

Cette pratique d'un nouveau type cherche à faire la synthèse entre deux traditions médicales :

- La médecine clinique qui est la principale discipline apprise durant de longues études, tradition française et européenne qui s'est fortement inscrite dans l'image du « médecin de famille » (encadré).
- La santé publique qui, au-delà du soin individuel, traite des problèmes de santé d'une population et de l'organisation du système de soins au sens le plus large, curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Cette définition globale a trouvé sa

traduction au niveau des soins de proximité en 1978, à Alma Ata, où le concept des Soins de Santé Primaires (SSP) a été énoncé à l'issue d'une conférence conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (encadré).

Plus que d'une synthèse, il s'agit d'une stratégie combinée MF/SSP capable d'associer dans une même pratique la dimension individuelle du soin et la prise en compte des problèmes sanitaires de la collectivité :

- l'une, la MF, doit renforcer la dimension collective de son métier sans renoncer à une pratique médicale centrée sur la personne,
- l'autre, les SSP, va devoir intégrer la dimension biomédicale et interpersonnelle du soin sans abandonner l'identification et la résolution des problèmes prioritaires au niveau collectif.

Ces deux stratégies ont un point commun : la proximité. De ce fait, le MGC est un praticien qui marche sur deux jambes, l'une ne devant pas prendre le pas sur l'autre. Il s'agit de prouver que ces deux approches ne sont pas contradictoires mais peuvent s'associer harmonieusement dans une même dynamique vécue au quotidien. D'où cette définition validée entre pairs au Mali : « **le MGC 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** ».

Le médecin de famille (MF)

C'est un médecin généraliste qui soigne sa propre clientèle dans son cabinet de consultation ou à domicile dans le but de poser un diagnostic précoce et de répondre aux besoins de ses patients et de leurs familles. Sa disponibilité et un contact prolongé avec sa « patientèle » basés sur la confiance expliquent, en grande partie, le succès de cette pratique de proximité.

Les Soins de Santé Primaires (SSP)

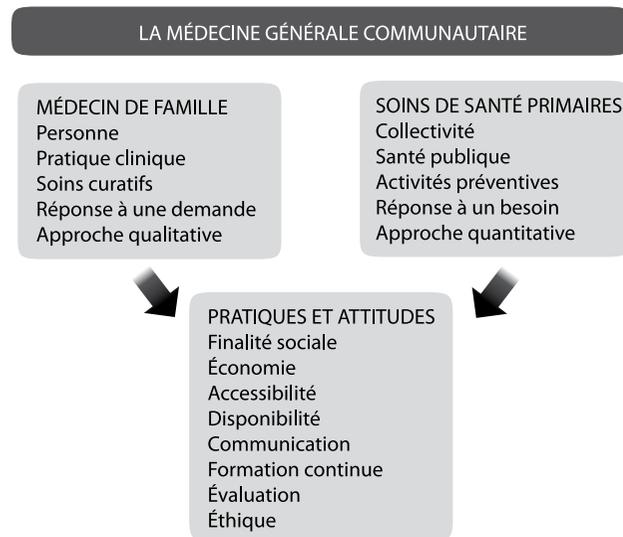
La déclaration d'Alma-Ata précise dans le point VI : « Les SSP sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ».

Pour satisfaire cette définition globale, il doit répondre à trois exigences :

- 1/ assurer une bonne prise en charge clinique et thérapeutique de ses patients (*chapitre 2*);
- 2/ promouvoir au niveau de la communauté les huit composantes des SSP telles qu'elles ont été définies à la conférence internationale d'Alma-Ata (*chapitre 3*);
- 3/ intégrer sa pratique dans une démarche de service public en lien avec la politique nationale de santé du pays (*chapitre 4*).

3. Pratiques et attitudes

Le tableau ci-dessous présente le concept de médecine générale communautaire avec les pratiques et les attitudes qui y sont attachées.



On l'aura compris : cette approche communautaire de la médecine générale forme un tout avec, à la clé, une vraie crédibilité vis-à-vis de la population. En effet, la présence d'un médecin clinicien, capable de soigner les pathologies et les urgences, est à même de renforcer sa confiance et son adhésion à la démarche participative des SSP.

4. Reconnaissance

Ce nouveau type de pratique que nous considérons comme un nouveau métier doit, pour avoir un impact à l'échelle d'une région ou d'un pays, s'inscrire dans un cadre d'exercice reconnu. Le premier exemple de reconnaissance est représenté par le « statut du médecin généraliste communautaire » signé à Madagascar en décembre 2004 qui indique dans son préambule :

« Le Médecin Généraliste Communautaire est un médecin qui vit de façon permanente en milieu rural. Il est inscrit à l'Ordre des Médecins et exerce son métier de façon autonome. »

– Le Médecin Généraliste Communautaire pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité, réalisant ainsi la synthèse entre la Médecine de Famille et les Soins de Santé Primaires avec ses huit composantes telles que définies par l'Organisation Mondiale de la Santé.

– Le Médecin Généraliste Communautaire assure une bonne prise en charge clinique et thérapeutique de ses malades. Il intègre sa pratique libérale dans une démarche de service public en lien avec la Politique Nationale de Santé, définie par le Ministère chargé de la santé.

– Cette approche communautaire de la médecine générale qui associe dans une même démarche les Soins de Santé Primaires et la Médecine de Famille, garantit la continuité des soins et contribue à la couverture des besoins de santé des populations dans le cadre d'une association au service public. »

À la suite de ce préambule, trois chapitres précisent successivement les conditions générales d'exercice, le mode d'exercice et les conditions matérielles.

Ce processus de reconnaissance institutionnelle est indispensable pour que la MGC obtienne la légitimité nécessaire pour se construire et devenir un mode d'exercice attractif pour les jeunes générations.

5. Exercices participatifs

Nous proposons, à la fin des chapitres des deux premières parties de ce guide, des exemples d'exercices interactifs à réaliser en situation de formation :

- Pratiques et attitudes : explicitiez chaque item (brainstorming)
- Devenir MGC : quelles sont vos attentes et vos craintes ? (travail en groupes).

2. La démarche clinique

1. Introduction

La pratique clinique est le cœur de votre métier, apprise au cours de longues études qui ont la particularité d'avoir été en même temps théoriques et pratiques. La médecine, en effet, a cette singularité d'être à la fois une science et un apprentissage « au lit du malade », avec des aînés qui sont nos Maîtres. Elle combine le savoir et l'art de soigner, inscrits dans une synergie entre la faculté et l'hôpital vécue au quotidien, fondement même de notre formation.

Malgré une appréhension bien compréhensible, la perspective de vous installer vous rend heureux¹ car vous allez exercer pleinement la responsabilité diagnostique et thérapeutique pour laquelle vous vous êtes préparé depuis tant d'années, non sans difficultés car nous savons tous que les études médicales ressemblent souvent au « parcours du combattant ». Vous allez vous éloigner de l'hôpital et, ce faisant, quitter une sorte de cocon sécurisant pour vous retrouver seul, sans recours immédiat, entièrement responsable de vos décisions. La « science clinique » va être, désormais, votre sésame, c'est-à-dire l'arme ou la clé sur laquelle s'appuiera votre réputation et votre légitimité.

Il y a cependant des écueils qui vous guettent et que nous décrirons brièvement sous les formes d'un risque et d'un piège.

Le risque consiste à se laisser gagner par l'habitude, d'abandonner peu à peu le raisonnement clinique pour une médecine symptomatique basée sur des automatismes et des décisions stéréotypées. Avec le temps, de perdre votre curiosité et de rejoindre ainsi la pratique fort répandue des non-médecins qui n'ont pas reçu de formation clinique et se contentent d'une consultation brève, impersonnelle et sans examen... bref, de perdre votre spécificité de médecin.

Le piège reviendrait à considérer la clinique comme une discipline dépassée, inefficace comparée aux examens paracliniques qui auraient toutes les vertus, en particulier celle d'apporter la certitude diagnostique. Cette fascination pour une médecine technicienne de type occidental oublie que cette dern-

1. La grammaire nous contraint à utiliser le masculin mais, bien entendu, nous nous adressons aussi aux femmes médecins qui souhaitent s'engager dans l'exercice de la médecine communautaire.

ière, extrêmement coûteuse, met en péril les systèmes de santé en raison des déficits qu'elle produit. Écoutons le Professeur Didier Sicard² : « *Contrairement à la tendance actuelle, je pense que le premier geste médical doit être l'examen du malade. Négliger cette étape, c'est le livrer aux seules machines* », et d'ajouter au sujet des check-up : « *On sait qu'ils ne servent à rien dans 98 % des cas !* ».

Il ne s'agit pas, bien entendu, de critiquer le progrès médical et les technologies qui peuvent sauver des vies, mais de comprendre que la très grande majorité des cas que vous verrez tous les jours peuvent être correctement pris en charge par une démarche clinique cohérente et que la demande d'un examen paraclinique (biologie, échographie, imagerie...) est utile à condition d'être justifiée par le raisonnement. La clinique doit rester première, et c'est en cela qu'elle est toujours moderne.

Dans les paragraphes qui vont suivre, nous reprendrons pour l'essentiel l'enseignement du Professeur Jacques Tassy³ qui a initié cette formation sur la « science clinique » auprès des premières promotions de MGC au Mali et à Madagascar.

2. Modernité de la clinique

La science clinique, associée à la « méthode expérimentale » de Claude Bernard (1813-1878) est née au XIX^e siècle. Deux médecins sont particulièrement représentatifs de ce tournant de la médecine : Bichat (1771-1802) et Laennec (1781-1826). Morts jeunes, respectivement à 31 et 45 ans, ils ont été les pionniers de la médecine anatomoclinique et de l'auscultation – Laennec invente le stéthoscope – en voulant mettre en correspondance et faire coïncider les signes et symptômes des maladies avec les lésions organiques du corps malade.

Il s'agissait d'un « retournement de la pensée » : la maladie du corps vient du corps, d'un désordre interne et non pas externe comme on le croyait jusqu'alors (miasmes, fermentations, pestilences, causes surnaturelles). Pour comprendre la

2. Chef de service en médecine interne à l'hôpital Cochin (Paris), président du Comité National d'éthique.

3. Médecin des hôpitaux de Marseille, Jacques Tassy a exercé la médecine interne hospitalière au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et Centrale, à Madagascar dans le cadre de la coopération française. Il a mis sa longue expérience de clinicien au service de la MGC, convaincu de l'importance et de l'actualité de la médecine clinique. Il a écrit un livre intitulé : « Sémilogie et nosologie cliniques en Afrique », malheureusement épuisé.

maladie, c'est-à-dire le processus pathologique, il faut interroger le corps lui-même « avec l'usage de la sémiologie pour relier le visible à l'invisible, pour pénétrer par le raisonnement à l'intérieur du corps, pour passer des symptômes et des signes aux organes, aux foyers, aux causes » (Michel Foucault). Le signe indique. Désormais le regard médical repose sur le triptyque vue-toucher-audition qui permet au clinicien, par le raisonnement, de connaître la souffrance organique invisible. De ce fait, le classement méthodique des pathologies (nosologie) devint enfin possible.

Cette « révolution » sera parachevée avec Pasteur (1822-1895) qui découvre les agents infectieux et, du même coup, la cause des fièvres qui restaient mystérieuses.

La clinique relève ainsi d'une connaissance, d'un savoir vérifié par l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la biologie. Elle est une discipline arrimée sur des connaissances scientifiques et une expérience pratique. Elle implique à la fois compétence et discernement car il ne s'agit pas uniquement d'appliquer des données techniques. Elle est enfin une éthique, c'est-à-dire une interrogation permanente sur le sens de ce que nous faisons pour prendre en compte la dignité de l'être humain, quel qu'il soit.

D'où les valeurs fondamentales du médecin clinicien :

- le respect qui est la prise en compte de la dignité de l'autre,
- l'empathie, faculté de comprendre le patient (encadré),
- le bon « jugement clinique », ce qui ne veut pas toujours dire un bon diagnostic mais la capacité de prendre une bonne décision (rester médecin, éviter le laxisme),
- la prise en compte du patient dans son contexte psychologique et social.

Empathie

Capacité de communiquer avec une autre personne et de la comprendre en se mettant à sa place, en intégrant son point de vue, en imaginant ce qu'elle ressent, en devinant ses sentiments et ses réactions, tout en conservant une distance suffisante et un contrôle de l'émotion permettant – à la différence de la sympathie – une prise de décision la plus objective possible.

Elle nécessite de trouver un équilibre entre :

- le détachement (nécessaire pour avoir un regard médical objectif),
 - l'implication personnelle pour comprendre la personne.
- « L'attention bienveillante » résume assez bien l'attitude empathique.

3. Le jugement clinique

C'est la bonne décision : « pas de diagnostic est préférable à un diagnostic erroné » (Jacques Tassy).

Il résulte d'une démarche raisonnée, déductive.

Il nécessite du discernement qui relève de l'expérience, du bon sens, du talent. Comment procéder ? Après l'enquête sémiologique et l'examen clinique, nous proposons un cheminement avec deux balises successives :

1^{re} balise : le niveau anatomoclinique

Les questions qu'il faut se poser :

1. Quel est l'appareil ou l'organe qui est malade ?

La réponse :

- est facile, par exemple pour la dyspnée → deux organes (cœur et poumon) ;
- est difficile, par exemple pour les douleurs abdominales → beaucoup d'organes.

2. Quel est le mode évolutif de la maladie ?

- suraigu → c'est-à-dire qui se compte en heures « si je ne fais rien, le malade va mourir dans les heures qui viennent ». Ex. : l'état de choc ;
- aigu → qui se compte en jours. Ex. : la pneumonie ;
- subaigu → qui se compte en semaines. On a le temps de faire le diagnostic ; toute précipitation est inutile. Ex. : la tuberculose ;
- chronique → qui se compte en mois et/ou en années. Prendre son temps, expliquer au malade pour obtenir une bonne observance thérapeutique. Ex. : l'HTA.

3. Quelle est la nature du processus en cause ?

- infectieux,
- inflammatoire,
- mécanique,
- tumoral,
- malformatif,
- dégénératif,
- hémorragique,
- allergique, etc...

Il est évident que le qualificatif de « fonctionnel » doit être la dernière hypothèse → aucun signe n'a été révélé à l'examen.

Donc, à ce premier niveau de raisonnement, se poser ces trois questions et toujours donner une réponse, même si elle est incomplète. Nous sommes ainsi passé d'un symptôme (par exemple: diarrhée) à un premier niveau de décision (par exemple: colite infectieuse).

2^e balise: le niveau nosologique

Nosologie = étude de la classification des maladies.

À présent, il faut progresser par étapes successives correspondant à des classifications hiérarchisées.

La progression de niveau à niveau s'effectue grâce à un balayage systématique avec analyse critique des hypothèses possibles.

Prenons un exemple:

Identification → dyspnée

Enquête sémiologique → niveau anatomoclinique: insuffisance cardiaque chronique.

1^{er} niveau nosologique: l'affection en cause est forcément:

- une cardiopathie valvulaire,
- ou une cardiopathie hypertensive,
- ou une cardiopathie coronarienne,
- ou une cardiomyopathie primitive.

2^e niveau nosologique: imaginons une cardiopathie valvulaire, l'atteinte valvulaire est forcément:

- une sténose mitrale,
- et/ou une insuffisance mitrale,
- et/ou une insuffisance aortique,
- et/ou un rétrécissement aortique.

On peut imaginer d'autres niveaux qui relèvent du spécialiste. Ainsi une dyspnée est devenue d'abord une insuffisance cardiaque, puis une cardiopathie valvulaire. C'est parfaitement suffisant pour engager une stratégie thérapeutique.

4. L'acte médical

Il combine un savoir clinique (clinique = « *se pencher sur* » en grec) et l'acte de soigner (prendre soin) à travers une relation singulière médecin-malade.

Soigner, ce n'est pas seulement guérir mais aussi prévenir, soulager, accompagner: « *aider le malade à aller mieux* » (Strauss). Accorder son attention à tous les malades quelle que soit leur pathologie car on ne soigne pas seulement une affection organique mais un individu singulier dans un contexte particulier. Ainsi l'acte médical est-il un TOUT que l'on va décomposer en trois séquences pour la commodité de l'exposé: l'accueil et l'examen clinique, la décision, l'acte thérapeutique et le suivi.

4.1 L'accueil et l'examen clinique

– **L'accueil** est déterminant pour le patient qui vient se faire soigner, souvent dans l'inquiétude.

Il faut un lieu d'attente accueillant (aéré, ombragé, avec des sièges).

Recevoir les patients avec respect, dans l'ordre d'arrivée, en évitant les « passe droits » mais sans hésiter à prendre en priorité un cas aigu (souvent discret dans la file d'attente, venant parfois de loin).

Si le MGC exerce dans un centre de santé (type CSCOM au Mali), il doit éduquer et surveiller le personnel pour qu'il soit bienveillant avec les malades et leurs familles, veiller à ce que le « circuit du malade » soit facile, les délais d'attente raisonnables, le médecin accessible et... qu'il n'y ait aucun type de bakchich !

► **À bien noter**: la population vous juge davantage sur l'accueil que sur vos résultats, et si on ne peut pas guérir tout le monde, il est possible de bien accueillir tout le monde (encadré).

Parole de MGC

« À la campagne l'habit et l'allure ne déterminent pas le statut, contrairement à la ville. Le médecin peut être tenté, sans s'en rendre compte, de mieux recevoir les biens vêtus et de faire ainsi de graves erreurs en négligeant un mal vêtu, nu pieds, qui est pourtant un grand personnage. »

Dr Nirry Ramaromandray - Madagascar

– L'examen clinique peut se décomposer en 3 temps :

1. *Le motif de consultation :*

Séparé de l'interrogatoire proprement dit car le motif pour lequel le patient a décidé de venir consulter, au prix souvent d'un long déplacement, mérite une attention particulière : *pourquoi venez-vous me voir ? Quelles raisons vous amènent ?*

La réponse peut être évidente (ex : une blessure, un mal de gorge). Elle peut être moins évidente, difficile à verbaliser par le malade (ex : dialecte d'une autre ethnie, explication traditionnelle sur les causes du mal), parfois confuse. Il faut obtenir le maximum de précision de façon à bien circonscrire la demande de soins.

2. *L'enquête séméiologique proprement dite avec :*

2.1 L'interrogatoire qui note :

- les antécédents marquants,
- le caractère précis des symptômes présentés par le malade, leur mode d'apparition, leur ancienneté, leur évolution.

L'attitude d'écoute et d'empathie du médecin est primordiale pour établir avec le patient un climat de confiance et libérer sa parole. Il faut alterner :

- les questions fermées : « *lorsque vous toussiez, avez-vous mal sur le côté ? Cette crampe à l'épigastre, est-ce qu'elle vient plutôt quand vous avez faim ?* » ;
- les questions ouvertes : « *expliquez-moi quand vient votre douleur, dans quelles circonstances ?* » ;
- la reformulation (miroir pour approfondir) : « *si j'ai bien compris, vous m'avez dit que vous aviez une sensation d'étouffement à l'effort, c'est bien cela ?* ».

2.2 L'examen clinique qui combine l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation selon des procédures techniques apprises durant les études médicales (manœuvres spécifiques, prise des réflexes etc...). En général, le médecin commence par examiner l'appareil ou les organes qui semblent concernés par les symptômes, puis il termine ensuite par un examen général systématique. Il va de soi qu'il faut demander au patient de se dévêtir, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir en milieu rural.

Dans la réalité, l'orientation de l'examen n'est pas toujours aisée et un examen systématique s'impose. Cet examen « de sécurité » proposé par J. Tassy, réalisable en 5 minutes, a le mérite d'être complet sans être trop long (encadré).

Examen de sécurité d'après J. Tassy

Patient allongé, l'examen part

- des chevilles (état circulatoire, œdèmes)
- remonte jusqu'aux creux inguinaux (hernies, adénopathies)
- palpe l'abdomen (souple, dépressible, indolore)
- le rebord costal droit (hépatomégalie ?) et le rebord costal gauche (splénomégalie ?)
- puis inspection thoracique et auscultation cardiaque
- palpation du cou (corps thyroïde, adénopathies)
- examen de la langue, des paupières (anémie), des conjonctives (ictère).

Puis on assoit le patient avec

- une flexion-extension de la nuque (raideur méningée)
- percussion, voire auscultation des bases pulmonaires (épanchements, râles)
- percussion des deux loges rénales (sensibilité ou non)
- examen de l'ensemble du rachis.

Enfin on allonge à nouveau le patient pour prendre sa TA.

4.2 La décision

C'est le moment de la synthèse. Trois éventualités se présentent :

- a) Le diagnostic est évident car les signes sont parlants et correspondent à un tableau clinique typique (ex : pneumonie franche, colique néphrétique).
- b) La symptomatologie n'est pas suffisante pour poser un diagnostic précis mais, à l'aide des deux balises - anatomoclinique (3 questions) et nosologique – et d'un raisonnement bien conduit, il est possible de prendre une décision cohérente (*voir supra : le jugement clinique*).
- c) La symptomatologie est sans support lésionnel ou physiopathologique évident : l'examen n'a rien révélé. La plainte est probablement fonctionnelle, psychosomatique, devant être traitée comme telle.

► **Attention :** Il ne faut jamais clore trop rapidement une enquête, en sachant reconvoquer le malade pour l'examiner à nouveau ou le garder en observation si nécessaire.

La demande d'examens paracliniques (biologie, échographie, radiologie ou autres) se situe à ce moment-là, après l'enquête :

- dans une logique de raisonnement cohérent avec la démarche clinique,
- en tenant compte du coût (déplacement) et du bénéfice attendu en termes de résultat,

– en sachant que les examens paracliniques sont là pour compléter la clinique sans la remplacer, et qu'ils n'apportent pas toujours la certitude.

► **Remarque:** Il est souhaitable que le MGC ait à sa disposition les bandelettes réactives et les tests rapides existants qui ont fait leur preuve (ex : gluco-test, TDR palu).

4.3 L'acte thérapeutique et le suivi

L'acte thérapeutique et le suivi des patients sont régis par le principe d'égalité entre les trois actes suivants : guérir, soulager, accompagner.

La prescription thérapeutique est abordée dans le chapitre 13. Elle est très importante mais ne résume pas à elle seule la prise en charge des malades.

Guérir

C'est la solution idéale mais pas toujours réalisable !

La pathologie infectieuse offre un large éventail d'affections où l'intervention du médecin est déterminante. Par contre en neurologie ou en oncologie, la guérison est beaucoup moins assurée.

Soulager

Facile :

- œdème pulmonaire
- crise d'asthme
- colique néphrétique

Difficile :

– maladies chroniques → il faut prendre du temps pour adapter la bonne prescription (voir chapitre 14).

Accompagner

Ce sont les soins palliatifs, le soutien psychologique. Ne pas fuir une situation qu'on ne maîtrise pas. Ce n'est pas une question de moyens mais de bienveillance et d'accompagnement dans la durée, en associant l'entourage familial du malade.

Cette prise en charge globale se situe au sein d'une interaction permanente médecin/malade (la maladie du médecin versus la maladie telle que perçue par le malade). Elle est un bon indicateur de la qualité des soins.

D'où le rôle éducatif majeur du médecin.

5. Pour conclure

Le médecin clinicien doit posséder trois qualités essentielles : la curiosité, la rigueur et la modestie.

Le MGC pratique son métier en conscience dans l'intérêt de ses patients.

Il consigne ses observations par écrit, en particulier pour le suivi des pathologies sévères ou chroniques (dossier médical chapitre 15).

Il actualise ses connaissances afin de demeurer compétent :

- par la lecture, la documentation, internet ;
- par des échanges professionnels (spécialistes, groupe de pairs : chapitre 23).

Il donne la primauté à la clinique en se posant, devant chaque cas, la question : « que te dit la clinique ? ». ⁴

Son approche de la médecine générale est globale, centrée sur le patient, sa famille et la communauté où il exerce.

6. Exercices participatifs

Ces exercices nécessitent la présence d'un facilitateur clinicien interniste :

- Toutes les enquêtes montrent que les soignants, y compris les médecins, examinent très peu leurs patients. Essayez d'en donner les raisons (brainstorming).
- Du visible à l'invisible : donner des signes ou des ensembles de symptômes qui permettent d'identifier une pathologie organique ou un dysfonctionnement physiopathologique (brainstorming).
- À l'aide des deux balises, anatomoclinique et nosologique, montrer la progression du raisonnement clinique permettant d'identifier des affections bien définies en partant d'une symptomatologie telle que le coma, la douleur thoracique, la perte de connaissance brève, les œdèmes des membres inférieurs, l'hépatomégalie, etc... (travail en groupes).
- L'accueil, le motif de consultation et l'interrogatoire sont mis en scène par deux participants, l'un étant le patient et l'autre ayant le rôle du médecin (jeu de rôle).
- Démonstration de l'examen de sécurité de J. Tassy sur un participant allongé sur une table avec un autre participant qui est l'examineur (jeu de rôle).

4. Même dans les pays développés, cette question est à l'ordre du jour. En France, en 2006, l'Académie Nationale de Médecine a rédigé un rapport à propos des moyens diagnostiques modernes qui affirme en conclusion : « aucun procédé nouveau ne saurait remettre en cause la primauté de la clinique ».

3. La démarche communautaire

1. Introduction

Médecin clinicien, vous allez devoir aussi prendre en compte l'ensemble des habitants de votre aire de responsabilité, une population de référence d'environ 10 000 personnes dispersées dans un rayon d'une quinzaine de kilomètres par rapport à votre lieu d'installation. Cette démarche est nouvelle pour vous : « *comment vais-je m'y prendre ?* » est sans doute la question que vous vous posez.

Il faut partir du fait que vous allez, très rapidement, recueillir la confiance de cette population qui, pour la première fois, bénéficie de la présence d'un « docteur » : votre compétence médicale, reconnue et appréciée, fera de vous malgré votre jeunesse une sorte de notable respecté, non seulement des patients mais aussi des aînés et des autorités locales.

C'est ce capital de confiance qui va faciliter cette approche communautaire car on vous écoute, on vous demande conseil, d'autant qu'en très peu de temps vous avez beaucoup appris sur les us et coutumes locales. Vous allez même être très sollicité, ne sachant pas toujours comment répondre aux attentes collectives transmises par les uns ou par les autres : *qui a raison, que dire, que dois-je faire ?*

Votre comportement et vos attitudes, sous le regard de tous, vont être déterminants. Il va falloir trouver la bonne distance entre vous et la communauté, ni trop éloigné, ni trop proche pour ne pas vous faire « manger » par elle. Il faudra savoir communiquer, non seulement pour vous faire comprendre mais aussi pour être capable de libérer la parole de celles et ceux que l'on n'entend jamais. Savoir arbitrer les discussions pour favoriser une stratégie collective... bref, vous serez parfois, malgré vous, au cœur des « dynamiques sociales » et, pour cette raison, un acteur essentiel du développement local.

Peut-être allez-vous penser que cette fonction vous éloigne de votre rôle de médecin et que ce n'est pas votre domaine de compétence ? Pourtant, si on y regarde de près, la santé passe essentiellement par l'amélioration des conditions de vie et un médecin ne peut l'ignorer : c'est la richesse et la grandeur de la MGC que d'être en situation de pouvoir agir globalement sur la société.

Nous allons vous donner quelques repères pour faciliter cette démarche communautaire, sachant que votre formation médicale et une bonne dose de bon sens feront l'essentiel dans ce domaine.

2. Les huit composantes des SSP

L'OMS a relancé vigoureusement les SSP avec ce slogan : « Maintenant plus que jamais ! » (OMS, rapport 2008). Il faut dire que les résultats de la politique des SSP jusqu'à présent restent très insuffisants, d'où cette phrase du rapport : « *il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les SSP soient synonymes de soins au rabais et de faible technicité destinés aux ruraux qui ne peuvent rien se permettre de mieux* ».

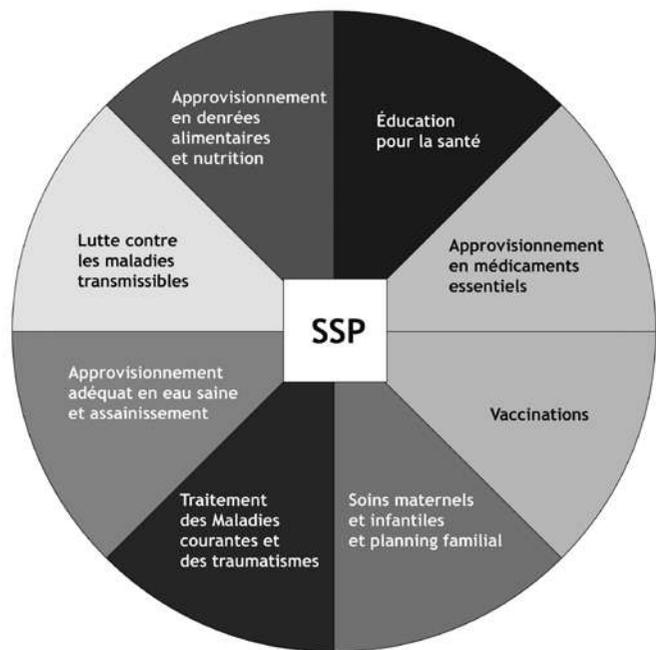
Dans ce contexte, la présence d'un MGC en première ligne représente un grand saut qualitatif qui peut relancer les SSP. En effet, « *à mesure que les sociétés se modernisent, les gens exigent davantage (...) pour eux-mêmes et pour leur famille, ainsi que pour la société dans laquelle ils vivent* ».

Le MGC doit être le catalyseur de cette évolution en prenant à son compte la dimension opérationnelle et collective des 8 composantes des SSP qui sont pleinement d'actualité en milieu rural et comprennent :

1. une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
2. la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
3. un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
4. la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
5. la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
6. la prévention et le contrôle des endémies locales ;
7. le traitement des maladies et lésions courantes ;
8. la fourniture de médicaments essentiels (si possible sous forme générique).

Ces huit composantes, le MGC doit les avoir constamment en tête dans sa pratique quotidienne car il y a cent façons de les aborder. Voici quelques exemples illustratifs :

– *au cours de vos consultations, vous constatez un nombre élevé de diarrhées, probablement saisonnières. Vous remarquez cependant qu'un grand nombre de ces diarrhées viennent d'un village situé à 7 km. Vous décidez de vous y rendre pour*



évaluer la situation sanitaire, en particulier les sources d'approvisionnement en eau et les mesures d'assainissement existantes. La situation se révèle catastrophique et vous en parlez au chef de village, ce qui provoque immédiatement une réunion du conseil des anciens. Une prise de conscience s'enclenche avec un processus de changement collectif qui va durer plusieurs mois mais aboutira à des solutions concrètes.

– Vous êtes installé(e) depuis peu dans un village des hauts plateaux de Madagascar où sévissent encore, sporadiquement, des cas de peste qui entraînent parfois des flambées épidémiques. Votre inquiétude est d'être confronté(e) à ce risque épidémique sans être prêt(e) à affronter ce type de situation : vous allez voir le médecin inspecteur du district sanitaire dont vous dépendez pour connaître les mesures de santé publique préconisées par le Ministère de la Santé et lui demander le kit d'intervention prévu pour ce type de situation (prélèvement, traitement d'urgence). Le médecin inspecteur refuse, sous prétexte que vous n'êtes pas

médecin de la fonction publique. Il n'aurait pas le droit de vous donner ce kit, ce à quoi vous répondez que vous avez, en tant que médecin privé communautaire, une convention d'association au service public : votre poste en situation très isolée rendra difficile une intervention rapide de son service. Finalement, le médecin inspecteur accepte et vous donne le kit avec les instructions nécessaires pour faire face à un éventuel début d'épidémie de peste.

– Un instituteur vient vous voir parce qu'il est inquiet par l'état malade de l'un de ses élèves. Les parents de cet enfant ne veulent pas consulter estimant que le mal en question est dû à un mauvais sort, probablement une attaque en sorcellerie qui ne relève pas de la médecine. Au-delà de ce cas précis, vous sentez que cet instituteur est intéressé par tout ce qui concerne la santé de ses élèves et la discussion s'élargit aux problèmes sanitaires en milieu scolaire. Finalement, l'instituteur vous propose d'organiser une réunion avec le directeur de l'école et tous les instituteurs pour identifier les problèmes et chercher des solutions. Après plusieurs séances de réflexion, un plan santé-école est adopté comprenant une visite médicale annuelle systématique et une formation des maîtres sur des thèmes d'éducation pour la santé choisis en commun (hygiène corporelle, santé reproductive, équilibre nutritionnel, etc.).

3. La notion de communauté

La notion de communauté, très utilisée dans le vaste domaine du développement, garde une certaine ambiguïté. Elle est souvent idéalisée, particulièrement lorsqu'on évoque la ruralité : le village africain serait une entité homogène avec pour symbole l'arbre à palabre ou la maison des anciens où se prendraient des décisions collectives, longuement discutées, sous forme de consensus.

La réalité est bien différente. En effet, la société traditionnelle est fondamentalement inégale, organisée de façon hiérarchique. Les droits et devoirs de chaque individu sont déterminés par « sa position sociale qui dépend de sa famille (son lignage), de son âge et de son sexe » (H. Baliq, 2001).

À côté de cette communauté territoriale type, représentée par le village, il existe aussi des communautés d'intérêt qui peuvent jouer un rôle important, par exemple la communauté scolaire incluant les parents d'élèves, les instituteurs et les élèves, ou encore les communautés religieuses qui ont leurs propres règles de fonctionnement, les associations locales de développement, etc.

D'où la difficulté de donner une définition satisfaisante permettant de répondre à la question: *qu'est-ce qu'une communauté?* C'est pourquoi nous proposons une définition

large et dynamique, sachant que chaque individu peut faire partie de plusieurs communautés et que rien n'est définitivement figé (encadré).

De fait, malgré les apparences, les sociétés rurales sont en pleine évolution. Des associations se créent, regroupant des personnes qui veulent exercer leurs droits librement en tant que telles: association de femmes, de producteurs, de gestion (centres de santé, mutuelles). Cette citoyenneté naissante trouve également son expression dans de nouveaux pouvoirs politiques apparus ces dernières années avec, entre autres, la création des communes et l'élection des maires appelés à jouer un rôle de plus en plus important au niveau local.

Le tissu social se complexifie. Les élus cohabitent avec les chefferies traditionnelles, la nouvelle citoyenneté de type associative avec les reliquats d'une société encore féodale par bien des aspects. Tradition et modernité se côtoient, s'interpénètrent.

Dans ce contexte polymorphe, changeant, le MGC va devoir développer un sens aigu de l'observation, se poser constamment des questions - « *qui est qui?* » et « *qui fait quoi?* » -, comprendre les logiques sociales sous-jacentes aux comportements des uns et des autres, souvent liées au pouvoir, au prestige, ou encore à des logiques de survie dans des milieux qui connaissent la précarité et les aléas saisonniers.

Être bon connaisseur de la société où il vit, c'est pour le MGC l'assurance d'éviter les déconvenues et d'être en mesure d'accompagner le changement social.

Communauté = groupe social auquel on s'identifie et dans lequel on voudrait jouer un rôle.

4. Santé communautaire et développement social

Ce processus de changement, pour le MGC, va concerner ce qu'on appelle la santé communautaire, c'est-à-dire la Santé Publique au niveau local avec la participation des habitants:

– la santé publique au niveau local comprend toutes les activités non curatives des huit composantes des SSP, tout ce qui relève du préventif et de l'éducatif;

– la participation des habitants, que l'on appelle la « participation communautaire », fait référence au « processus social » qu'un groupe de personnes engage concrètement pour répondre à un problème de santé (encadré).

Lorsqu'on parle des « besoins » de santé, il y a souvent confusion entre les demandes exprimées par une communauté (= besoins ressentis) et les problèmes de santé identifiés sur des critères scientifiques (= besoins objectifs).

Exemple classique: tel village demande un dispensaire estimant qu'il y a trop d'enfants malades non soignés, alors qu'une enquête sur place montre que ce village pose de gros problèmes d'assainissement et n'a que des sources d'eau non potable, ce dont il n'a aucune conscience.

Ce décalage entre la perception/interprétation des habitants d'une part et les explications des professionnels d'autre part, est souvent difficile à surmonter d'autant que ces derniers ont tendance à dévaloriser la *vox populi...* oubliant qu'on ne peut pas demander ou faire ce que l'on ne connaît pas!

À cet égard, il est intéressant de faire une typologie des médecins (et des professionnels en santé) qui travaillent sur le terrain en première ligne. On distingue trois profils:

1/ Ceux qui travaillent **sans** la communauté. Ce sont souvent de bons médecins, appréciés, mais ils se cantonnent à la prise en charge des pathologies, estimant que c'est leur domaine exclusif de compétence.

2/ Ceux qui travaillent **pour** la communauté. Ce sont des médecins qui ont une pratique de santé publique et comprennent les problèmes de santé, mais avec une vision paternaliste et interventionniste qui limite l'implication de la collectivité.

3/ Ceux qui travaillent **avec** la communauté, ayant compris que la compétence clinique et l'approche communautaire étaient complémentaires, que la santé

La participation communautaire

« Processus social dans lequel des personnes ou des groupes de personnes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir ces besoins, décident d'y chercher une réponse et se dotent de mécanismes destinés à les satisfaire ».

(d'après P. Freire)

n'était pas qu'une affaire de professionnels et nécessitait un dialogue permanent avec les communautés situées dans l'aire géographique.

Ce troisième profil correspond, bien entendu, à celui du MGC qui conçoit la démarche communautaire comme un processus participatif endogène, traitant des questions de santé en lien avec le social, l'économique, le culturel, c'est-à-dire dans une perspective globale de développement local.

Mais, allez-vous dire: *comment s'y prendre?* Nous allons y revenir dans le chapitre 19 intitulé « communication et mobilisation sociale » qui précisera les étapes de la participation communautaire, la façon d'entrer en dialogue avec les divers groupes sociaux et d'accompagner les dynamiques locales.

5. Exercices participatifs

- A partir du schéma des SSP, expliciter ce que le MGC peut faire par lui-même ou entreprendre avec la communauté pour améliorer chaque composante (travail en groupes).
- Décrire la structuration sociale et l'organisation (prise de décisions) d'un village représentatif de votre région (brainstorming ou travail en groupes).
- Quelles sont, à votre avis, les qualités principales pour pratiquer la MGC? (*en encadré, la restitution faite à Madagascar au cours de la formation en MGC d'avril 2009*).

Autres exercices correspondant au chapitre 19:

- Le groupe d'apprenants représente la communauté, un membre du groupe va jouer le rôle du MGC qui s'adresse à elle sur un sujet concernant la santé du village (jeu de rôle).

Principales qualités

- optimiste
- objectif (ne jamais prendre partie)
- apte à communiquer avec les autres (verbal ou non verbal)
- sait s'intégrer
- est intègre
- gentil et ferme
- empathique
- impartial mais en respectant la hiérarchie sociale
- évite la vulgarité (verbale, vestimentaire et attitudes)
- respecte l'éthique
- sait s'organiser et organiser
- bon manager
- respecte l'hygiène et la propreté
- savoir vivre
- neutralité politique
- garde son sang-froid
- à jour sur l'évolution des connaissances et pratiques médicales
- un homme ou femme de parole et ponctuel
- vit en permanence sur le site autant que possible

- Entraînement au focus group: choisir un thème et un animateur (exercice par petits groupes).
- Travail sur un plan d'action de développement: objectif, activités et moyens, durée, budget, résultats attendus (travail en groupes puis restitution en plénière).

4. Place et rôle du Médecin Généraliste Communautaire dans le système de santé

1. Introduction

Au moment de prendre la décision de vous installer en milieu rural, vous allez être envahi par un double sentiment : d'un côté l'enthousiasme à la perspective de partir exercer votre métier là où l'on a – sans aucun doute – le plus besoin de vous, et d'un autre côté, une grande inquiétude devant la tâche qui vous attend.

Cette inquiétude est celle de tout médecin qui s'installe pour la première fois, surtout en situation isolée sans autre recours que lui-même. Faire face aux urgences, être confronté à de grandes souffrances physiques et morales, devoir prendre la meilleure décision dans les cas difficiles... Vous le savez, ce sentiment est au cœur même du métier de praticien, qui s'estompera un peu avec l'expérience sans jamais disparaître entièrement.

Mais il est une autre inquiétude, là aussi, moins évidente à vos yeux car elle est plus difficile à énoncer. On peut la résumer ainsi : *quels seront ma place et mon rôle dans le système de soins ? Serai-je reconnu par mes pairs, quelles seront ma situation exacte et mes perspectives d'avenir ?* Certains sont mariés avec une responsabilité de père ou de mère de famille, ce qui légitime encore plus ce questionnement.

Vous savez, en effet, que la situation des personnels soignants en périphérie n'est guère satisfaisante. Certains d'entre vous ont fait des stages ruraux durant leurs études, ce qui a ouvert leur regard sur des réalités parfois révoltantes : incompétence, absentéisme, maltraitance des patients, petite corruption sont malheureusement fort répandus, même si chacun d'entre nous a rencontré des soignants compétents, dévoués et honnêtes. Mais ce que vous savez surtout c'est que, d'une façon générale, ce ne sont pas des médecins qui soignent en périphérie mais l'ensemble des soignants non-médecins. La responsabilité diagnostique et thérapeutique, l'essentiel de votre métier, est en fait exercée par toutes les

« blouses blanches », ce qui entraîne une grande confusion dans l'esprit des gens sur les compétences réelles de tous ceux – de l'infirmier jusqu'à l'agent de santé villageois – qui les soignent. La population ne fait pas bien le *distingo* entre les uns et les autres. Dans ce climat de concurrence, vous vous demandez quelle sera votre légitimité professionnelle, non seulement vis-à-vis des patients mais aussi dans l'ensemble du système de santé.

Au fond, vous allez vous jeter à l'eau, confiant dans la solidité de votre pirogue car elle est faite du bois de vos connaissances et de votre volonté, mais quels seront l'état de la mer, la force des vents et des courants ? Nous souhaitons vous donner des éléments de réponse sans sous-estimer les aléas d'un environnement professionnel à bien des égards problématique.

2. Aperçu sur les systèmes publics de santé

Le passé historique de l'Afrique francophone et de Madagascar a eu comme effet l'édification de systèmes publics de santé organisés de façon similaire dans tous les pays, selon un schéma pyramidal centralisé (voir p 132) se superposant au découpage administratif territorial.

Ainsi peut-on distinguer :

- Un premier niveau à la base de la pyramide, encore appelé niveau primaire, première ligne ou niveau de premier contact du système de santé avec la population. Il correspond aux périphéries, quartiers urbains et zones rurales, où vivent les « communautés de base » et où l'on trouve les structures sanitaires de premier échelon : dispensaires de quartier, centres de santé de base (Madagascar), centres de santé communautaires (Mali), centres de santé d'arrondissements (Bénin), postes de santé (Sénégal), etc... sans compter toutes les cases de santé plus ou moins fonctionnelles implantées dans les villages.
- Un deuxième niveau correspond aux structures sanitaires de première référence, situées en général au chef-lieu du département (cercle au Mali). Il s'agit d'un petit hôpital médicalisé qui peut, entre autres, prendre en charge les urgences chirurgicales vitales, le meilleur exemple étant la césarienne.
- Un troisième niveau (deuxième niveau de référence) comprend les structures hospitalières régionales et les directions régionales qui représentent le Ministère de la Santé pour administrer les régions sanitaires.

Initiative de Bamako

Cette conférence organisée en 1987 par l'OMS et l'UNICEF prolonge celle d'Alma Ata de 1978.

Elle instaure la participation des communautés au financement direct des soins avec, en contrepartie, l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels génériques et la possibilité d'être impliquées dans la gestion des structures de santé.

Le but de l'IB fut de renforcer l'efficacité et l'efficacités des SSP.

– le niveau central enfin, en haut de la pyramide, qui comprend le CHU national, le Ministère de la Santé avec ses grandes directions, les principales institutions de formation (Faculté de Médecine), les laboratoires de recherche etc...

Ce schéma classique, au sens historique, tient toujours mais a subi des modifications depuis ces vingt dernières années marquées par :

1/ La généralisation de la participation financière des populations, suite à l'Initiative de Bamako (IB) adoptée en 1987 (*encadré*).

En effet, il ne faut pas oublier qu'avec les indépendances, les États ont hérité de systèmes de soins entièrement gratuits, charge devenue insupportable au fil des années. L'IB a eu pour conséquence la tarification des actes dispensés dans les formations sanitaires publiques avec un paiement direct des usagers destiné à combler le manque de ressources, ce « recouvrement des coûts » permettant à ces formations une relative autonomie financière.

2/ Une meilleure définition du district sanitaire qui, sous l'impulsion de l'OMS, devient l'unité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé, comprenant une zone géographique bien définie de 100 à 300 000 habitants où sont mis en œuvre la planification et l'intégration des activités sanitaires de la politique nationale de santé avec la participation des communautés (*encadré*).

District sanitaire

Entité géographique la plus décentralisée, dans laquelle les programmes de SSP peuvent être organisés par des personnels qualifiés, formée d'un ensemble de structures publiques et privées couvrant les besoins essentiels d'une population donnée et appuyée par un hôpital de première référence.

Le district sanitaire est ainsi devenu l'entité de base qui réunit le premier et le deuxième niveau de l'ancienne pyramide sanitaire puisqu'il intègre le réseau de structures de santé primaires du niveau communal et l'hôpital de première référence situé au niveau secondaire (centre de santé de référence: CSref au Mali; centre hospitalier de district: CHD à Madagascar; hôpital de zone: HZ au Bénin) avec, à la tête du district, un médecin-chef (Mali) ou un médecin inspecteur (Madagascar) ou un médecin coordinateur de zone (Bénin). Dans certains pays, le district sanitaire reste calé sur le département (cercle au Mali) tandis que d'autres pays ont connu un redécoupage de la carte sanitaire avec des districts qui ne correspondent plus au découpage administratif (les zones sanitaires au Bénin).

3/ Des réformes administratives importantes allant dans le sens d'une décentralisation des États. L'exemple le plus significatif, pour ce qui nous concerne, est la création des communes avec élection des maires par des conseils municipaux élus qui ont, dorénavant, des compétences réglementaires en matière de santé. Ces évolutions tendent vers une vision moins rigide de la pyramide sanitaire, plus fonctionnelle. On raisonne maintenant davantage en terme opérationnel (le district sanitaire), technique (la région sanitaire) ou stratégique (le niveau central). Avec la décentralisation et l'implication des élus locaux, la participation communautaire, l'ouverture progressive vers les structures de santé non étatiques, les systèmes publics de santé sont en pleine transformation et c'est dans cet ensemble évolutif que le MGC va devoir trouver sa place.

3. Une place à conquérir

Cette évolution positive que nous venons de décrire, plus ou moins engagée selon les pays, n'influe que lentement sur les mentalités: il reste toujours des modes de fonctionnement et des habitudes anciennes auxquelles le MGC va être confronté et qu'il doit connaître pour pouvoir faire face. Nous insisterons sur trois aspects.

3.1 La prégnance hiérarchique

Les États restent marqués par une culture administrative hiérarchique encore très forte malgré la prise de conscience que l'État ne peut pas tout faire. D'où cette propension à vouloir tout contrôler dans le moindre détail sans y parvenir par manque de ressources humaines et de moyens. Les décisions, très généralement,

viennent d'en haut et les personnels de santé, considérés avant tout comme des exécutants, ne sont pas encouragés à prendre des initiatives personnelles. Dans la réalité, les districts de santé sont « *souvent utilisés comme de simples courroies de transmission des programmes spécifiques* » (Bruno Desjardin). Ce mode de fonctionnement s'applique en cascade du haut en bas de la pyramide sanitaire, si bien que le MGC pourra être surpris par des attitudes d'autorité ou de méfiance qu'il rencontrera au niveau des formations sanitaires publiques.

3.2 La bureaucratisation

C'est une tendance lourde qui s'aggrave avec la multiplication des programmes spécifiques verticaux, des campagnes de santé publique, des contraintes liées au système d'information sanitaire qui se complexifie ou aux multiples réunions et rapports à remplir destinés à planifier les activités et à en rendre compte. Cette bureaucratisation a une influence négative sur le temps consacré au soin des malades et occupe la majorité du temps des médecins de la fonction publique.

3.3 La concurrence

Le problème de la concurrence entre les secteurs public et privé est en général occulté – on en parle peu – mais bien réel. Il est particulièrement évident dans les pays qui ont connu, dans la période coloniale, le développement d'un secteur confessionnel puissant parallèle à celui de l'assistance publique. Aujourd'hui la situation est plus contrastée avec une diversification de l'offre de soins non étatique qui comprend, en plus du secteur confessionnel, la médecine privée (cliniques), la médecine d'entreprise, des structures de santé mutualistes et un vaste secteur associatif ou communautaire comme au Mali qui a réalisé une réforme majeure de son système de santé en confiant la gestion des centres de santé de premier niveau aux communautés villageoises (encadré).

Si les rivalités existent toujours, elles ont tendance à s'atténuer fortement comme au Bénin où un accord historique permet à des hôpitaux confessionnels et associatifs d'être les structures de référence de zones sanitaires (= district). Cette intégration des différents secteurs est une nécessité, les rivalités se faisant toujours sur le dos des populations, mais il faudra encore du temps pour lever, de part et d'autre, toutes les réticences.

Mali: Création des CSCOMs

En 1990, le Mali réforme son système de santé: le premier niveau de soins est confié aux populations avec la création de Centres de Santé Communautaires (CSCOM), structures sanitaires sans but lucratif, gérées par une Association de Santé Communautaire (ASACO) représentative, liée à l'État par une convention de service public.

La création des CSCOMs, fondée au départ sur l'engagement volontaire d'une communauté, a ensuite été organisée sur la base de la carte sanitaire découpée en « aires de santé » comprenant au minimum 5 000 habitants dans un rayon de 15 km.

Cette structure privée associative doit être dirigée au moins par un infirmier de premier cycle, le personnel étant recruté et payé par l'ASACO sur le recouvrement des coûts. Les CSCOMs sont supervisés par le district sanitaire (cercle) dont ils dépendent. 714 CSCOMs ont été créés, dont 654 situés en zone rurale.

Depuis la création des communes (1999), chaque ASACO doit signer une convention d'assistance mutuelle avec le maire du lieu d'implantation du CSCOM qui est, entre autres, chargé de contrôler la gestion de l'ASACO (Décret 02-314).

Il y a aussi une autre forme de concurrence tout à fait différente puisqu'elle n'est pas d'ordre institutionnel mais liée à la pratique quotidienne. C'est celle que le MGC rencontrera lorsqu'il sera confronté à la « médecine traditionnelle », aux différentes pratiques illicites (pharmacies par terre, piqueurs sauvages, col-porteurs), aux officines de toutes sortes sans parler de la concurrence de certains infirmiers qui verront d'un mauvais œil l'arrivée d'un médecin sur leur territoire. La santé est aussi un marché et nous traiterons cette question au chapitre 20 intitulé « itinéraires thérapeutiques: le marché de la santé ».

Ce contexte général est celui du jeune MGC qui s'installe avec l'espoir de trouver sa place et un statut professionnel satisfaisant. Médecin privé, il sait que son intégration dans le district sanitaire de son lieu d'installation est indispensable pour avoir une approche globale des problèmes de santé et répondre aux critères de la médecine communautaire. Pour réussir, il doit prendre contact avec le responsable du district sanitaire, les autorités administratives, les élus, les autres prestataires de soins etc... Être ouvert au dialogue, convaincant, apte à la négociation sans céder sur les points qui lui semblent importants. Bien connaître son environnement socioprofessionnel et, autant que faire se peut, garder suffisamment d'autonomie dans toutes ses relations. Inspirer le respect.

Contractualisation

La contractualisation est définie comme un outil permettant d'établir des relations équilibrées, confiantes et durables entre les acteurs publics et privés du secteur de la santé. Elle est fondée sur le respect mutuel et la liberté des acteurs mis au service de l'intérêt des populations.

Le dispositif contractuel

Cet engagement personnel est nécessaire mais pas suffisant pour obtenir une vraie légitimité ainsi que les garanties qui permettront un exercice professionnel satisfaisant. D'où l'intérêt d'appartenir à un réseau de MGC auquel on peut demander conseil et de rentrer dans un dispositif contractuel déjà utilisé et validé par ses pairs.

En effet, le MGC peut exercer selon deux modalités :

1/ 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, voire 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 hors médicaments.

2/ Dans le cadre privé strict : le MGC exerce sous un mode libéral dans son propre centre ou cabinet médical avec une convention d'association au service public qui l'engage à assurer le paquet minimum d'activité (PMA) sur son aire de responsabilité et à pratiquer des tarifs compatibles avec les ressources communautaires. L'intégration dans le district sanitaire est la contrepartie de cet engagement.

Certains pays ont la volonté de promouvoir le partenariat public-privé (3P) pour le développement en associant pouvoirs publics et acteurs privés. Dans le secteur de la santé, à Madagascar, cette volonté s'est traduite par la mise en place d'une politique nationale de contractualisation dans un document cadre (novembre 2004) ayant pour objectif de « contribuer à améliorer la performance du système de santé » (encadré)

Dans tous les cas, les parties contractantes doivent se considérer mutuellement comme des partenaires et préciser au mieux les droits et les devoirs de chaque partie. C'est à cette condition que le MGC obtiendra les garanties et la

Modalité 1.

Exemple du Mali : type de contrat de travail entre le Docteur X et l'ASACO du centre de santé communautaire de Y - elle-même liée par une convention de service public avec l'État et d'assistance mutuelle avec le Maire de la commune (**extraits**).

Article I

Le docteur X est engagé en qualité de médecin-directeur du CSCOM de Y. À ce titre il a pour tâches principales :

- assurer le paquet minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles en matière de santé dans le cadre des missions définies par le conseil d'administration de l'ASACO et dans le respect de ses statuts et règlements ;
- mettre à disposition les prestations proposées à l'ensemble de la population dépendant du centre de santé ;

Toutes les activités menées à travers le centre, y compris celles réalisées par le personnel paramédical, sont sous la responsabilité du médecin-directeur. Il en rend compte directement au comité de gestion de l'ASACO dont il est membre de droit.

Article II

Le docteur X est classé à la catégorie professionnelle suivante : II^e catégorie. Il percevra un salaire brut de 100 000 FCFA sur lequel seront prélevées les retenues obligatoires.

Par ailleurs, l'ASACO s'engage à verser en plus une indemnité de rendement de 25 % sur tous les actes figurant au plateau technique du centre (hors médicaments), même pendant ses périodes de congés mais le médecin est tenu de trouver un remplaçant durant cette période qu'il rémunère lui-même. Au cas où il ne trouve pas de remplaçant, il perd son indemnité pour la période de congés.

Article III

L'ASACO prend en charge l'ensemble des dépenses que nécessite le fonctionnement du centre, à savoir :

- le paiement des salaires et indemnités du personnel ;
- l'achat des médicaments et des fournitures dont la consommation résulte du fonctionnement du centre (consommables médicaux, eau, électricité, carburant, papeterie...);
- l'entretien des bâtiments, du mobilier et des équipements ;
- la réalisation des investissements, y compris les travaux d'extension du centre.

Une fois par trimestre, le médecin-directeur remet au comité de gestion de l'ASACO la liste des besoins chiffrés que nécessite le fonctionnement du centre et la réalisation des activités programmées. Ces dépenses doivent être conformes au budget programme de l'ASACO.

Une fois par an, le médecin-directeur présente au comité de gestion le bilan de l'année écoulée et une proposition de budget programme pour l'année à venir.

Etc...

Modalité 2.

Exemple de Madagascar : convention d'association au service public du Docteur X..., installé à Y... (extraits)

Obligations de l'administration

- *Obligations du Ministère de la Santé et du Planning Familial:* le MINSANPF s'engage à intégrer le cabinet médical dans la carte sanitaire du district sanitaire de Z... et à informer le Médecin Inspecteur, chef de service de santé du District de l'approbation finale de la présente convention pour sa mise en application.
- *Obligations du Médecin Inspecteur.* Le Médecin Inspecteur chef de service de santé du district de Z... s'engage à :
 - intégrer le cabinet médical dans les activités de santé publique (vaccinations, lutte contre les grandes endémies et épidémies locales conformément aux directives du MINSANPF);
 - doter le cabinet médical d'antigènes vaccinaux et autres produits (vitamines A...) suivant les procédures en vigueur dans le district sanitaire et en fonction des besoins justifiés par la population recensée dans l'aire d'activité du cabinet médical;
 - doter le cabinet de tous les supports d'activités nécessaires à la transmission d'informations et de statistiques au district sanitaire susnommé, selon les directives du MINSANPF.

Obligations du Médecin Généraliste Communautaire

Le MGC s'engage à :

- ouvrir son cabinet médical dans le village de Y..., commune rurale de..., sur une aire d'activité d'une surface de 15 km de rayon et comprenant les villages cités dans l'annexe 1 : carte de l'aire de santé et populations recensées;
- dispenser des soins curatifs, préventifs, promotionnels et éducationnels dans son aire d'activité dans le respect des recommandations de l'OMS, notamment en ce qui concerne le Paquet Minimum d'Activités (PMA);
- exercer dans le respect de la déontologie médicale, telle que décrite dans le code de déontologie en vigueur à Madagascar (Décret n° 98-945 du 04 novembre 1988 portant Code de déontologie médicale);
- utiliser exclusivement des médicaments génériques sauf cas exceptionnels;
- appliquer des tarifs négociés avec les représentants de la communauté pour toutes prestations et soigner à moindre prix les personnes identifiées comme indigentes;
- délivrer des médicaments génériques uniquement sur sa prescription et que la participation financière des usagers ne dépasse pas le prix d'achat majoré de 20 %;
- se référer aux directives du district sanitaire en matière de vaccination et de lutte contre les épidémies, endémies et pandémies;
- remplir le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) et le transmettre au district sanitaire suivant un calendrier convenu avec les responsables;
- participer aux revues mensuelles et aux séances de formations continues (selon sa disponibilité) dispensées par le district sanitaire et auxquelles il aura été préalablement convoqué;
- informer le médecin inspecteur, une semaine à l'avance, pour toute absence de plus de un (01) mois et un (01) mois à l'avance au cas où il serait amené à quitter définitivement son cabinet.

légitimité nécessaires à la pratique de son métier. Nous présentons deux exemples de dispositifs contractuels - Mali et Madagascar - illustrant ces deux modalités d'installation (voir pages 49 et 50).

En annexe, le modèle de convention de partenariat quadripartite mise au point au Bénin, validée par le Ministère de la santé, est également proposé (voir annexe 1).

4. Le rôle biopsychosocial du MGC

Ce terme un peu compliqué, néologisme fabriqué avec trois mots qui nomment des domaines différents – la biologie, la psychologie, la sociologie – est là pour signifier que le rôle ou la fonction du MGC se conçoit de façon « holistique », c'est-à-dire globale; dans le sens où ces trois composantes ne doivent pas être considérées séparément mais formant un tout.

En effet le MGC, dans ses activités quotidiennes, doit prendre en compte ces trois registres qui sont interdépendants :

- la part biomédicale ou organique qui relève d'une approche scientifique la plus objective possible. C'est la maladie ou la pathologie vue par le médecin ;
- la part psychoaffective vécue par le patient à travers son histoire personnelle et ses relations. C'est la maladie vue et interprétée par le malade ;
- la part socio-environnementale liée aux facteurs socioculturels et économiques ainsi qu'au milieu écologique dans lequel vit l'ensemble de la collectivité. C'est la maladie dans le contexte où elle se manifeste.

Ces trois registres correspondent à des niveaux de perception très différents alors que des liens existent souvent mais ne sont pas perçus. Par exemple, un enfant vient consulter avec une hématurie qui indique une souffrance vésicale (registre biomédical), la famille affirme que cela est dû à un mauvais sort jeté sur l'enfant (registre psychoaffectif et culturel), l'analyse des urines montre des œufs qui révèlent une bilharziose (registre biomédical et environnemental). On pourrait multiplier les exemples à propos d'états pathologiques extrêmement répandus (malnutrition, diarrhées, diabète, hypertension, épilepsie, etc.). Le MGC doit être en capacité d'intégrer ces divers niveaux d'analyse et de faire la part des choses pour agir de la façon la plus pertinente possible. Il assure une fonction de synthèse dans un milieu rural peu instruit, seul bien souvent à

pouvoir dévoiler et expliquer les choses telles qu'elles sont. C'est là, en plus de sa fonction soignante, l'un de ses rôles essentiels.

D'où l'importance de trois mots clés qui doivent aider le MGC à jouer cette fonction de « facilitateur éclairé » (allusion à l'époque des « Lumières » où les savants se donnaient pour mission d'éclairer le peuple non instruit) : *le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.*

- Le **savoir**, c'est l'ensemble des connaissances acquises au cours des études, savoir théorique qui n'est jamais définitif mais qui, au contraire, doit s'enrichir ensuite toute la vie comme pour un grenier que l'on continuerait à remplir (sinon, les connaissances se dessèchent et se perdent...).
- Le **savoir-faire**, c'est l'expérience basée sur des connaissances appliquées que l'on a testées soi-même. Pour les médecins, ce savoir-faire a commencé avec les stages au lit des malades durant les études. Cela va se poursuivre durant toute la vie active avec un risque permanent : celui d'abandonner le savoir (les connaissances) pour ne garder que le savoir-faire (l'expérience), ce qui donne au final des professionnels médiocres qui agissent par habitude sans avoir su ou voulu se remettre en question.
- Le **savoir-être**, c'est le style, qu'on appelle aussi le talent, une qualité qui ne s'apprend pas vraiment et tient aux capacités personnelles que chacun peut développer par soi-même. Pour le MGC, c'est la capacité à éprouver de l'empathie pour ses patients, à communiquer avec la communauté, à convaincre en inspirant confiance. Certaines techniques peuvent y aider mais ne remplaceront pas l'aptitude personnelle.

Ces trois savoirs sont liés et il est intéressant, à cet égard, d'imaginer le profil du médecin qui privilégierait l'un des trois en négligeant les deux autres... La compétence, justement, c'est la capacité de réunir et de pratiquer ensemble ces trois aspects du savoir.

Derrière tout ce que nous venons d'écrire sur le rôle du MGC, il y a quelque chose de plus profond, difficile à définir, spécifique à la pratique médicale, en rapport avec l'**engagement** du médecin auprès des personnes souffrantes et des malades, une dimension qui surpasse toutes les autres. Cet engagement est tout à fait particulier car il consiste à livrer des combats contre la maladie

et la mort, pour la vie : « *Notre métier consiste à mener une série de combats localisés, c'est-à-dire bien définis, concrets, individualisés, à entreprendre et à mener à bien (Jacques Tassy)* ». D'où la vie décousue du médecin praticien, guidée par des priorités imprévues, l'impossibilité routinière des habitudes, l'exigence de demandes qui s'imposent à lui, même si elles ne mettent pas toujours en jeu le pronostic vital.

Face à cet engagement personnel, noblesse d'une profession particulière, les pressions administratives, les procédures et les normes imposées par les divers programmes institutionnels sont parfois difficiles à accepter. Il y a là un vrai motif de tension qu'il ne faut pas sous-estimer avec, d'un côté, des contraintes externes normatives et, de l'autre, une injonction intérieure sur laquelle repose la conscience d'être utile et la nécessaire estime de soi qui permet de tenir sur la longue durée.

5. Exercices participatifs

- Décrire l'organisation et le fonctionnement d'un district sanitaire de votre pays (travail en groupes).
- Imaginer la rencontre et le dialogue entre un MGC qui s'installe dans un village et le médecin responsable du district sanitaire dont il dépend (jeu de rôle).
- Présenter des exemples de partenariat public-privé dans le secteur de la santé ou, à défaut, suggérer des partenariats qui auraient un effet bénéfique sur le système de santé (tour de table).
- Montrer les interrelations qui peuvent exister dans certaines pathologies entre le biologique, le psychosocial et le milieu. Exemples : malnutrition, parasitoses, diabète... (travail en groupes).

Deuxième partie

Organisation et gestion du cabinet/centre médical communautaire (CMC) et de son aire de responsabilité

Mali : visite à domicile du Dr Seydou Konaté installé
à Nongon, région de Sikasso.

« La mobilité du MGC est utile et appréciée ».



5. Le choix du site d'installation et l'étude de faisabilité

1. Introduction

Ça y est, vous avez décidé de franchir le pas. Il va maintenant falloir choisir votre site d'installation, c'est-à-dire le lieu d'implantation de votre CMC¹ et la zone géographique sur laquelle vous exercerez votre responsabilité en tant que médecin.

Ce choix est important pour vous en ce sens qu'il va déterminer l'avenir en répondant – ou non – à deux conditions :

- 1/ vous plaire au sens humain du terme, de façon à vous y sentir bien ;
- 2/ être viable, en particulier sur le plan financier, pour pouvoir subvenir correctement à vos besoins et à ceux de votre famille.

La première condition va dépendre de votre histoire et de vos goûts personnels. Certains préfèrent ne pas être « loin du goudron » pour ne pas se sentir trop isolés tandis que d'autres n'hésiteront pas à faire plusieurs heures de marche dans la montagne ou en taxi-brousse sur les pistes pour rejoindre leur village. Il n'est pas recommandé de s'installer sur un site où existent des liens de parenté, au risque de perdre son autonomie, mais beaucoup préfèrent choisir des aires ethnoculturelles proches. D'autres, par contre, n'hésitent pas à partir à l'aventure dans une région de leur pays qu'ils ne connaissaient pas, décidés à apprendre la langue locale et à s'adapter à des coutumes parfois très différentes. C'est affaire de tempérament et le choix de la région élue dépend de chacune et de chacun d'entre vous.

Par contre, il existe des erreurs à ne pas commettre, en particulier celle de faire une confiance aveugle à une personne qui vous incite à venir vous installer dans son village, une relation plus ou moins proche (ami de la famille), une notabilité locale (commerçant, député), une autorité morale (curé, pasteur).

¹. Cet acronyme ou sigle sera utilisé pour toutes les structures de santé communautaire avec médecin, privées ou associatives, chaque pays ayant ses propres appellations (CSCOM médicalisé, centre médical communautaire, cabinet médical communautaire...).

Des jeunes médecins, naïfs et confiants, se sont retrouvés ainsi dans des situations difficiles : promesses non tenues, dépendance vis-à-vis d'un clan, viabilité économique insuffisante etc... Les relations peuvent être utiles mais se transforment souvent en un piège dont on n'arrive plus à se sortir.

Il faut donc être prudent et poser son choix sur des critères objectifs après avoir cherché les conseils de personnes compétentes et de confiance (association médicale communautaire, ONG d'appui comme Santé Sud, responsables de districts sanitaires, professeurs en santé publique). Pour réussir votre installation, nous préconisons une étude de faisabilité qui doit permettre de se faire une idée assez précise de la situation et de la viabilité du site. Elle vous permettra de prendre votre décision en connaissance de cause, après avoir pesé le pour et le contre. Nous allons prendre l'exemple d'un médecin qui décide de s'installer seul, comme médecin privé communautaire dans un district sanitaire où d'autres MGC sont déjà installés. Il a pris conseil auprès d'eux et un site potentiellement intéressant lui a été proposé.

D'autres modes d'installation seront ensuite évoqués mais cet exemple-type servira de référence.

2. Conditions préalables

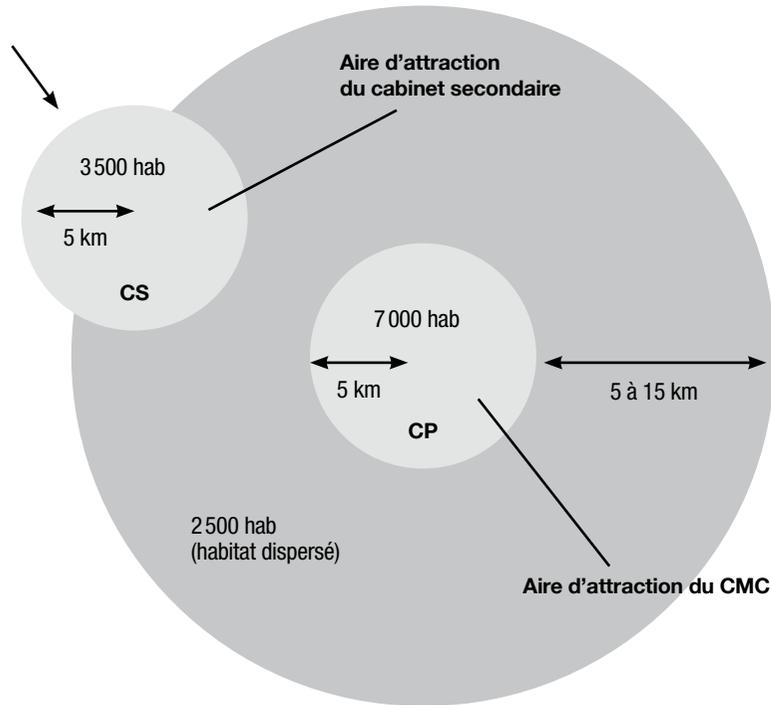
Avant d'entreprendre l'étude de faisabilité proprement dite, le futur MGC doit s'assurer que le site d'installation envisagé répond à deux critères simples mais indispensables :

- 1/ le lieu d'installation doit être un village-centre, c'est-à-dire un village animé avec une périphérie qui converge vers lui par des pistes, où il y a un gros marché hebdomadaire qui amène beaucoup de monde et une ligne de taxi-brousse ;
- 2/ sa périphérie, dans un rayon de 20 km, doit comprendre un bassin de population suffisant, au minimum compris entre 7 000 et 13 000 habitants, soit une moyenne de 10 000 personnes au moins.

La fréquentation du futur CMC dépendra de la répartition de cette population et de la distance qui aura un effet négatif sur cette fréquentation. D'où l'importance de connaître le nombre d'habitants de l'aire d'attraction située dans un rayon de 5 km comparé au nombre d'habitants se trouvant au-delà, sachant aussi qu'un autre village-centre à 10 ou 15 km pourra permettre l'ouverture d'un cabinet secondaire pourvu d'une deuxième zone d'attraction (schéma page suivante).

Exemple d'aire de responsabilité d'un MGC

L'aire de responsabilité comporte 13000 habitants avec deux aires d'attraction :
celle du cabinet principal : 7000 habitants
celle du cabinet secondaire : 3500 habitants



Il est possible, pour avoir une première idée, de recueillir ces données populationnelles sur les registres du dernier recensement mais elles sont souvent anciennes ou inexactes. Il faudra les corriger sur place auprès des élus et des autorités locales qui ont une bonne connaissance du nombre précis d'habitants peuplant les différents villages et hameaux de leur territoire. Ce contrôle des chiffres sur le terrain auprès d'informateurs bien choisis est très important pour éviter les approximations qui sont source d'erreurs.

3. L'étude de terrain

L'étude sur le site pressenti doit durer une dizaine de jours. Ce séjour d'immersion *in situ* permettra de connaître les gens, leur vie et leurs attentes, de rencontrer les personnalités locales et de leur demander leur avis, d'analyser la situation en recueillant sur place les données nécessaires. Ce sera aussi le moment de choisir le lieu d'implantation du futur CMC (voir chapitre 6) et de délimiter de façon précise l'aire de responsabilité qui correspond à la zone géographique de couverture du CMC dans laquelle le MGC exercera son activité. C'est le bassin de population totale qui va au-delà de l'aire d'attraction (5 km), avec des habitants dispersés en villages et hameaux dont on estime qu'ils sont naturellement (pour des raisons géographiques, historiques ou socio-économiques) dans la zone d'influence du lieu d'installation.

Nous donnons ci-dessous un canevas pour cette enquête, avec tout ce qu'il faut investiguer et noter :

- Grâce à une carte de la région, obtenir en format A4 la zone qui nous intéresse : lieu d'implantation + cercle d'un rayon de 20 km autour du centre. Cette zone sera considérée comme la zone d'étude.
- Caractéristiques géographiques de la zone d'étude : climat, relief, rivières, réseau routier, distance par rapport au chef-lieu de la zone sanitaire concernée.
- Caractéristiques démographiques de la zone d'étude : pyramide des âges, ethnies, liste des villages et leur population.
- Caractéristiques socioéconomiques de la zone : niveau d'éducation des populations, origines sociales, type d'emploi, couleurs politiques, personnalités influentes, importance des activités associatives et éducatives.
- Infrastructures du village d'installation : électrification, adduction d'eau, école, agence bancaire, routes, marché. Ligne de car ou de taxi-brousse.
- Statut administratif du village et distance par rapport au chef-lieu dont dépend la zone étudiée.
- Liste des infrastructures sanitaires dans un rayon de 40 à 50 km autour du lieu d'installation. Fournir des précisions concernant les structures hospitalières de référence et leurs plateaux techniques. Liste des personnels sanitaires qui exercent dans cette même zone. Distance par rapport aux différents niveaux de référence.
- Lieux de vente des médicaments et modalités (dépôts de médicaments et officines).

– Analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités de la zone concernant l'installation d'un CMC.

Il est très important, pour finir, de délimiter précisément l'aire d'activité, c'est-à-dire votre aire de responsabilité, en incluant toutes les populations qui devraient être attirées vers le futur CMC en fonction des distances. Remplir le tableau :

Tableau

Villages/ hameaux	Populations	Distance au lieu d'installation		
		<5 km	5 à 15 km	>15 km
Total				

4. Étude de l'activité et du revenu attendus

Les données chiffrées et précises du tableau vont maintenant permettre, avec une simple calculatrice, d'estimer l'activité prévisionnelle en fonction des besoins attendus de la population de référence², soit pour 10 000 habitants :

- **Nombre de consultations (C)** : un nouvel épisode par personne et par an, soit 10 000
- **Nombre d'actes de petite chirurgie (K)** : 4 % des consultations, soit 400 K (incluant les pansements)
- **Nombre de visites à domicile (VAD)** : 4 % des consultations, soit 400
- **Nombre de femmes en âge de procréer (FAP)** : 20 % entre 15 et 49 ans, soit 2 000 femmes concernées par la planification familiale (PF) et la vaccination antitétanique

2. Les besoins que nous indiquons en pourcentage peuvent être discutés mais sont, avec de faibles variations, ceux que la santé publique retient pour les zones rurales. Certains (Audibert M, 2005) estiment que les ruraux déclarent moins d'épisodes morbides que les urbains (0,70 versus 1 par an). Dans nos calculs, cette différence est compensée par les anciens cas qui ne sont pas comptabilisés.

- **Nombre de femmes enceintes** : 45 grossesses pour 1 000 habitants, soit 450 = 4,5%
 - 450 x 3 = 1 350 consultations prénatales (CPN)
 - 430 accouchements à terme (4,3 %)
 - 430 consultations postnatales (C post N)
- **Enfants de moins de 1 an** : 4 %, soit 400 enfants à vacciner.

Il semble possible de couvrir, en 3 ans, 50 % des besoins (sauf PF 20 % de 50 %), c'est-à-dire :

- Nombre de C : 5 000
- Nombre de K : 200
- Nombre de VAD : 200
- PF : 200 femmes suivent une méthode contraceptive, et nous compterons en moyenne 3 consultations/an/femme, soit 200 x 3 = 600
- Nombre de CPN : 675
- Nombre d'accouchements : 215
- Nombre de C Post N : 215
- Nombre d'enfants de moins de 1 an à suivre et à vacciner : 200

Cependant la distance aura une influence négative sur cette estimation, d'autant plus grande que l'accessibilité est difficile. Nous prévoyons que la distance aura globalement l'influence suivante :

Distance	Rapport à l'estimation
<5 km	100%
5 à 15 km	50 %
>15 km	20%

Connaissant les populations et les distances par rapport au centre (voir tableau ci-dessus), il est possible de réévaluer nos taux de fréquentation et d'avoir une idée (forcément approximative) de l'objectif à atteindre en 3 ans : 50 % des besoins corrigés = objectif 100 %.

Maintenant, sur cette base, il suffit de prendre les chiffres du tableau et d'appliquer le mode de calcul que nous venons de décrire (voir page suivante l'exemple de Sonon réalisé au Bénin).

Bénin: Étude de faisabilité de l'aire de Sonon (Région de Parakou)

1. Étude populationnelle de l'aire de responsabilité du CMC

Aire Sonon	Populations	0 à 5 km	5 à 15 km	15 à 20 km
Sonon	1 676	1 676		
Guinagourou	2 825		2 825	
Bougnakou	2 465		2 465	
Gninsy	3 070			3 070
Gninsy Gando	679			679
Alariarou V	496			496
Gomey	959			959
Total	12 170	1 676	5 290	5 204

2. Étude financière de l'activité attendue

2.1 Besoins théoriques attendus:

C: 1c/pers./an.	12 170
K: 4 %	487
VAD: 4 %	487
FAP (PF): 20 %	2 434
Nb. de femmes enceintes: 4,5 %	548
CPN: 4,5 % x 3	1 644 (548x3)
Accouchements à terme: 4,3 %	526
C. Post N: 4,3 %	526
Enfts moins de 1 an: 4 %	487

En 3 ans: 50 % des besoins attendus = 100% de notre objectif. (sauf PF 20 % de 50 %)

C	6 085
K	243
VAD	243
FAP (PF): 20 % de 1 217	243
Nb. de femmes enceintes	274
CPN	822 (274x3)
Accouchements à terme	263
C. Post N	263
Enfts. moins de 1 an	243

2.2 Corrections de notre objectif en fonction de la distance:

Population à moins de 5 km: 1 676 hab.: 2 = 838 hab. (100 % de l'objectif)

C	838
K	34
VAD	34
FAP (PF): 20 % de 167	34
Nb. de femmes enceintes	37
CPN	111 (37x3)
Accouchements à terme	36
C. Post N	36
Enfts moins de 1 an	33

Population entre 5 et 15 km: 5 290 hab.: 2 = 2 645 hab. (50 % de l'objectif)

C	1 323
K	53
VAD	53
FAP (PF): 20 % de 167	53
Nb. de femmes enceintes	60
CPN	180 (60x3)
Accouchements à terme	57
C. Post N	57
Enfts moins de 1 an	53

Population entre 15 et 20 km: 5 204 hab.: 2 = 2 602 hab. (20 % de l'objectif)

C	520
K	21
VAD	21
FAP (PF): 20 % de 104	21
Nb. de femmes enceintes:	23
CPN	69 (23x3)
Accouchements à terme	22
C. Post N	22
Enfts moins de 1 an	20

2.3 Total du revenu en fonction de l'activité attendue:

Année 3 (100 % de l'objectif)

Actes	Prix unitaire	Total
C. 2 681	1 000 FCFA	2 681 000 FCFA
K.* 108	1 750 FCFA	189 000 FCFA
VAD.* 108	3 500 FCFA	378 000 FCFA
PF. 108 x 3 = 324	500 FCFA	162 000 FCFA
CPN. 360	500 FCFA	180 000 FCFA
Accou ^s 115	5 000 FCFA	575 000 FCFA
C. post N. 115	500 FCFA	57 500 FCFA
Enf ^s 106	Vaccination/surveillance	Activité conventionnée ?
Total : 3 917 actes, soit 326/mois Recettes : 4 222 500 FCFA		

K: coût moyen entre un pansement simple (500 FCFA) et une circoncision (3 000 FCFA)

VAD: visite à domicile: C + coût moyen 1 000 à 4 000 FCFA selon la distance

Revenu = recettes – charges (10 %) = 3 800 250 FCFA

Soit: 316 687 FCFA / mois en moyenne sur l'année.

Remarque: ce site est viable si les charges professionnelles restent contenues autour de 10 %. L'embauche de personnels devra rester limitée tant que l'activité ne dépassera pas celle de l'étude prévisionnelle.

Dès lors, comment calculer le revenu attendu ?

C'est très simple : une fois fixé le tarif de chaque acte, il est facile d'obtenir les recettes prévisionnelles attendues en rapport avec notre objectif.

Dans l'exemple ci-contre de Sonon, nous avons établi une tarification des actes *a priori* acceptable par une population rurale du Bénin, mais celle-ci doit être adaptée pour correspondre aux possibilités contributives dans chaque pays ou région, ni trop basse, ni trop élevée.

Cette question de la tarification est importante car, si elle est trop élevée, la fréquentation va baisser et les plus pauvres ne pourront pas se soigner. Par contre, si elle est trop basse, le médecin ne va pas s'en sortir et quitter son poste... D'où la nécessité d'une réflexion pour trouver la bonne tarification, acceptable pour la population et viable pour le médecin. Des discussions avec les représentants de la communauté et les conseils des autres MGC installés dans la même région seront nécessaires et très utiles pour trouver la bonne mesure.

Une fois établi le montant des recettes attendues, il est possible de calculer le revenu selon la règle :

$$\text{Recettes} - \text{Dépenses} = \text{Revenu}$$

Il s'agit des dépenses professionnelles uniquement et nous reviendrons sur cette question dans le chapitre 9. Pour l'instant, il suffit de savoir que ces charges professionnelles peuvent être estimées à 10 % du montant total des recettes sur la base de notre expérience, soit :

$$\text{Revenu} = \text{Bénéfice} = \text{Recettes} - \text{Charges (10\%)}$$

Ce bénéfice correspond au revenu réel du médecin qui lui permettra de vivre et de faire vivre sa famille.

► Remarques

– L'objectif doit être atteint en 3 ans et ce temps est nécessaire. En effet, toutes les expériences montrent que le MGC travaille dès le premier jour de son installation mais qu'il devra ensuite faire ses preuves pour acquérir la confiance de sa population et développer pleinement son activité. Cette « montée en charge » est variable, rapide pour certains, plus lente pour d'autres, mais ne doit pas excéder le cap des trois années.

- Cette étude de faisabilité est d'autant plus importante que le bassin de population se situe autour de 10 000 habitants, ce qui est souvent le cas dans des régions où l'habitat est dispersé. Si la zone d'attraction (moins de 5 km) est la plus peuplée le résultat sera favorable, mais si l'étude montre un revenu réel (bénéfice) insuffisant au bout de 3 ans, il vaut mieux renoncer car le site ne sera pas viable pour un MGC.
- Lorsque la population de l'aire est beaucoup plus importante (>15 000), la viabilité du site est quasi certaine. Cependant l'étude financière (activités/revenus) se justifie pour au moins deux raisons car elle permet :
 - 1/ de bien connaître l'aire du CMC et les besoins quantifiés (nombre de grossesses, d'enfants à vacciner etc.). Nous reviendrons sur cet aspect au chapitre 10 sur le suivi des indicateurs essentiels d'activité ;
 - 2/ d'anticiper les dépenses : l'activité étant forte (plus de 20 actes par jour), l'embauche de personnels soignants va s'imposer au fil du temps et augmenter les charges professionnelles qui vont dépasser 10 % des recettes pour atteindre 30 à 40 %. L'étude financière permet d'évaluer les « marges de manœuvre » dont on disposera et de comparer avec l'évolution réelle de l'activité et du revenu.
- L'étude ne prend pas en compte certaines recettes qui vont s'ajouter, comme par exemple des activités de santé publique qui pourront être forfaitisées (vaccinations, visites scolaires...). Cela dépendra de négociations avec le district sanitaire, la mairie ou les responsables des écoles.

5. Les autres modalités d'installation

Nous venons de présenter l'étude de faisabilité-type d'un MGC qui s'installe de lui-même, en solo dans un village, mais il existe d'autres modalités d'installation dont nous allons dire quelques mots :

- **La reprise d'un CMC** cédé par un confrère ou une consœur. En effet, après plusieurs années (la moyenne étant de 4-5 ans), certains MGC décident de céder leur poste pour une autre forme d'exercice ou se rapprocher d'une ville, souvent pour des raisons familiales (scolarité des enfants). Sur la base de l'étude de faisabilité-type ci-dessus, il est alors facile d'apprécier la situation du CMC, le niveau d'activité et les perspectives financières.

– **Le cas des CSCOMs du Mali.** Nous avons vu au chapitre 4 que le Mali avait établi sur l'ensemble du pays une carte sanitaire découpée en aires de santé comprenant au minimum 5 000 habitants – la majorité ayant 10 voire 20 000 habitants et plus. Dans chaque aire, un CSCOM géré par une ASACO est sous la responsabilité médicale d'un infirmier mais le nombre de médecins recrutés par les ASACOs ne cesse d'augmenter (environ 15 % des CSCOMs ruraux).

Or, les CSCOMs ne sont pas tous viables avec un médecin et l'étude de faisabilité, plus complexe, doit évaluer un ensemble de paramètres qui sont :

- 1/ la qualité des infrastructures et des équipements du CSCOM ;
- 2/ la situation du personnel prévu dans un CSCOM (au minimum un infirmier ou aide soignant, une matrone, un gérant du dépôt de médicaments et un gardien) ;
- 3/ l'effectivité du Paquet Minimum d'Activités (PMA), c'est-à-dire l'ensemble du panel d'activités curatives, préventives et éducatives fournies par le CSCOM ;
- 4/ la fonctionnalité de l'ASACO (respect des statuts, représentativité, transparence de la gestion) et du rôle de la mairie (assistance, supervision) ;
- 5/ la viabilité financière (maîtrise des recettes/dépenses, compte de résultat dégageant un bénéfice suffisant pour recruter un médecin) ;
- 6/ la disponibilité d'un logement pour un médecin.

Toutes ces données sont recueillies par Santé Sud Mali puis analysées sur Excel avec un système de score permettant de classer les CSCOMs en trois catégories : résultat complet (C), partiel (P) et insuffisant (I). Les CSCOMs de la catégorie C sont considérés médicalisables et proposés aux jeunes médecins qui veulent s'installer en milieu rural.

Au Mali, la grande majorité des médecins préfère s'installer dans un CSCOM avec un contrat de droit privé (90 %). Une petite minorité (10 %) s'installe en privé strict, c'est-à-dire à leur compte, et choisit son site d'installation de façon indépendante.

– **L'installation sous forme contractuelle** peut concerner aussi des structures sanitaires de premier niveau, associatives, mutualistes, municipales, voire aussi des structures publiques qui recrutent des personnels contractuels dans un esprit de partenariat public-privé. Le MGC doit être vigilant et faire le même type d'enquête que pour les CSCOMs du Mali en examinant soigneusement les 6 points ci-dessus. Il devra aussi examiner de près le contrat proposé en

exigeant, en plus d'un revenu minimum garanti, une part variable sous forme d'intéressement au résultat.

6. À retenir

- Les sites d'installation potentiels ne sont pas tous viables pour un médecin, d'où l'intérêt d'une étude de faisabilité bien conduite.
- Les MGC n'ont pas vocation à s'installer n'importe où sous prétexte que les populations isolées ont besoin d'eux. Il existe des zones entières non viables parce que la population est insuffisante, trop dispersée ou instable (nomades) pour qu'un médecin privé communautaire puisse y vivre de son métier.
- Les MGC peuvent rendre de grands services dans nombre de zones sous-médicalisées ou enclavées mais c'est à l'État de pourvoir aux soins des zones non viables, soit dans le cadre de la fonction publique, soit en subventionnant des prestataires.
- L'aire de responsabilité du MGC sera affichée, bien visible dans son CMC, ainsi que le nombre total de sa population de référence.

7. Exercices participatifs

- Établir une grille tarifaire des actes compatible avec le niveau de vie de la population de votre région (travail en groupes puis comparer).
- Reprendre le schéma de l'aire de responsabilité du MGC et faire l'étude activités-revenus attendus sur les deux zones d'attraction, respectivement 7 000 et 3 500 habitants (travail en groupes).

6. Le CMC : types de structures, équipements de base

1. Introduction

Vous avez choisi votre site après une étude de terrain qui vous a permis de prendre une décision argumentée et la plus objective possible. C'est un grand pas. Il va falloir maintenant résoudre des problèmes matériels et vous poser la question : « *de quoi ai-je besoin pour travailler correctement ?* »

Votre perception des structures de santé en milieu rural n'est sans doute pas très bonne. Lors de vos stages vous avez constaté qu'elles étaient souvent en mauvais état, sous-équipées, qu'elles ne donnaient pas envie d'y travailler. Vous ne souhaitez pas exercer votre métier dans le dénuement et sans moyens.

Cette position est parfaitement légitime et il faut, sur ce sujet, avoir un minimum d'exigences : travailler dans des locaux propres et aérés en disposant d'un équipement de base adapté de façon à se sentir à l'aise sur son lieu de consultation qui sera le « point focal » de votre activité.

Mais cela ne veut pas dire non plus des exigences démesurées, un grand centre muni d'un bloc opératoire par exemple. On voit parfois des structures surdimensionnées – les fameux « éléphants blancs » – qui sont à moitié vides, désertées par les malades mais envahies par les insectes et les chauves-souris... Tout cela coûte cher et n'est pas acceptable pour un MGC conscient du rapport coût/efficacité d'une structure qu'il va devoir gérer comme une petite entreprise avec les recettes de son activité.

2. Les types de structures

Deux cas de figure se présentent :

Le premier concerne **les MGC qui vont s'installer dans une structure existante** appartenant à une entité (associative ou autre) avec laquelle ils ont signé un contrat. C'est le cas du Mali où la plupart des médecins choisissent le CSCOM qui est la structure de base du système de santé malien inscrit dans la carte sanitaire.

De ce fait le CSCOM répond à des normes précises en termes d'infrastructures et d'équipements. Il est, en général, composé de deux pavillons, l'un pour les consultations, la salle de pansements, les lits d'observation, la pharmacie et l'autre pour la maternité, les consultations prénatales, les vaccinations, le logement du médecin étant dans l'enceinte du CSCOM. L'équipement de base est fourni par le district sanitaire dans le cadre du programme national de santé, ainsi que la dotation initiale en médicaments essentiels.

Dans ce cas, l'investissement personnel du MGC est limité, d'où l'importance pour lui d'avoir bien évalué préalablement les atouts et les faiblesses du CMC – qu'il s'agisse d'un CSCOM ou d'une autre structure, de type associative ou professionnelle – ainsi que nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent.

Le deuxième cas de figure concerne **les MGC qui vont créer leur propre structure**, c'est-à-dire un CMC nouveau qui va devoir s'inscrire dans la carte sanitaire avec son aire de responsabilité. Cette implantation, pour trouver sa place et être reconnue, devra nécessairement résulter d'un processus de négociation avec la communauté d'accueil d'une part et les autorités sanitaires d'autre part. Ceci étant acquis, deux formules sont possibles :

1/ Créer une structure médicale privée stricte. Cela suppose que le MGC a la capacité d'investir dans un bâtiment qu'il va aménager et/ou agrandir petit à petit pour satisfaire aux normes d'une structure médicale de premier niveau. C'est la formule retenue par les médecins de campagne au Mali qui ont fait le choix de ne pas s'installer dans un CSCOM pour rester indépendants.

2/ Créer une structure médicale communautaire. Deux exemples vont illustrer cette possibilité :

– le MGC va négocier avec la communauté d'accueil la mise à disposition ou la location d'un bâtiment bien situé dans le village et pouvant convenir. Il peut s'agir d'une maison suffisamment spacieuse, d'une ancienne école désaffectée qui sera aménagée, ou d'un local qui peut être transformé, au moins provisoirement, en attendant mieux. C'est la formule adoptée à Madagascar où les MGC acceptent au départ des conditions souvent « spartiates », sachant qu'il faut démarrer, faire le premier pas. Effectivement, après quelques temps, la communauté prend confiance et veut garder son médecin. C'est ainsi que des *cabinets médicaux communautaires* ont été peu à peu construits sur la base d'un plan réalisé à partir d'une maison traditionnelle à un étage.

Les communautés rurales resteront propriétaires de ces structures mises à la disposition de leur MGC (voir modèle malgache et plans en annexe 2).

- Il existe parfois des structures de santé villageoises, construites dans le passé dans le cadre de projets de développement de SSP, qui ne sont plus fonctionnelles, abandonnées et en mauvais état malgré une architecture solide et de qualité. C'est le cas du Bénin par exemple où une « unité villageoise de santé », propriété de la communauté, a pu être réhabilitée en *cabinet médical communautaire* pour permettre l'installation d'un MGC (voir modèle Tamarou au Bénin et plan en annexe 2).

Ces diverses formules sont valables à condition qu'elles s'inscrivent bien dans une démarche concertée avec la communauté d'accueil, le maire de la commune et le district sanitaire. Chaque situation est particulière mais il faut, quelles que soient les spécificités de l'installation, que les actes de propriété, les conditions d'exercice ainsi que les droits et devoirs de chacune des parties concernées soient clairement établis sur un document écrit.

3. Équipements de base

Les besoins en équipements seront bien entendu différents selon le type d'installation, dans une structure de santé déjà fonctionnelle ou dans une structure nouvelle. Nous proposons un ensemble d'équipements qui a fait ses preuves au fil du temps, nécessaire et suffisant pour exercer la médecine générale communautaire de façon satisfaisante.

3.1. Le kit médical de base

Il s'agit d'une liste de matériels médicaux, validée depuis plus de 15 ans par les MGC qui se sont installés avec l'appui de Santé Sud, et que l'on peut commander à MSF logistique, 14 avenue de l'Argonne – 33700 Mérignac. Demander « le kit medcamp Santé Sud ». Le coût est d'environ 700 euros (voir liste ci-contre).

3.2. Le mobilier médical

Ce mobilier doit être acheté ou fabriqué sur place par des artisans locaux pour limiter les coûts qui peuvent, par conséquent, varier d'un pays à l'autre. La liste ci-dessous aura un coût moyen de 1000 euros.

- un bureau et trois chaises,
- une armoire et une étagère,

Désignation	Quantité
Stéthoscope, double face, clinicien	1
Stéthoscope obstétrical, métallique	2
Tensiomètre, monopoire, velcro, adulte	1
Otoscope (Heine Mini 2000), halogène + 4 spéculums	1
Spéculum vaginal de Colin, standard, 100x35 mm 52-11-12	3
Set abcès suture, 7 instruments, comprenant :	1
----- boîte à instruments perforée, inox 20x10x3 cm	1
----- pince hémost. Halsted-Mosquito, 12,5 cm, courbe 15-45-12	1
----- pince hémost. de Kocher, 14 cm, 1 x2 dents droite, 16-12-14	1
----- pince chirurgicale, stand, 1 x2 dents, droite 14,5 cm 06-05-14	1
----- porte-aiguille de Mayo-Hegard, standard, 18 cm 10-18-18	1
----- stylet Boutonne, arrondi, double, 14,5 cm, 1,5 mm 09-04-14	1
----- (bistouri n°4) LAME, u.u., style, n° 22, 01-22-22	100
----- bistouri, manche, n°4 standard 01-28-04	1
----- ciseaux chir. Deaver, pointu/mousse, 14 cm courbes 03-09-14	1
Set à pansement, 3 instruments, comprenant :	1
----- boîte à instruments perforée, inox 18x8x4 cm	1
----- pince hémost. de Péan, 14 cm, droite 16-10-14	1
----- pince anatomique, standard, droite, 14,5 cm 06-00-14	1
----- ciseaux chir. Deaver, pointu/mousse, 14 cm droits 03-08-14	1
Set accouchement & épisiotomie, 7 instruments, comprenant :	1
----- perce-membrane, 20 cm 20-27-37	1
----- panier à instruments, pr stérilisation, grillage 5x15x5 cm	1
----- pince hémost. de Kocher, 14 cm, 1 x2 dents, droite, 16-12-14	2
----- pince chirurgicale, stand, 1 x2 dents, droite 14,5 cm 06-05-14	1
----- porte-aiguille de Mayo-Hegard, standard, 18 cm 10-18-18	1
----- ciseaux de Mayo, courbes 14 cm 03-51-14	1
----- ciseaux, mous./mous., droits, chirurgicaux, 17,5 cm 03-02-17	1
Curette utérine de Gourdet, 28 cm rig. 12 mm mousse 52-73-12	1
Pince de Museux, 24 cm, droite, 10 mm, 2x2 griffes 52-48-03	1
Ciseaux, mous./mous., droits, à pansements, 14,5 cm 03-02-14	1
Plateau à pansements, 30x20x3 cm, inox	2
Bassin réniforme, 26 cm x 14 cm (haricot)	2
Bassin de lit, avec poignée, polypropylène	1
Mètre, ruban, 1,5 m, fibre de verre	1
Sonde vésicale, Nélaton, stérile, u.u., CH 10, 15 cm	50
Microtoise, ruban, verticale, 200 cm	1
Balance, adulte, 0 à 100 kg (pèse-personne)	1
Balance (Seca 725), méc. À curseurs, bébé, 0-15 kg, grad. 10 g	1
Thermomètre, électronique, précision 0,1° C + étui	2
Brosse à ongles, plastique, autoclavable	2
Bouteille, plastique, 200/250 ml, avec bec verseur	2
Lampe torche, frontale, boîtier 4 piles R6	1
Garrot élastique, 100x1,8 cm	1

- une table d'examen métallique avec alèse et escabeau,
- une table de soins/accouchement (bois ou métallique),
- deux dessertes de soins métalliques,
- deux bancs,
- deux à quatre lits d'observation (métallique ou bois),
- deux potences en bois (perfusions).

3.3 Équipements complémentaires

► À prévoir

- une cocotte minute avec panier + réchaud pour la stérilisation du matériel médical (160 euros). Une cocotte pour l'alimentation type « SEB Authentique inox » de 10 litres, avec panier rigide, convient parfaitement ;
- un réfrigérateur à pétrole ou à gaz (ou mixte) pour la conservation des vaccins (2 700 euros) ;
- une installation solaire avec 6 points lumineux répartis entre la partie professionnelle et le logement - si pas d'électricité, ce qui représente la grande majorité des situations (3 800 euros) ;
- une moto type Yamaha 125 pour les déplacements : visites à domicile, stratégie avancée etc... la marque japonaise étant préférable mais plus chère (3 700 euros).

► **Remarque** : les coûts indiqués sont ceux du Bénin, avec des variations non négligeables à prévoir selon les pays.

4. Pour conclure

On le voit : l'installation d'un MGC a un coût. C'est normal si on veut qu'il puisse travailler dans des conditions satisfaisantes.

Ce coût varie selon les modalités d'installation, peu élevé en cas de reprise d'un CMC d'un aîné ou lorsque l'on contractualise avec une structure type CSCOM, et nettement plus onéreux dans tous les cas où le MGC va s'installer par lui-même en créant sa propre structure médicale, en indépendant ou dans un cadre négocié avec une communauté.

Dans ce deuxième cas de figure, l'ensemble de l'équipement nécessaire tel que nous venons de le décrire peut être évalué à environ 12 000 euros, sachant qu'il existe des variations de coût d'un pays à l'autre.

À cet équipement de base il faudra ajouter, même si le MGC peut démarrer à moindre frais dans des locaux loués ou prêtés par la communauté, la construction d'un CMC comme à Madagascar, ou la réhabilitation d'une structure de santé comme au Bénin, soit une moyenne de 10 000 euros.

Au final, le coût total d'une installation avec création d'une structure médicale comptera : 12 000 + 10 000 = 22 000 euros.

L'évaluation réalisée par l'INSPC à Madagascar (2007) a montré que ce coût d'installation d'un MGC était 4 à 6 fois moins cher¹ que celui d'un CSB II (centre de santé de base public avec médecin) pour un service rendu au moins équivalent, souvent meilleur. Et d'ajouter qu'en plus, le fonctionnement étant à la charge du médecin ne coûtait rien à l'État !

On peut donc conclure que l'installation d'un MGC a un coût, mais ce coût est peu élevé en regard du service rendu comparé à celui d'une structure étatique.

Le jeune médecin qui a la volonté de s'installer en milieu rural doit savoir tout cela. Sans moyens personnels, il devra faire preuve de dynamisme pour mobiliser la communauté de son lieu d'installation, solliciter des partenaires (ONG, jumelages), rejoindre des programmes qui existent comme ceux de Santé Sud destinés à soutenir et fidéliser les jeunes médecins pour qu'ils restent dans leurs pays.

5. Exercices participatifs

- Donner des exemples, dans votre pays, de structures de santé de premier échelon qui pourraient être utilisées par un MGC comme cabinet ou centre médical (brainstorming).
- Reprendre la liste des équipements et donner votre avis (travail en groupes).

1. Un CSB II coûte à l'État 84 000 euros (infrastructure + équipement). Ce coût est 6 fois plus élevé que le coût d'installation d'un MGC qui peut disposer d'une structure existante (12 000 euros) et 4 fois plus élevé en cas de construction ou de réhabilitation d'une structure médicale (22 000 euros).

7. La gestion de l'espace et du temps

1. Introduction

Il va maintenant falloir vous organiser, au niveau de votre CMC dont nous avons dit qu'il était le *point focal* de votre activité, mais aussi sur l'ensemble de votre *zone de référence* dont vous avez précisé les limites et que vous devez connaître dans les moindres détails.

Ce qui caractérise en effet le MGC, c'est sa mobilité. Même si vous allez passer la grande majorité de votre temps à l'endroit même de votre lieu d'installation, vous n'hésitez pas à vous déplacer dans votre aire de responsabilité, certes pour répondre aux urgences, mais aussi avec la volonté stratégique d'avoir une vision claire de ce qui se passe sur l'ensemble de votre territoire. C'est ce que nous voulons dire ici en parlant d'une bonne gestion de l'espace et du temps.

Vous allez devoir inverser la problématique habituelle en n'étant plus un médecin inaccessible, que l'on atteint difficilement après un long déplacement et de nombreux obstacles mais, au contraire, un médecin disponible qui n'hésite pas à aller au-devant des malades. Mobilité et accessibilité sont liées car, en zones rurales, ce sont les distances et les obstacles géographiques – rivières, montagnes, zones enclavées – qui représentent les principales difficultés pour se soigner.

Enfin, le fait de vivre sur place, à demeure, représente un atout considérable pour les habitants, inimaginable pour la plupart d'entre eux qui ne connaissaient la « médecine de brousse » qu'à travers les enquêtes épidémiologiques ou les campagnes de vaccination avec des équipes motorisées qui passent au village et que l'on ne revoit plus. La continuité des soins, rendue possible grâce à votre présence permanente sur votre site d'installation, représente un progrès considérable que ces populations n'ont jamais connu jusqu'à présent.

N'oubliez pas ces trois mots clés – *mobilité, accessibilité, continuité* – qui sont liés entre eux et représenteront un facteur essentiel de la qualité de vos soins.

2. La gestion de l'espace

Nous l'aborderons sous ses deux aspects : au niveau du CMC et au niveau de la zone de référence ou aire de responsabilité.

2.1. Au niveau du CMC

Les types de structures et l'équipement ont été traités au chapitre précédent. Ici nous allons aborder l'agencement des pièces et la fonctionnalité du CMC.

Dans l'idéal, un CMC doit comprendre :

- une salle de consultation,
- une salle de soins et petite chirurgie,
- une salle d'accouchement,
- une salle pour les accouchées,
- une salle de surveillance ou d'observation,
- une salle d'attente,
- une pharmacie (+ guichet).

Sans oublier une cuisine à l'extérieur pour les familles, des toilettes/douches, un point d'eau accessible, un incinérateur.

Cette distribution idéale, en un ou deux bâtiments, est en général acquise dans les structures existantes type CSCOM du Mali qui doivent répondre à des normes précises. Le MGC qui va s'installer dans ce type de structure aura le titre de chef de poste, avec la responsabilité d'une petite équipe (3 à 4 personnes) qu'il devra organiser et superviser. Nous reviendrons sur cette question du « leadership » au chapitre 20 mais nous voulons insister ici sur l'importance du circuit du patient, la règle étant que l'argent ne doit pas circuler et n'être manipulé qu'en un seul lieu, en général au niveau de la pharmacie où se trouve la caisse et où est faite la comptabilité journalière.

Un système de tickets payés par le malade au niveau du guichet de la pharmacie lui permet de se soigner, sans rien donner en plus, en se dirigeant vers le soignant dont relève son cas – consultation, soins, accouchement –, puis retourner au guichet de la pharmacie pour recevoir les médicaments et les payer.

Le MGC devra, bien entendu, s'adapter au système d'organisation de son centre mais une bonne technique consiste à refaire soi-même le circuit du malade en variant les situations rencontrées, à évaluer la fluidité et la cohérence de ce

circuit dans ses différentes composantes de façon à repérer les dysfonctionnements et pouvoir les corriger avec le concours du personnel.

La situation est bien entendu différente pour les MGC indépendants qui ont créé leur propre CMC, ce dernier étant souvent moins important en termes d'infrastructure et de nombre de pièces. Le MGC est seul au départ – ce qui donne un avantage aux couples qui peuvent s'entraider – mais il pourra assez rapidement employer un ou une aide, voire deux, mais rarement plus. L'organisation est beaucoup plus simple.

Le CMC malgache des Hauts Plateaux présenté dans le chapitre 6 est un bon exemple de ce type de structure minimale fonctionnelle qui intègre à l'étage le logement du médecin. Il comprend :

- une salle de consultation incluant la pharmacie car c'est le médecin lui-même qui délivre l'ordonnance,
 - une salle de soins/petite chirurgie qui permet également de faire un accouchement,
 - une salle de surveillance, soit pour un malade en observation, soit pour une accouchée le temps de surveiller le post-partum (12 heures en général).
- Parfois, un petit bâtiment annexe situé dans la cour ou à proximité permet d'avoir 2 à 3 lits de surveillance supplémentaires.

Le CMC de Tamarou au Bénin, ancien poste de santé réaménagé, est plus vaste avec 5 pièces qui permettent de séparer la partie accouchement.

Quoiqu'il en soit, il faut veiller à la circulation des malades : on observera dans les deux cas que le médecin a un accès facile de l'intérieur et qu'il existe des sorties séparées pour les malades en observation ainsi que pour les accouchées et leurs familles. Les patients « hospitalisés » ne sont pas en contact direct avec ceux qui viennent pour une consultation.

Dans la plupart des pays, les patients peuvent attendre dehors, sous un auvent aménagé de façon à être protégés du soleil ou de la pluie. Dans tous les cas il faut que les pièces soient bien éclairées, aérées, et veiller au respect de la confidentialité visuelle et auditive (cloisons, fenêtres). Le CMC est un espace particulier, identifiable, d'où l'importance d'une clôture pour éviter la divagation des animaux (la chèvre qui mange les feuilles de température comme nous l'avons vu !) et faire en sorte que cet espace clos soit respecté. Enfin cet espace doit être

propre et les mesures d'hygiène et d'asepsie respectées de façon rigoureuse. Vue son importance, nous aborderons cette question au chapitre 16.

2.2. Au niveau de l'aire de responsabilité

En réalisant son étude de faisabilité, le MGC a pris contact avec les différents lieux – villages et hameaux – de sa zone de référence et les principaux acteurs de la vie sociale. Ce premier contact ne suffit pas et doit être complété dès le début de l'installation d'une véritable approche communautaire qui doit faire l'objet d'une attention particulière.

L'approche communautaire

Il est en effet primordial que la communauté comprenne bien le pourquoi et le comment de cette installation d'un médecin qui était, pour elle, *a priori* « impensable » au sens propre du terme. Ces paysans ont du mal à imaginer la chose, il va falloir beaucoup de palabres avec eux pour qu'ils comprennent et adhèrent à une perspective si nouvelle pour eux. Les approcher va demander du temps car il faudra trouver le bon moment en intégrant les rythmes de la vie rurale, donner de longues explications et répondre aux questions dans le langage qui convient, laisser un temps de réflexion pour que les gens se concertent entre eux, les revoir ensuite pour d'ultimes précisions, lever les doutes ou certaines réserves.

Le MGC doit ainsi rencontrer systématiquement :

- tous les villages pour se présenter et informer les habitants ;
- le maire de la commune dont dépend son lieu d'installation ainsi que les élus locaux ;
- les autorités traditionnelles et religieuses ;
- le directeur de l'école et les instituteurs (ainsi que ceux des autres écoles présentes sur la zone de référence) ;
- les responsables des associations locales et des divers comités locaux ;
- les acteurs de santé déjà présents sur la zone : tradipraticiens, matrones, agents de santé, infirmiers auprès desquels il est possible de recueillir des informations sur les manières de se soigner, les divers recours, les nosologies traditionnelles locales...

Cette approche communautaire, étalée sur les premières semaines d'installation, est possible car l'activité du MGC débute et laissera du temps. Elle

lui permettra d'approfondir la connaissance de son aire d'activité, d'expliquer l'organisation du CMC et d'ajuster cette organisation en fonction des avis recueillis, d'emporter l'adhésion des habitants et de leurs représentants ce qui est essentiel, non seulement pour la viabilité à venir de l'installation médicale mais aussi pour bénéficier du soutien de la population en cas de difficulté ou pour les questions de sécurité dont il faut prendre l'exacte mesure en situation isolée (déplacements, urgences de nuit). Cette approche communautaire est l'une des conditions essentielles pour la réussite de l'installation en permettant à la communauté d'accueil d'être « *en phase* » avec un projet qu'elle a compris, auquel elle adhère et qu'elle soutient.

Le MGC aura ainsi, dès le début de son installation, une bonne maîtrise – au sens de connaître/agir – de son aire de responsabilité dont il assure désormais la couverture sanitaire. Cette stratégie de couverture peut se faire grâce à plusieurs types d'activités qui se complètent les unes les autres :

La visite à domicile (VAD)

La VAD peut être définie comme le déplacement du médecin auprès d'un malade à la demande de sa famille. Cette sollicitation est, en principe, justifiée par plusieurs raisons :

- une urgence type accident ou détresse vitale (ex. OAP) d'une personne qu'on ne peut pas mobiliser ;
- une demande de consultation pour une personne malade dont l'état rend le déplacement très difficile (grand handicapé, personne âgée, grabataire) ;
- un accouchement ;
- le suivi d'un malade chronique qui ne peut pas se déplacer (VAD programmée).

Les VAD sont « un plus » pour le MGC car elles ne sont pas pratiquées dans le système public. Elles renforcent la crédibilité du MGC qui intervient dans des situations difficiles pour les familles et lui procurent une satisfaction relationnelle inscrite dans une meilleure connaissance du milieu de vie. Elles peuvent être utiles aussi pour une meilleure prise en charge de certaines situations : malade en fin de vie, certains handicaps, pathologies chroniques lourdes.

Il ne faut pas pour autant sous-estimer les contraintes que la VAD entraîne :
– *en terme de temps* : les déplacements, en dehors des pistes principales, sont souvent difficiles, particulièrement en saison des pluies. À Madagascar, par exemple, la moto ne passe pas dans beaucoup d'endroits et les VAD nécessitent

Protocole VAD

- 1/ Bien interroger la personne qui vient demander la visite pour avoir une idée la plus précise possible du motif.
- 2/ Avoir un kit d'urgence toujours prêt, prendre ce qui semble nécessaire dans une sacoche ou un sac à dos.
- 3/ Faire la VAD accompagné d'une personne sûre.
- 4/ Ne soigner que la personne qui motive la VAD. Ne pas faire de consultation foraine sur place.
- 5/ Revenir avec une personne de l'entourage pour donner la suite du traitement et bien expliquer.
- 6/ Reconstituer immédiatement le kit d'urgence en remplaçant les produits manquants.

plusieurs heures à pied ce qui, au final, peut prendre une demi-journée pour une seule visite ;

– *en terme de qualité de l'acte* : il n'est pas facile d'examiner à quatre pattes un malade sur une natte dans l'obscurité éclairée d'une pauvre bougie (d'où l'intérêt de la lampe frontale!)... Les conditions sont loin d'être favorables et la pression d'une famille omniprésente est parfois difficile à gérer sur place ;

– *en terme de sécurité* : il existe, dans certaines régions, des coupeurs de routes et autres bandits qui peuvent vous dévaliser. D'où la nécessité d'être toujours accompagné pour une VAD, de jour comme de nuit¹. Suite aux différentes expériences réalisées dans ce domaine, un protocole de VAD a été validé entre pairs à Madagascar en avril 2009 (encadré). Le contenu du kit d'urgence est présenté au chapitre 8.

► À retenir

La VAD doit être réservée aux cas qui le justifient, seule façon d'éviter les abus. Il faut être conscient de sa valeur et de ses contraintes qui en font un acte spécifique de la médecine communautaire en milieu rural.

La stratégie avancée

Destinée à assurer une couverture sanitaire homogène et satisfaisante de tous les villages de l'aire de santé, la stratégie avancée consiste à déplacer, de

1. Des mesures seront prises pour que la sécurité du MGC soit assurée par la communauté, en particulier lorsque le médecin est une femme. À Madagascar, les urgences de nuit doivent d'abord s'adresser à une personne chargée de veiller sur le médecin : c'est cette personne qui préviendra et assistera le (ou la) médecin durant son intervention.

façon périodique, les activités du Paquet Minimum d'Activités (PMA)² en dehors du CMC. Il s'agit essentiellement :

- des activités préventives : vaccination (PEV), consultations prénatales (CPN), planning familial (PF), suivi préventif des enfants (SPE) ;
- des activités promotionnelles et éducatives : démonstrations culinaires et communication pour le changement de comportement (CCC), encore appelé l'IEC : Information, Éducation, Communication ;
- auxquelles s'ajoute parfois la consultation curative.

La stratégie avancée nécessite une planification et une organisation méthodiques :

- 1/ planification des sorties avec un calendrier transmis à l'avance aux villages concernés (en général un village par mois), et aux relais communautaires qui vont organiser le regroupement des « populations cibles » ;
- 2/ organisation prévoyant la constitution de l'équipe soignante, le moyen de déplacement, les supports d'activités (outils de gestion et pédagogiques), les vaccins (chaîne de froid), les médicaments nécessaires.

► À retenir

La stratégie avancée est intéressante pour les MGC installés dans une structure de santé avec une équipe soignante. C'est le cas des CSCOMs du Mali, cette activité étant planifiée et budgétée dans le plan opérationnel annuel.

Les MGC qui exercent seuls ou avec un(e) aide ne pourront pas se conformer à ce type de stratégie systématique mais doivent en garder l'esprit et la réaliser avec des approches combinées :

- pratiquer l'IEC tous les jours, de façon personnalisée dans le cadre de ce qu'on peut appeler la consultation intégrée du MGC (encadré) ;
- utiliser les déplacements dans l'aire de responsabilité (VAD, consultations dans un lieu secondaire, enquêtes ponctuelles) pour sensibiliser la population et repérer les problèmes sanitaires qui se posent ;
- aller vers les zones mal desservies, apprécier la situation, prendre les mesures nécessaires avec les communautés concernées et/ou leurs représentants.

2. Le PMA est défini comme l'ensemble des activités curatives, préventives, éducatives et promotionnelles que doit délivrer une structure de santé de premier niveau (voir chapitre 12).

La consultation intégrée du MGC

En tant que médecin de famille, le MGC consulte avec une attention qui dépasse le seul cas du patient.

Par exemple : une mère vient pour une bronchite avec 2 enfants, l'un dans le dos et l'autre plus grand tenu par la main. Le MGC va soigner la bronchite de la mère, puis s'intéresser à l'état vaccinal du bébé, évoquer la PF...

Remarquant une dermatose chez le plus grand (gale), il propose un traitement avec des conseils d'hygiène pour la famille.

Cette prise en charge globale dans le temps de la consultation, curative et préventive, est gage d'efficacité et limite les déplacements multiples.

Le cabinet secondaire

Nous avons vu au chapitre 5 qu'une deuxième zone d'attraction sur l'aire de responsabilité pouvait justifier la création d'une structure secondaire. Avant de prendre cette décision, le MGC devra attendre d'être bien implanté dans son CMC principal et reconnu sur l'ensemble de sa zone de référence, ce qui va demander au moins une bonne année... Il sera également nécessaire, sur la zone ciblée, d'entreprendre une approche communautaire pour analyser la demande et identifier un lieu fixe de consultation. Une grande prudence est de mise car le monde rural est aussi un monde du soupçon qui prête volontiers des arrière-pensées. Le choix du lieu, - une simple pièce aménagée où le MGC se rendra une à deux fois par semaine - doit éviter toute suspicion de connivence avec une personnalité locale ou un clan et se faire dans la clarté par consensus. La distance avec le CMC principal devra être suffisante pour justifier cette création (10 à 15 km), en particulier vis-à-vis du district sanitaire qui doit être informé et donner son accord.

La création d'un lieu de consultation secondaire permet d'étendre la couverture médicale tout en améliorant l'activité du MGC, et par conséquent son revenu. Certains MGC ont été tentés de multiplier leurs sites secondaires aux dépens du CMC principal et de l'organisation générale de leur activité. Sans tomber dans cet excès, on peut envisager facilement un ou deux lieux de consultations secondaires bien situés, plus faciles à gérer pour les couples médecins qui pourront se partager entre le lieu d'installation principal et les sites secondaires.

L'enquête ponctuelle

Mobile et réactif, le MGC n'hésite pas à se rendre sur place au sujet d'un problème sanitaire qu'il suspecte lui-même ou dont on lui a parlé. Nous avons déjà

évoqué l'exemple du nombre de diarrhées inhabituel venant d'un même village. Ce peut être aussi un risque épidémique (méningite, choléra, peste...) ou tout autre problème de santé publique qui nécessite une évaluation et une décision.

3. La gestion du temps

Toutes les activités que nous venons de décrire, auxquelles il faudrait ajouter les visites scolaires, les diverses réunions de mobilisation sociale sur les questions de santé, les entretiens avec les élus ou les notables, les déplacements vers le district sanitaire pour les « revues mensuelles », l'hôpital de référence pour y discuter le cas d'un malade ou pour rejoindre ses pairs³ à une journée de formation continue montrent à quel point le travail du MGC est polyvalent. Cette polyvalence est un trait marquant du métier qui se traduit concrètement dans le temps d'une journée où le MGC va consulter, partir en visite à domicile pour une urgence, faire une séance de vaccination, participer à une réunion sur l'assainissement du marché hebdomadaire... autant de tâches qui concourent à résoudre les problèmes de santé quotidiens de tout un chacun, en veillant aussi à la résolution des problèmes de santé collectifs.

Cette polyvalence, marquée par des activités qui se croisent au fil des journées et des semaines, implique une bonne gestion du temps pour au moins deux raisons :

- la première relève du bon sens afin d'éviter l'éparpillement, le travail décousu au coup par coup basé sur l'urgence du moment, ce qui entraînerait un désordre incompatible avec une bonne maîtrise de l'activité globale ;
- la seconde est moins évidente mais tout aussi importante : le manque de repères sur l'activité du MGC va désorienter la population : « *est-il (elle) là ? Est-il (elle) absent ? Faudra-t-il l'attendre une demi-journée ou plus ?* ». En général, les gens finissent par ne plus voir que le côté négatif et diront : « *notre médecin est gentil mais il n'est jamais là !* »

3. Les pairs sont les égaux, c'est à dire les autres MGC qui pratiquent le même métier, regroupés en association professionnelle (chap. 11). Nous en reparlerons aussi à propos de la formation continue en groupe de pairs (chap. 23).

Parole de MGC

« Je consulte le matin de 5h30 à 10h, puis à partir de 16h. C'est le rythme des paysans qui guide mes horaires : avant de partir aux champs et le soir après la journée de travail. »

Dr Ionisoa Randrianasimanana – Madagascar.

Pour toutes ces raisons, le MGC doit planifier ses activités autant que possible, sachant qu'il y aura des contretemps et des imprévus. Pour ce faire, trois outils méritent d'être utilisés :

1. Un **agenda** acheté en début d'année que l'on peut emporter avec soi pour noter au fur et à mesure les rendez-vous, réunions etc... pour ne pas les oublier.
2. Un **emploi du temps hebdomadaire** affiché dans le CMC qui indique le « paysage » de la semaine habituelle : les heures de consultation et les activités pouvant être regroupées certains jours (vaccinations, rendez-vous pour le suivi des maladies chroniques, consultations au cabinet secondaire...). Il faut tenir compte de la vie des gens pour être disponible aux heures les plus commodes et toujours consulter en fin de journée pour soigner et/ou rassurer avant l'inquiétude de la nuit (**encadré**). Les consultations sur le site secondaire se tiendront à jour fixe avec, ce jour-là, une consultation en fin d'après-midi au CMC principal.
3. Un **échancier trimestriel** qui permet une vision sur trois mois des activités ponctuelles importantes et de les planifier. Par exemple :
 - les fêtes et les congés,
 - les revues mensuelles au district sanitaire,
 - les sorties en ville pour l'achat des médicaments (+ réapprovisionnement personnel),
 - les tournées pour la stratégie avancée ou les campagnes préventives (polio, vit A par ex.) etc... L'échancier trimestriel est affiché dans le bureau du médecin (**exemple d'échancier p. 85**).

► À retenir

- Prévoir permet de gagner du temps et de se rassurer.
- Être réaliste en tenant compte de la vie des gens mais fixer des règles valables pour tous.
- Pour les absences, prévenir une personne autorisée en précisant bien la date de votre retour.

4. Exercices participatifs

- Discussion sur la VAD : points forts et difficultés (brainstorming).
- Un malade vient chercher le médecin pour une urgence à domicile (jeu de rôle).
- Établir un emploi du temps hebdomadaire que vous afficherez dans votre salle d'attente (travail en groupes).
- Remplir l'échéancier trimestriel que vous afficherez dans votre bureau (travail en groupes).

Echeancier trimestriel

Mois	Semaines	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Mois I Avril	01							
	02		Journées Nationales Vaccination					
	03					Revue District		
	04							
	05				Réunion Conseil Municipal		Rapport mensuel des activités	Réunion bureau Association MGC
Mois II Mai	01							
	02		Achats médicaments trimestriels					
	03							
	04			Réunion écoles et APE				
	05						Rapport mensuel des activités	
Mois III Juin	01							
	02						Formation groupe de pairs	
	03							
	04		Jour férié					
	05						Rapport mensuel des activités	

8. Médicaments et produits consommables

1. Introduction

Voilà un sujet crucial et vous le savez bien : un médecin sans médicaments est comme un boulanger sans farine. Vous vous sentirez d'autant plus désespéré que les médicaments sont partout et de toutes les couleurs, sur le marché (pharmacie-par-terre), dans la moindre épicerie, chez l'agent de santé retraité qui consulte à son domicile, avec le colporteur qui circule de village en village... Ainsi que le disait une MGC : « *les gens trouvent des médicaments partout et les prennent comme des bonbons !* ». Ceci est d'autant plus vrai que les prescripteurs sont des ignorants qui vendent leurs produits comme s'il s'agissait de petits fétiches ou de porte-bonheurs...

Il faut savoir aussi que ces médicaments, sans origine précise et sans date de péremption la plupart du temps, sont souvent sous-dosés et peu efficaces. Vendus sans indications, ils peuvent aussi provoquer des effets iatrogènes parfois difficiles à identifier dans la mesure où la composition du médicament absorbé est inconnue. Bref, ils sont dangereux pour la santé !

La question du médicament est d'autant plus difficile que les malades et leurs familles, qui ont déjà testé toute sorte de produits, sont méfiants. Ils ne voudront pas que vous leur donniez le même comprimé générique qu'on leur a prescrit déjà plusieurs fois au dispensaire public et qu'ils reconnaissent très bien. Ils veulent autre chose, un médicament qu'ils ne connaissent pas, nouveau pour eux.

Bien entendu, il n'y a pas de « vraie » pharmacie dans votre secteur rural et vous allez devoir faire face à tout cet imbroglio avec votre propre pharmacie que vous allez composer et gérer vous-même. Vous allez être à la fois médecin et pharmacien, ce qui n'est pas pour vous déplaire car vous savez très bien que les gens ne viendront pas vous voir seulement pour être examinés mais d'abord pour avoir un « bon » médicament. Vous êtes également perplexe car vous n'avez reçu aucune formation à la Faculté sur l'organisation et la gestion d'une pharmacie, ce qui vous pose problème.

Nous allons essayer de vous présenter un « digest » sur cette question qui pourra vous servir de guide pour ne pas, vous aussi, perdre vos repères et sombrer dans cette jungle lucrative du médicament.

2. La liste-type du MGC

La première question qu'il faut se poser : « *de quels médicaments vraiment utiles ai-je besoin ?* ». C'est ce que l'OMS appelle les médicaments essentiels dont l'efficacité est scientifiquement prouvée ainsi que les indications et contre-indications. Ils sont en Dénomination Commune Internationale (DCI), ce qui permet de les identifier partout dans le monde.

Dans chaque pays, en principe, il existe la liste des médicaments essentiels en DCI par niveau (primaire, secondaire, etc...). Au niveau primaire, la liste est restreinte car elle est prévue pour des prescripteurs non-médecins. Il est utile pour le MGC de se procurer les listes de médicaments essentiels des niveaux primaire et secondaire pour avoir connaissance des médicaments prescrits dans les structures publiques au premier échelon et dans les hôpitaux de première référence (district).

Concernant les MGC, on retrouve pour les médicaments les deux types de situation évoqués dans les chapitres précédents :

- ceux qui vont exercer dans une structure type CSCOM ayant une pharmacie organisée avec la présence d'un gestionnaire. Dans ce cas, le MGC devra se conformer aux règles établies et utiliser la liste existante, avec la possibilité de négocier un élargissement de cette liste prévue pour un infirmier chef de poste ;
- ceux qui sont indépendants et devront constituer leur propre liste de médicaments essentiels pour leur pratique médicale en situation isolée. Pour eux, nous proposons une liste-type en médicaments et produits consommables, validée par l'expérience, nécessaire et suffisante pour répondre à la grande majorité des prescriptions justifiées en médecine générale communautaire (voir annexe 3).

► Remarques

- La liste comporte trois colonnes :
 1. l'identification des molécules en DCI,
 2. les formes galéniques utiles en génériques : injectables, comprimés, sirops, sachets, pommades,
 3. le nom en spécialité pharmaceutique.

- Dans certaines catégories, il y a parfois plusieurs molécules identiques ou très proches qui permettent un choix chez le fabricant selon le coût du médicament.
- Des pathologies spécifiques peuvent exister dans certains pays et pas dans d'autres. Il convient alors de compléter la liste.
- Les traitements de certaines pathologies prises en charge par des services spécialisés ne sont pas dans la liste (tuberculose, lèpre).
- Cette liste doit être réactualisée tous les 2 à 3 ans et validée en groupe de pairs avec les conseils d'un clinicien spécialiste en médecine interne.

3. La gestion de la pharmacie

Elle répond à des normes précises dans les centres de santé type CSCOM du Mali ainsi que nous l'avons dit ci-dessus. Les modalités d'organisation du dépôt de médicaments et des produits consommables, ainsi que les procédures de gestion du stock devront être connues pour que le MGC puisse superviser son gestionnaire. Il existe sur ce sujet des documents de référence dans chaque pays avec indication des procédures à suivre qu'il est nécessaire de se procurer.

Nous allons insister davantage sur la pharmacie du médecin privé communautaire, indépendant, qui n'a pas de gestionnaire et devra, par conséquent, organiser et gérer sa pharmacie lui-même.

3.1. L'organisation de la pharmacie

Il est préférable d'avoir la pharmacie dans la salle de consultation, à portée de main, et ceci pour deux raisons :

- pratique car le MGC, après sa prescription, va donner lui-même les médicaments au patient avec les explications nécessaires pour une bonne observance thérapeutique ;
- de sécurité en ce sens que le médicament doit être en lieu sûr, sous surveillance lorsque le médecin est présent, fermé à clé en son absence.

L'armoire et l'étagère prévues dans le mobilier permettent d'avoir à proximité tout ou partie du stock, une seconde pièce attenante, bien sécurisée, pouvant servir de réserve. Quelle que soit la solution choisie, un certain nombre de règles devront être respectées :

- Toute boîte ou flacon doit être systématiquement étiqueté et rangé, le plus

Destruction déchets et produits périmés

Les médicaments périmés et les déchets médicaux (pansements, aiguilles, seringues, coton, etc) doivent être détruits.

L'idéal est l'incinérateur. À défaut, faire un trou d'au moins 0,50m de côté et en profondeur, éloigné de tout point d'eau (>100m d'un puits).

Déconditionner tous les produits :

- vider les flacons, les poudres dans le trou,
- mettre comprimés et gélules dans un sachet plastique épais, puis écraser le contenu avec un pilon et jeter dans le trou,
- ajouter les déchets médicaux (pansements, seringues, etc)
- brûler le tout en veillant à ce que tout soit brûlé ou fondu,
- puis couvrir soigneusement avec une couche de terre.

Cette opération doit être effectuée régulièrement (chaque semaine au moins pour les déchets médicaux).

D'après la revue « Développement et Santé ». N° 188

pratique étant par catégorie (antibiotiques, antalgiques, antiparasitaires...) et/ou par grandes spécialités médicales (cardiovasculaire, neuropsychiatrie, dermatologie...); l'essentiel est de pouvoir trouver rapidement le médicament recherché.

- Les médicaments dont la date de péremption est la plus rapprochée sont rangés devant. Appliquer la règle : « premier périmé, premier sorti ».
- Les médicaments doivent être protégés de la chaleur (aération), de la lumière (éviter les rayons du soleil), de l'humidité, des insectes et rongeurs (produits répulsifs, nettoyage régulier).
- Vérifier régulièrement les dates de péremption et détruire les produits périmés (encadré).
- Pour les vaccins et certains produits biologiques, surveiller attentivement la chaîne de froid et contrôler régulièrement la température du réfrigérateur : suivre les consignes du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

3.2. La gestion du stock

Le MGC doit disposer d'une dotation initiale en médicaments et consommables pour avoir un stock de départ. Ce stock, basé sur la liste-type, est calculé de façon à couvrir les besoins en médicaments et consommables pour une durée de 3 mois. Il faut compter un coût compris entre 400 et 600 euros pour constituer ce stock initial.

La vente de ce stock de départ par le MGC va permettre à celui-ci de le renouveler et ainsi de suite... C'est ce qu'on appelle le « *recouvrement des coûts* ».

Durant cette période de 3 mois, le médecin va vendre ce stock directement aux patients au fur et à mesure de ses prescriptions, à un prix coûtant (= prix d'achat) avec une petite marge pour compenser les frais liés à l'achat du stock et son renouvellement régulier : frais de déplacement et durée d'immobilisation liée aux achats. Nous estimons que cette marge ne doit pas dépasser 20 % du prix coûtant : **Prix de vente = prix d'achat + 20 %**

La vente se fait à l'unité (par comprimé, ampoule injectable etc...) dans la mesure où chaque prescription fixe le détail des prises et le nombre de jours.

► **Exemples**

- **Enfant X** : Paracétamol 100 mg : 3 sachets par jour x 3 jours (9 sachets).
- **Adulte Y** : Amoxicilline 1 g : une ampoule IM matin et soir x 2 jours (4 ampoules).
Puis Amoxicilline 250 mg : 3 cps par jour x 5 jours (15 comprimés).

Pour suivre son stock et le renouveler à temps, le MGC doit faire un bilan le dernier jour de chaque mois de façon à connaître les quantités de médicaments et consommables qui restent pour le mois suivant = stock restant (SR).

Dans l'idéal, il faudrait établir une fiche de stock par produit. En pratique, cette gestion par produit est trop lourde pour un médecin de campagne qui a, par ailleurs, mille choses à faire. Nous préconisons une fiche de stock mensuelle pour l'ensemble des produits de la pharmacie (par catégories ou par ordre alphabétique) libellée de la façon suivante.

CMC de.....				
Bilan du : 30 juin 2009				
Désignation par produit en DCI	Stock de sécurité = seuil de commande (SC)	Entrée par unité et/ou report	Sortie par unité dans le mois	Stock restant (SR) à la fin du mois
Paracétamol 500 cp	à déterminer	1 000	135	865
Amoxicilline inj. 1 g	idem	150	22	128
Amoxicilline cp 250 mg	900 (encadré)	370	300	70
Etc				

Cette fiche globale mensuelle a le mérite d'être simple. Deux heures à la fin de chaque mois suffisent pour la mettre à jour. Elle permet de surveiller l'évolution du stock et d'éviter les ruptures.

► **Recommandations**

- Préparer des fiches de stock mensuelles selon le modèle ci-dessus pour un an d'avance (12 fiches).
- Remplir la première fiche (temps 0) à partir de la dotation initiale qui représente le stock de démarrage (colonne entrée).
- Puis le dernier jour de chaque mois, établir le bilan entrées/sorties par produit :
 - la colonne entrée comprend le report du mois précédent + nouvel achat éventuel ;
 - la colonne sortie comprend le nombre d'unités vendues dans le mois ;
 - le stock restant est la différence entre entrée et sortie pour chaque produit.
- Ne pas se laisser démunir. Prévoir un stock de sécurité par produit en tenant compte des variations saisonnières et du rythme des commandes (encadré).
- Regrouper les achats pour ne pas multiplier les déplacements auprès des fournisseurs, tous les 3 mois si possible.
- Un petit carnet est utile dans la pharmacie comme « pense bête » pour noter les imprévus et divers de façon à ne rien oublier lors des nouvelles commandes.

Quand et combien commander ?

Établir le « seuil de commande » (SC) basé sur la Consommation Moyenne Mensuelle x le nombre de mois entre deux commandes.
Ex : la CMM en comprimés d'Amoxicilline 250 mg est de 300 cp. Le SC sera de 300 x 3 mois = 900 cp.
Si le stock restant (SR) est inférieur, il faut commander selon la formule : SC - SR =
Ex : le SR est de 70 cp, soit 900-70=830. Il faut commander 830 cp pour revenir au seuil de commande qui est aussi votre stock de sécurité.
Cette méthode simple vous permet d'ajuster vos commandes pour chaque produit afin d'éviter les ruptures de stock.
Peu à peu vous arriverez à calculer votre CMM avec les variations saisonnières, ce qui permettra d'ajuster votre stock de sécurité ou seuil de commande (SC).

4. La trousse d'urgence

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent la nécessité pour le MGC de disposer d'un kit d'urgence à propos des VAD. Ce kit doit être disponible en permanence pour éviter d'avoir à chercher dans la pharmacie les produits nécessaires lorsque se présente un cas urgent ou au moment de partir en visite.

Nous proposons, au vu de l'expérience acquise par les MGC sur le terrain, la démarche suivante :

- 1/ établir sa propre liste-type d'urgence en fonction de ses habitudes et références. À titre d'exemple, nous présentons une liste-type établie par des MGC de Madagascar (encadré);
- 2/ entreposer ce kit d'urgence, toujours au complet, dans un endroit accessible et bien défini (caisse ou petite cantine);
- 3/ lors d'une intervention, constituer sa trousse d'urgence (sacoche, sac à dos) en prenant dans le kit les produits nécessaires;
- 4/ reconstituer le kit d'urgence dès le retour, sans attendre.

5. Pour conclure

L'organisation et la gestion de la pharmacie doit être rationnelle et rigoureuse. Cela évitera les déconvenues, en particulier les ruptures qui sont toujours préjudiciables pour les malades. Cette rigueur concerne aussi les achats, en évitant les circuits informels et les fournisseurs douteux.

La préférence pour les formes génériques, moins chères que les spécialités, doit être la règle à condition de vérifier l'identité du laboratoire de fabrication.

Kit d'urgence: liste-type

- Adrénaline injectable
- Diazépam injectable
- Furosémide injectable
- Dexaméthasone injectable
- Hydrocortisone injectable
- Hyoscine butyl bromide injectable
- Salbutamol injectable et spray
- Ampicilline ou amoxicilline inj. 1 g
- Ceftriaxone injectable
- Quinine ampoules (inj. ou rectale)
- Eau distillée
- Sérums glucosés 5 et 15 %
- Ringer lactate (réhydratation)
- Perfuseurs
- Tubulure épicroânienne dont le bout aiguillé est coupé pour application intrarectale (Quinine/Diazépam)
- Seringues 5 cc et 10 cc + aiguilles
- Compresses alcoolisées, sparadrap
- Fil avec aiguille sertie 000
- Lime et garrot
- Sondes vésicales (2 tailles)
- Une paire de gants

Il faut, en effet, savoir que 20 % des génériques ne sont pas fiables en Afrique et à Madagascar. Problème difficile car la qualité d'un générique peut varier chez le même fournisseur selon les approvisionnements.

A contrario les spécialités, parfaitement contrôlées par les laboratoires, sont fiables mais beaucoup plus chères. Ne les utiliser qu'en cas de stricte nécessité sachant que leurs prix sont trop élevés pour la majorité des patients en zones rurales.

Une pharmacie bien tenue, basée sur des médicaments utiles et qui ont fait leur preuve, facilitera la prescription thérapeutique du MGC que nous aborderons au chapitre 13.

6. Exercices participatifs

- Dresser un panorama des possibilités d'approvisionnement en médicaments, licites et illicites, dans votre pays. Identifier celles qui sont fiables pour le MGC (brainstorming).
- Rédiger une fiche de stock mensuelle fictive pour 5 médicaments courants de catégories différentes, avec estimation de la consommation probable de chaque molécule durant un mois pour un MGC faisant en moyenne 15 actes par jour (travail en groupes). Établir le seuil de commande (= stock de sécurité) pour 3 mois.
- Après avoir répertorié les urgences les plus fréquentes en milieu rural, reprendre la liste-type proposée pour la valider ou la compléter (travail en groupes).

9. La gestion financière recettes/dépenses

1. Introduction

La gestion n'est pas la tasse de thé des médecins ! Vous êtes probablement dans ce cas et rien, dans vos études, ne vous a préparé à la gestion financière de votre future activité. À cette réalité s'ajoute un autre constat : l'argent est un sujet tabou. On en parle dans le secret, d'autant plus que les médecins sont considérés comme une caste privilégiée alors que nombre d'entre eux, en particulier les médecins généralistes, ne sont pas riches. Dans les pays en développement, beaucoup sont sans emploi depuis la fin des années 1980 avec un recrutement dans la fonction publique qui s'est considérablement réduit, limité en moyenne à 10 % des nouvelles promotions de diplômés. Nombreux sont ceux qui « tirent le diable par la queue », vivent d'expédients, sans statut ni perspective, inquiets pour leur avenir et celui de leurs familles. Comme nous le disait un jeune médecin béninois : « *on bricole en ville* ».

Parler d'argent de façon claire est une nécessité. Nous défendons le principe que le revenu d'un MGC doit correspondre à son niveau de qualification et de responsabilité. Votre rémunération, fruit de votre travail, honnêtement gagnée, doit vous permettre de vivre correctement. Cela vous évitera les dérives déontologiques, les pratiques corruptives et lucratives qui gangrènent les systèmes de santé et dont les malades sont les premières victimes.

À quelle hauteur doit-on fixer le revenu d'un MGC ? Nous estimons qu'il doit être au minimum le double du salaire net d'un médecin de la fonction publique en début de carrière¹. En effet, ce dernier bénéficie de nombreux avantages liés à son statut – sécurité de l'emploi, plan de carrière, retraite, primes additionnelles, etc – tandis que le MGC devra prendre en charge lui-même ses

1. Nous parlons ici des 3 pays où se développe la médecine privée communautaire, dans lesquels le salaire de base mensuel d'un médecin fonctionnaire (référence 2009) est de 140 000 FCFA au Mali (213 €), 130 000 FCFA au Bénin (198 €) et 260 000 Ariary à Madagascar (104 €). Il n'en serait pas de même dans un pays comme le Sénégal où le salaire de base est nettement plus élevé : 500 000 FCFA (762 €).

cotisations sociales et de retraite ainsi que tout ce qui concerne son évolution professionnelle.

Conscients de cela, vous allez devoir gérer votre CMC comme une petite entreprise, suivre votre bilan financier, prévoir votre avenir et celui de vos enfants de façon réaliste, en « bon père de famille », qui sait ce qu'il peut faire en fonction de ses moyens.

2. Les recettes liées à l'activité médicale

Les recettes sont les paiements que le MGC reçoit en échange d'une prestation. Nous examinerons successivement les différents types de paiements à prendre en considération :

2.1. Le paiement à l'acte

C'est le mode de paiement le plus généralement utilisé sur la base d'une grille de tarification ainsi que nous l'avons expliqué au chapitre 5 (étude de faisabilité de Sonon au Bénin).

Cette grille de tarification selon les différents actes (C, CPN, Accouchements, VAD, etc.) doit être connue et respectée, après avoir été discutée avec les représentants de la communauté. En effet, le MGC doit défendre le montant de ses tarifs mais la communauté, à travers ses principaux leaders, doit aussi pouvoir dire si cette tarification est accessible à la majorité de la population ou non. Le consensus est indispensable, sinon les problèmes ne manqueront pas de survenir.

Certains MGC affichent leur tarification et d'autres pas, arguant le fait que les paysans sont souvent analphabètes et ne font pas le distinguo sur la facturation qui comprend le coût de l'acte plus le coût de l'ordonnance. L'essentiel est que le MGC soit rigoureux, respecte la tarification et le coût des médicaments, sans facturer « à la tête du client ».

Nous préconisons un **cahier des recettes**, journalier, avec 3 colonnes : actes, médicaments et/ou consommables, total.

N°	Nom et prénom		Actes	Med / Conso + 20%	Total
1	X	C	1 000 FCFA	1 480 FCFA	2 480 FCFA
2	Y	Acct.	5 000 FCFA	2 350 FCFA	7 350 FCFA
3	Z	CPN	500 FCFA		500 FCFA
4	etc.				

Le coût de l'ordonnance :

Ne jamais oublier que l'ordonnance est, pour le malade, ce qui est le plus coûteux dans l'acte médical. Parfois, ce coût est si élevé pour eux qu'ils sont obligés de s'endetter de façon inconsidérée ou de renoncer aux soins. D'où l'importance d'une prescription raisonnée, limitée aux médicaments indispensables et les moins chers (voir chapitre 13).

Un bon moyen pour le MGC de s'autoévaluer sur le montant de ses prescriptions est de calculer le coût moyen de l'ordonnance. Pour cela il suffit, de temps à autre, de calculer sur une semaine le coût de chaque ordonnance et de diviser le total par le nombre d'ordonnances. Ce coût moyen ne doit pas dépasser 3 000 ariary à Madagascar (1,2 €), 2 000 FCFA au Mali et au Bénin (2 €). L'élimination des médicaments inutiles ou inappropriés permet facilement d'y parvenir.

Soigner à crédit ?

La question se pose dans des régions rurales qui pratiquent une agriculture de subsistance, alternant périodes de récoltes et de sècheresses avec, pour conséquence, une disponibilité monétaire irrégulière et un capital en nature (grenier, troupeau, volailles...) que l'on hésite à vendre. Dans ce contexte le crédit est, pour les familles, une forme d'assurance très appréciée. C'est un atout pour le MGC qui le pratique d'autant plus que cette forme de paiement n'est pas admise dans les structures sanitaires publiques.

Cependant, il faut savoir que le MGC qui pratique le crédit s'expose au risque d'abus avec, parfois, de grandes difficultés pour le recouvrement des crédits. Le risque de pertes financières n'est pas négligeable.

Soigner à crédit

La réponse est oui à condition de mettre en place un dispositif simple mais rigoureux :

- limitation aux cas vraiment justifiés ;
- ouvrir un cahier de crédit ;
- noter avec précision le jour, le nom et l'adresse, l'acte pratiqué et la somme due ;
- faire signer le patient ou le représentant légal (enfant) ;
- fixer un délai pour le paiement ;
- en cas de retard ou de non-paiement transmettre le cas (avec la preuve du cahier) au chef du village ou à l'autorité morale reconnue chargée d'intervenir ;
- les sommes sont enregistrées dans le cahier des recettes le jour où elles sont encaissées.

Certains MGC se sont retrouvés désarmés devant ce problème qui avait pris trop d'ampleur et qu'ils n'avaient pas su maîtriser. Il est donc important, pour ceux qui décident d'accepter les soins à crédit, de limiter cette pratique aux cas sociaux qui le nécessitent vraiment et de mettre en place un dispositif rigoureux, connu de tous, validé par une autorité locale incontestée qui pourra intervenir si nécessaire (encadré).

2.2. Les prestations forfaitisées

Ce sont des prestations que le MGC accepte de réaliser dans le cadre de la convention de service public qu'il a signée ou dans le cadre d'accords spécifiques avec des organismes qui l'ont sollicité. Citons quelques exemples :

- la participation aux journées nationales de vaccination organisées au niveau du district sanitaire (convention de service public) ;
- le suivi forfaitisé de personnes vivant avec le VIH en partenariat avec le Fonds Mondial ;
- la visite médicale scolaire prévue dans un accord signé avec le directeur de l'école et l'association des parents d'élèves.

Ces prestations forfaitisées, c'est-à-dire payées sur la base d'un prix convenu à l'avance, sont des recettes que le MGC doit enregistrer dans son cahier des recettes le jour où elles lui sont effectivement versées.

Ce mode de paiement, encore limité, est amené à se développer dans l'avenir. En effet, sous la pression des bailleurs, les États sont incités à déléguer certaines activités à des acteurs privés et le mouvement de décentralisation, en responsabilisant les collectivités locales, va dans le même sens.

2.3 Les systèmes assurantiels

Nous parlons ici des groupements d'entraide et de solidarité dont les membres s'associent et mettent en commun des ressources pour « mutualiser » le risque maladie, c'est-à-dire le partager grâce à la gestion d'un fonds commun qui prendra en charge certaines prestations :

- le « petit risque » lorsqu'il s'agit de prestations ambulatoires (par ex : consultations des enfants, CPN, accouchements...);
- le « gros risque » pour les hospitalisations (chirurgie d'urgence, césarienne...).

Ce mouvement mutualiste se développe, non sans difficulté, dans les régions rurales. Le MGC peut être sollicité pour être prestataire d'une mutuelle

rurale pour les soins ambulatoires, la petite chirurgie, les accouchements non compliqués. Il devra alors s'informer précisément sur le fonctionnement de la mutuelle, les prestations concernées, les modalités de paiement qui sont spécifiques pour chaque mutuelle et, si le dispositif lui convient, signer une convention qu'il devra respecter pour tous les adhérents de la mutuelle qui viendront le consulter.

Quelles que soient les modalités de paiement, là aussi, l'enregistrement dans le cahier des recettes se fera le jour de l'encaissement ou du versement du prix de l'acte.

► **Remarque** : Les systèmes assurantiels, sous diverses formes, sont appelés à se développer dans le futur et les MGC, en première ligne, au contact des populations, ont un rôle important à jouer en proposant une offre de soins ambulatoires de qualité qui manque actuellement. Ce manque d'offre crédible explique une bonne part des difficultés des mutuelles, la confiance des adhérents étant essentiellement liée à la qualité des prestations tout ou partie remboursées.

2.4 Les activités non rémunérées

D'une façon générale, si on considère le PMA, seules les activités curatives sont correctement rémunérées tandis que les activités préventives, et surtout éducatives et promotionnelles, restent à la charge du MGC ou du centre de santé communautaire lorsque celui-ci est géré par une association.

Cette situation est due au fait que le « recouvrement des coûts » par les populations n'est pas possible pour ces activités non curatives (hormis CPN, PF...), et l'État n'est pas en mesure de les subventionner. Il en est ainsi pour la stratégie avancée, les vaccinations, les séances éducatives (IEC), les enquêtes ponctuelles (risque épidémique), etc.

Le MGC, qu'il soit autonome ou dans une structure associative, s'engage à assurer l'ensemble du PMA. C'est dans son cahier des charges et de sa responsabilité. Mais il doit se dire, malgré le temps passé, que la contrepartie existe sous forme de crédibilité et de confiance. Une gratuité payée de retour avec, comme meilleur indicateur, la bonne fréquentation de son centre médical !

2.5 Les paiements en nature

Il arrive, surtout en milieu rural, que les habitants paient leur médecin avec des produits de leurs récoltes ou de leurs élevages (des œufs, une volaille, un

panier de fruits...). En réalité, on est souvent à mi-chemin entre paiement et cadeau de reconnaissance, il est parfois difficile de faire la part des choses. Il convient, bien entendu, d'accepter ces gestes en général bien intentionnés mais il est nécessaire d'exiger au moins le prix des médicaments et des consommables dont la valeur marchande précise doit apparaître dans le cahier des recettes.

Ajoutons enfin que certains MGC, au fil du temps, développent des activités annexes avec leurs conjoints, de type agricole ou artisanal, qui peuvent être considérées comme des activités génératrices de revenus (AGR). Elles ne doivent pas prendre le pas sur l'activité médicale, c'est évident, ni être comptabilisées dans les recettes professionnelles.

3. Les dépenses professionnelles

Les dépenses professionnelles correspondent aux sorties d'argent liées à l'activité du CMC, qu'il s'agisse :

– des charges de fonctionnement :

- loyer professionnel
- entretien et hygiène des locaux (javel, balais, butane, blouses...)
- fournitures de bureau (bic, cahiers, classeurs...)

– des frais de déplacement :

- carburant ou frais de taxi brousse (VAD, déplacement au district...)
- maintenance du moyen de déplacement (moto ou autre)

– des frais d'entretien et de renouvellement des matériels (peinture, réparations, renouvellement d'un ciseau à pansement, achat d'un tensiomètre...)

– des frais de personnel, y compris les cotisations sociales (salaire des personnes employées au CMC : aide, femme de ménage, gardien...)

– des cotisations et assurances professionnelles (ordre des médecins, association des MGC, assurance véhicule, cotisation retraite...).

► **À noter** : les dépenses personnelles ou familiales ne sont pas éligibles et ne doivent pas être confondues avec des dépenses professionnelles. Exemples : fournitures scolaires des enfants, achat pour les loisirs, dépense de voyage pour les vacances, etc.

Parmi les dépenses, il y a les achats de médicaments et de produits consommables qui seront comptés à part de façon à pouvoir les identifier avec une comptabilité séparée.

Nous préconisons, pour enregistrer toutes ces dépenses, un **cahier des dépenses** pour noter au fur et à mesure :

- sur la page de gauche les dépenses professionnelles avec le libellé (nature de l'opération) et la date de sortie ;
- sur la page de droite les achats de médicaments et consommables en notant le nombre d'unités par produit, le coût et la date (cela facilitera la gestion du médicament exposée au chapitre 8).

Dépenses professionnelles date – libellé – coût	Achats Médicaments/Consommables date – détail de la commande – coût
--	--

4. Le bilan financier mensuel

Chaque mois, il convient d'établir son bilan financier. Le MGC qui a suivi nos indications n'éprouvera aucune difficulté. Il lui suffira de récapituler l'ensemble des entrées (cahier des recettes) et des sorties ou charges (cahier des dépenses professionnelles) pour obtenir son revenu réel :

Recettes – Dépenses = Revenu

La fiche ci-jointe est un support qui permet, très simplement, de calculer son bilan financier mensuel (voir page contre).

Dans ce bilan, les médicaments et consommables sont à part avec trois cases :

- Vente de médicaments et consommables = recette. Il suffit, pour cela, d'additionner la colonne médicaments/consommables du cahier des recettes sachant que la vente s'est faite à l'unité, au prix coûtant + 20% (voir chapitre 8).
Ex : les ventes du mois ont été de 925 000 ariary (malgaches) ou 221 713 FCFA, ou 338 euros.
- Sur cette recette du mois, la marge sera égale à 1/6^e de la somme, soit 154 166 ariary ou 36 925 FCFA ou 56 euros. Cette marge peut être considérée comme un bénéfice qui compense le temps passé et les dépenses occasionnées pour se réapprovisionner auprès des fournisseurs.
- Achat : il s'agit de la somme totale des médicaments et consommables achetés dans le mois, sans rapport avec la vente du mois. Nulle s'il n'y a pas eu d'achat dans le mois ou, au contraire, élevée si le réapprovisionnement trimestriel s'est fait au cours du mois.

Bilan financier mensuel

Recettes liées à l'activité	Montant	Dépenses liées à l'activité	Montant
Prestations médicales		Personnel employé	
Consultations		Loyer professionnel + charges	
Visites à domicile (VAD)		Entretien et hygiène des locaux (javel, peinture, balais, gaz) blouses etc. . .	
Petite chirurgie (K)		Fournitures de bureau	
Consultations pré et post natales (CPN)		Renouvellement matériel médical	
Accouchements		Frais de formation	
Planification familiale (PF)		Moyen de déplacement professionnel (carburant, entretien)	
Autres		Assurances et cotisations professionnelles	
Activités forfaitisées ou conventionnées (Ex: vaccinations, visites scolaires)		Autres	
Sous-total (A)		Sous-total (B)	

REVENU = A – B =

Vente de médicaments et conso Coût + 20%	Marge = 1/6 ^e	Achat de médicaments et conso
---	-----------------------------	-------------------------------

La gestion des médicaments doit être bien séparée du bilan financier mensuel.

Dans cet exemple, il faudra inscrire :

Vente médt./conso:	Recette	Marge sur recette	Achat médt./conso
coût + 20% (marge sur le prix coûtant) 282 € + 56 €	338 €	1/6 ^e = 56 €	0

► **À noter** : Seul le bilan financier mensuel régulier permettra au MGC d'établir, en fin d'année, son revenu annuel. Il verra ainsi sa situation par rapport au revenu attendu (chapitre 5).

Il pourra prendre des mesures correctives si nécessaire et connaître ses possibilités financières pour se projeter dans l'avenir : engager un(e) aide par exemple ou entreprendre des travaux d'agrandissement...

Concernant les médicaments, la comparaison annuelle vente/achat permettra d'apprécier la cohérence des chiffres, d'identifier le montant du bénéfice, les variations saisonnières, la possibilité ou non d'élargir la gamme des molécules, etc. Enfin, très important, le MGC ne devra pas oublier de mettre de côté 10 à 15 % de son revenu mensuel pour constituer un "fonds d'investissement" destiné au renouvellement des équipements ou à de nouveaux investissements (locaux, matériels). Le mieux est de verser cette somme chaque mois sur un compte épargne spécifique.

5. Le MGC sous contrat

Les médecins recrutés par une structure existante de type associative auront, comme interlocuteur, une association gestionnaire (ASACO) ou un comité de gestion (COGES). Ils devront, en tant que chef de poste, être au courant des procédures de gestion d'une structure de santé ayant du personnel et des contraintes managériales plus élaborées.

Une formation en gestion plus complète sera nécessaire au niveau :

- du suivi de la comptabilité et des relevés bancaires ;
- de la gestion du dépôt pharmaceutique ;
- de l'exploitation en termes d'investissements et d'amortissements ;
- de compte de résultats et de budgets prévisionnels ;
- de gestion du personnel (contrats de travail, régimes sociaux).

La plupart du temps, des formations sont proposées dans chaque pays pour les responsables de structures sanitaires publiques ou privées.

6. Le problème des indigents

Ce problème, plusieurs fois discuté entre MGC, a permis d'établir le constat suivant : l'indigence vraie² est rare en milieu rural. Le plus souvent, il s'agit de personnes parmi les plus pauvres confrontées à un événement inattendu comme la maladie alors qu'elles n'ont pas de réserve monétaire ni de biens en nature (période de soudure), ou qu'elles exercent des activités irrégulières peu rémunérées (journaliers agricoles) : elles ne peuvent pas payer.

Cette situation est la plupart du temps temporaire et peut se résoudre au cas par cas avec la compréhension du médecin (crédit) et les mécanismes de solidarité qui existent toujours, au niveau familial ou collectif, en milieu rural (encadré).

Il ne faut donc pas confondre la pauvreté qui touche une partie plus ou moins importante de la population, variable sur la durée, et l'indigence qui correspond à une grande misère souvent liée à des situations particulières : handicap physique, maladie chronique, enfant abandonné, mère isolée, veuvage, abandon ou exclusion sociale... Pour ces personnes très vulnérables, désinsérées socialement, des solutions spécifiques sont nécessaires auxquelles les MGC doivent s'associer car ils sont particulièrement bien placés pour repérer les cas les plus sérieux et identifier les abus.

Paroles de MGC

« On connaît les gens : il vaut mieux parler de personnes qui ne peuvent pas payer que d'indigents. Ce sont des situations au cas par cas ».

Dr Mansour SY - Mali

« Je donne le premier soin gratuit, puis j'adresse la personne au Maire ou à l'Imam. Il y a aussi des mécanismes traditionnels de prise en charge qui existent : c'est la meilleure solution ».

Dr Seydou Coulibaly - Mali

2. L'indigent est celui ou celle qui ne peut assurer ses besoins vitaux sans l'aide d'autrui : se nourrir, s'habiller, se loger. Une étude réalisée au Bénin en 2008 (Ouendo et al.) a montré que, selon ces critères, l'indigence représentait une proportion bien moindre que celle établie sur la base du revenu (< un dollar par jour) par les organisations internationales. Le critère financier, dans des sociétés où le capital social est plus important que le revenu monétaire, s'avère peu pertinent.

7. Exercices participatifs

- Lister les recettes autres que le paiement à l'acte, liées à votre activité médicale, qui vous semblent envisageables (brainstorming).
- Établir quatre ordonnances pour des cas différents : une bronchite (adulte), une poussée d'arthrose (adulte), une rhino-pharyngite (enfant), un palu simple (enfant). Essayer d'évaluer le coût moyen (travail en groupes).
- Une femme avec son enfant vient consulter mais n'a pas d'argent. Après discussion sur la situation familiale de cette femme, le MGC décide de lui faire crédit et prend les dispositions nécessaires (jeu de rôle).
- Décrire des cas d'indigence vraie (« *Personne à qui manque des choses les plus nécessaires à la vie* » Le Robert) que vous avez déjà rencontrés (tour de table).

10. Les indicateurs essentiels d'activité

1. Introduction

Vous êtes installé en première ligne, correctement équipé et bien organisé, avec une activité qui augmente progressivement. Disponible, au premier contact avec la population, les journées se suivent mais ne se ressemblent jamais, chacune apportant son lot de cas particuliers, de problèmes inattendus, de demandes qu'il faut satisfaire au mieux. Vous êtes un « médecin de famille » comme l'ont été et le sont encore les médecins de campagne et les médecins de ville en Europe qui soignent, jour après jour, leur « clientèle » (ou patientèle).

En plus de cette médecine de famille centrée sur les patients qui viennent vous solliciter, vous avez en tant que MGC une responsabilité collective supplémentaire qui va vous obliger à prendre du recul pour avoir une vision globale de votre activité, en mesurer l'efficacité et l'impact sur votre population de référence. Cette « vision santé publique » n'existe pas ou peu chez le médecin de famille, c'est la grande originalité de la médecine communautaire qui combine les soins individuels avec une approche collective de la santé.

Cette approche santé publique, liée à l'histoire africaine qui s'est construite au siècle dernier autour de la lutte contre les grandes endémies, vous a familiarisé avec des notions telles que la prévalence des maladies, les populations cibles, les indicateurs de santé, les taux de couverture... que vous avez appris à connaître. Avec le temps, des Systèmes d'Information Sanitaires (SIS) se sont mis en place dans tous les pays et nécessitent le recueil de données de plus en plus nombreuses. Un directeur des statistiques nous disait : « *chaque direction, chaque programme veut ses indicateurs et nous, on les empile !* ». C'est ainsi que d'un bien, on peut faire un mal, les médecins et les personnels de santé devenant des bureaucrates passant plus de temps devant les papiers (et bientôt l'informatique) qu'à s'occuper de leurs malades. L'emprise de la santé publique en matière de gestion, de statistiques et de planification a, paradoxalement, un

effet délétère sur la qualité des soins. Ainsi que le dit l'adage, « *trop de santé publique tue la santé publique!* »

Vous allez devoir trouver un bon équilibre entre les exigences du SIS et les informations qui vous sont utiles pour avoir une vue la plus claire possible sur votre activité et son évolution. Nous allons essayer de vous y aider en nous limitant à l'essentiel.

2. Les supports d'activité

Chaque pays a son système d'information statistique avec les supports d'activité que le MGC trouvera au niveau du District sanitaire dont il dépend. Ces supports sont des cahiers ou registres pré-imprimés, à remplir au moment de chaque acte selon les indications précises qui doivent être fournies par le District. En général ces supports comprennent :

- le registre des consultations externes (ou des soins curatifs),
- le registre des consultations prénatales,
- le registre des accouchements et consultations post-natales,
- le registre des consultations de planification familiale,
- le registre des vaccinations.

Ces documents seront remplis avec soin au jour le jour de façon à faciliter le remplissage récapitulatif du rapport statistique mensuel. Il est possible aussi de noter tous les actes, jour par jour, sur un seul registre avec les indications nécessaires permettant le remplissage du rapport mensuel.

D'autres supports existent, en fonction des programmes spécifiques, encore appelés verticaux, qui ont leur propre système de recueil de données plus ou moins élaboré. Citons par exemple les registres qui concernent le suivi nutritionnel des enfants ou ceux concernant les maladies prioritaires comme le VIH-Sida, la tuberculose, la lèpre. Cet empilement de feuilles à remplir peut s'avérer excessif et un obstacle à la pratique quotidienne. C'est au MGC d'apprécier ce qui est nécessaire et utile dans son cadre d'exercice propre.

Enfin, notons trois supports qui paraissent indispensables pour la qualité de l'exercice médical clinique :

- la fiche médicale de surveillance pour les malades en observation (modèle ci-contre),
- le cahier de référence et contre-référence pour les malades évacués vers l'hôpital de référence ou adressés à un spécialiste (modèle ci-contre),

Fiche médicale d'observation/surveillance

Nom :

Admis le :

Prénom :

Sorti le :

Date de naissance :

Adresse :

Diagnostic :

Date	Observation	Traitement	Traitement ou décision à la sortie

Cahier de référence et contre-référence

N°	Nom et prénom	Adresse	Age	Motif de référence	Lieu ou service de référence	Contre-référence

– le dossier médical individuel, en particulier pour le suivi des maladies chroniques (chapitres 14 et 15).

3. Le rapport mensuel

Le rapport mensuel d'activités est un document qui synthétise les activités menées durant le mois, permettant au District sanitaire de réunir les données nécessaires pour constituer les statistiques des Régions sanitaires puis nationales. Ce rapport augmente avec les années – 16 rubriques en 6 pages à Madagascar – si bien que la tentation est forte de bâcler le remplissage (ce qui explique en partie la part d'incertitude des statistiques). Or, l'intérêt de l'exercice repose sur la transcription exacte d'une donnée précise !

À noter également qu'un clinicien n'est pas toujours à l'aise face aux choix des items, en particulier la classification des maladies selon la santé publique qui fait appel à une autre logique. Par exemple : l'otite aiguë est à classer dans les IRA (insuffisances respiratoires aiguës), certaines maladies importantes ne sont pas évoquées ou amalgamées avec d'autres...

► Recommandations

- faire un remplissage honnête sur des données existantes. Laisser en blanc les rubriques et/ou les items pour lesquels on est sans données ;
- les MGC sont indépendants, ils ne sont pas tenus de remplir les rubriques concernant la gestion du médicament ou la gestion financière par exemple.

Nouveau cas (NC) et ancien cas (AC)

La distinction entre NC et AC pour les consultations curatives permet de calculer, en termes de santé publique, le taux d'utilisation du CMC qui doit être en théorie de un NC par personne et par an. Si la population de référence du MGC est de 10 000 habitants, le nombre théorique de consultations NC devrait être de 10 000 par an¹. Nous avons vu dans le chapitre 5 (étude de faisabilité) que le MGC devait atteindre au minimum 50 % de ce score théorique.

1. Même remarque qu'au chapitre 5 : les ruraux déclarent moins d'épisodes morbides que les urbains (0,70 versus 1 NC par an) mais nous n'avons pas comptabilisé les AC dans l'étude de faisabilité, ceci compensant cela.

Il est donc important de noter, au cours de la consultation, s'il s'agit d'un NC ou d'un AC :

- le NC est un nouvel épisode, c'est-à-dire un nouveau problème de santé pour lequel la personne n'avait pas consulté avant ;
- l'AC concerne une personne qui revient consulter pour le même épisode, le suivi d'une affection en cours de traitement ou le suivi d'une maladie chronique.

► Exemples

- un enfant vient pour une toux (NC) ;
- il revient après 4 jours parce qu'il tousse toujours avec de la fièvre (AC) ;
- 20 jours plus tard, le même enfant revient avec une diarrhée fébrile (NC) ;
- un adulte vient avec des céphalées et le médecin découvre une HTA (NC) ;
- il revient 10 jours plus tard pour contrôler sa TA (AC) ;
- il revient une semaine après pour une infection urinaire (NC) ;
- trois semaines plus tard le même patient vient contrôler sa TA (AC) ;
- deux mois plus tard il revient contrôler sa TA mais en profite pour montrer une mycose génitale dont il n'avait pas osé parler (NC) ; etc...

► Remarques

- Il n'est pas toujours aisé de distinguer NC et AC, surtout pour les polyopathologies, le mieux étant de se laisser guider par la clinique et le bon sens.
- Il est intéressant de noter l'adresse des NC, ce qui permettra de mesurer l'attractivité et la couverture du CMC en fonction de la distance : moins de 5 km, au-delà de 5 km dans l'aire de santé, puis NC hors aire. On peut également cibler le taux d'utilisation sur un groupe d'âge (enfants de moins de 5 ans par ex.).
- Pour les consultations prénatales, la CPN « nouveau cas » = CPN 1. Les CPN « anciens cas » correspondent à CPN 2 et CPN 3.
- On procédera de la même façon pour les vaccinations :
 - enfants de moins d'un an : – DTC Hep B – VPO 1 (pentavalent 1)
 - DTC Hep B – VPO 2 (pentavalent 2)
 - DTC Hep B – VPO 3 (pentavalent 3)
 - femmes en âge de procréer : VAT 1, VAT 2.
- Concernant les types de vaccinations et le calendrier, toujours se référer au programme PEV du pays en respectant la stratégie nationale.

4. Les indicateurs essentiels

Un indicateur est un repère significatif et mesurable qui permet de comparer un objectif quantifié par rapport à une population cible, exprimé en pourcentage. Les populations sont calculées par rapport à la population totale de référence. En milieu rural, il est admis qu'elles se répartissent de la façon suivante :

- femmes enceintes : 4,5 % de la population de référence,
- accouchements attendus : 4,3 % de la population de référence,
- enfants de moins d'un an : 4 %,
- enfants de moins de 5 ans : 16 %,
- enfants de moins de 15 ans : 47 %,
- femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) : 20 %.

Ne pas oublier que la population augmente chaque année (2,8 % environ) : la population totale de référence doit être régulièrement revue en conséquence.

Connaissant la population de référence, il est facile de calculer un certain nombre d'indicateurs à partir des données des supports d'activité et des rapports mensuels avec :

un numérateur = nombre cumulé des actes significatifs,

un dénominateur = population cible concernée.

Voici, à titre d'exemple, **les indicateurs essentiels de suivi du MGC** :

Taux d'utilisation annuel :
$$\frac{\text{Nb. total de consultations NC}}{\text{Population de référence}}$$

C'est le plus significatif, l'idéal étant 1, soit 100 % des besoins attendus. À partir de 50 %, il s'agit d'un résultat satisfaisant.

Nombre d'actes réalisés par jour :
$$\frac{\text{Nb. cumulé de tous les actes (C, CPN, K etc)}}{\text{Nombre de jours ouvrables}}$$

Il permet d'apprécier le nombre moyen d'actes réalisés par jour, sur l'année entière ou par mois. C'est la charge de travail.

Taux d'utilisation des CPN :
$$\frac{\text{Nb. total des 1^{res} CPN (CPN 1)}}{\text{Nombre des naissances attendues (4,5 \% de la population de référence)}}$$

Ce taux permet de connaître le pourcentage de femmes enceintes qui ont eu au moins une CPN. On peut le comparer avec le pourcentage de celles qui ont eu 3 CPN, ou calculer le nombre de CPN par femme enceinte avec le rapport :

$$\frac{\text{CPN 1 + anciennes (CPN2 + CPN3)}}{\text{CPN 1}}$$

Taux d'accouchements assistés :

$$\frac{\text{Nb. total d'accouchements assistés au centre et à domicile}}{\text{Nb. d'accouchements attendus (4,3 \% de la pop. de référence)}}$$

Taux de couverture contraceptive (PF) :

$$\frac{\text{Nb. d'utilisatrices régulières}}{\text{Femmes en âge de procréer – femmes enceintes}}$$

► Remarque

Si on souhaite calculer un taux sur une période plus courte, il faut diminuer la population cible d'autant.

Exemple d'un taux d'utilisation sur 8 mois pour une population de référence de 7 500 habitants :

$$\frac{\text{Nb. de NC}}{7\,500 \times 8/12 = 5\,000}$$

Coût moyen de l'ordonnance :
$$\frac{\text{Cumul du coût des ordonnances sur 1 semaine}}{\text{Nombre d'ordonnances}}$$

5. Pour conclure

Le rapport mensuel d'activités transmis au District sanitaire signe la volonté de collaboration du médecin privé communautaire avec le système public national. À l'inverse, la non-transmission fera planer le doute sur l'état d'esprit du MGC auquel on pourra, ensuite, reprocher toutes sortes de choses.

Cette contrainte a, en retour, l'avantage de lui permettre de suivre l'évolution de sa propre activité, de la comparer aux moyennes du District sanitaire et de la Région, d'en mesurer les points forts et les points faibles, de fixer ses propres objectifs.

L'accès progressif à l'informatique permettra aux MGC de disposer de moyens techniques plus adéquats pour le recueil et le traitement de leurs données. Les plus performants pourront ainsi, sur la base de leurs bilans annuels, utiliser des systèmes graphiques : courbes simples ou cumulées, histogrammes, tableaux, camemberts...

6. Exercices participatifs

- Exercices sur le remplissage des différents supports d'activité et du rapport mensuel du système de santé public (travail collectif).
- Deux malades sont mis en observation, le premier durant 24 h. pour un tableau évoquant une colique néphrétique et, le second, durant 48 h. pour une diarrhée avec déshydratation. Remplir, pour ces deux cas, la fiche de surveillance (travail en groupes).
- Votre population de référence est de 12 650 habitants.
Calculer :
 - le nombre de CPN et d'accouchements attendus sur un an,
 - le nombre d'enfants de moins d'un an à vacciner avec l'objectif d'obtenir 80 % de couverture vaccinale ;
 - 7 % de femmes en âge de procréer (FAP) suivent une contraception régulière. Vous voulez passer à 15 % : combien de femmes en plus allez-vous devoir suivre ?

► **Remarque** : ces calculs ne tiennent pas compte de la distance qui aura un effet négatif (chapitre 5) et restent, de ce fait, théoriques (travail en groupes).

11. Le processus d'installation

1. Introduction

Voilà maintenant le parcours terminé ! Tout au long des 10 chapitres qui précèdent celui-ci, vous avez pris la mesure du métier de médecin généraliste communautaire, ce qu'il implique en termes de compétences, d'investissement personnel, de capacités d'organisation et de qualités humaines.

Tout au long de ces pages, nous espérons que vous avez pu vous faire une idée suffisamment précise et concrète pour pouvoir trancher et vous dire : « oui, ce métier me plaît » ou au contraire : « non, je ne me sens pas fait pour exercer ainsi, en première ligne, loin d'une ville ». C'est à vous, en toute liberté, de faire ce choix en fonction de vos aptitudes et de vos préférences qui vous appartiennent : personne ne doit décider à votre place.

Bien entendu, les conseils seront utiles, surtout de la part de collègues qui pratiquent déjà ce métier et c'est possible dans les pays où cette nouvelle approche commence à se développer (Mali, Madagascar, Bénin). N'hésitez pas à les rencontrer avant de vous décider, au besoin en passant quelques jours avec eux. Ailleurs, pour les pays ou régions qui ne connaissent pas encore la médecine générale communautaire, les candidats devront se lancer par eux-mêmes dans cette aventure professionnelle. Si vous êtes dans ce cas, sachez que c'est à vous aussi que nous nous adressons pour que vous ayez en main tous les éléments d'information qui vous permettront de vous installer, d'ouvrir votre propre CMC. Avec d'autres collègues aussi motivés, vous pourrez créer un réseau professionnel de MGC capable de s'entraider avec l'ambition de promouvoir cette approche communautaire de la médecine générale.

Dans ce chapitre, nous allons récapituler l'ensemble du processus d'installation en décrivant un cheminement applicable en tous lieux, basé sur une méthodologie qui est une synthèse des expériences qui existent déjà et ont fait leur preuve (Coulibaly S, 2007)¹.

1. Rappelons ici que Santé Sud a mis en place une méthodologie d'accompagnement du processus d'installation avec les premiers médecins de campagne maliens et l'appui de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique). Méthodologie transmise et adaptée à Madagascar puis au Bénin.

2. Un dispositif d'assurance qualité

Le médecin, souvent jeune et peu expérimenté qui décide de devenir MGC doit, pour réussir, adopter dès le départ ce qu'on appelle aujourd'hui une « dé-marche qualité », c'est-à-dire un parcours avec des repères – un *guide line* diraient les anglophones – qui balisent ce parcours et permettent de s'auto-évaluer tout au long du processus.

Ce dispositif est en place dans les pays cités plus haut mais il est nécessaire, en l'adaptant au contexte, de s'y référer dans tous les cas. Il comprend deux grands volets que nous allons considérer successivement mais qui sont étroitement complémentaires pour construire une identité inscrite dans une culture professionnelle commune : la procédure d'installation et la mise en réseau.

2.1. La procédure d'installation

Elle a été détaillée dans les chapitres précédents auxquels il convient de se référer mais on peut la résumer en **4 étapes** successives, sachant qu'elles sont bien entendu interdépendantes :

1^{re} étape : la mise en relation de l'offre et de la demande

L'offre est représentée par les candidats MGC. Ce sont, pour la plupart, des jeunes diplômés à la recherche d'un emploi stable. Certains ont déjà fait des expériences malheureuses et sont fragilisés, d'où l'importance pour eux d'être rassurés en entrant dans un processus bien défini, compréhensible, si possible encadré. En effet, le candidat MGC doit bien comprendre ce qui l'attend et le parcours qu'il va devoir accomplir, l'idéal étant la possibilité de suivre une formation spécifique en médecine générale communautaire² ou bien, lorsque ce n'est pas encore possible, d'engager une démarche personnelle pour s'imprégner de ce type d'approche (lectures, échanges internet, stages ruraux).

De solides qualités sont nécessaires, chaque candidat ou candidate MGC devant être capable de s'autoévaluer sur ce plan. Citons, outre une bonne santé

2. Cette formation spécifique s'effectue aujourd'hui en collaboration avec le Département de Santé Publique de la Faculté de médecine du Mali, l'Institut National de Santé Publique et Communautaire d'Antananarivo et la Faculté de Médecine de Parakou. Nous reviendrons sur la formation initiale dans le chapitre 24.

et un certain goût pour l'effort physique, quelques aptitudes parmi les plus importantes :

- adaptation : mode de vie, milieu social ;
- attirance/intérêt pour le développement sociosanitaire ;
- désir d'entreprendre, d'être responsable et engagé.

Nous laissons à chacun le soin de dégager les qualités psychologiques et morales nécessaires pour satisfaire ces trois items.

La demande est celle d'une communauté – au sens de collectivité territoriale – qui a exprimé le souhait d'avoir « son docteur ». Nous avons vu la nécessité de cette demande communautaire et les précautions à prendre au chapitre 5. Le candidat MGC devra se rendre sur place, voir si les pré-conditions sont réunies. L'important à ce stade, qu'il s'agisse d'une première installation ou de la reprise du CMC d'un(e) collègue, c'est de « sentir » qu'il existe bien une demande communautaire avec une forte volonté d'accueil. La rencontre entre un candidat MGC et une collectivité locale est déterminante pour « l'effet déclic » qu'il va procurer, primordial pour la suite du processus.

2^e étape : l'étude de faisabilité

Elle a été largement développée. Rappelons seulement ses objectifs principaux :

- étudier l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire du territoire considéré ;
- délimiter l'aire de responsabilité autour du lieu d'installation et calculer la population de référence ;
- faire une simulation des activités attendues et des résultats financiers sur 3 ans ;
- identifier les besoins matériels : implantation du CMC, équipements, logement.

Cette étude a pour but d'amener le candidat MGC à une bonne connaissance de son futur territoire, d'apprécier le degré de viabilité de son installation et de se projeter dans l'avenir en termes d'organisation de l'espace et du temps, de perspectives à court et moyen terme.

En cas de reprise d'une installation de type communautaire existante, le candidat MGC aura tout intérêt – même si l'étude de faisabilité a déjà été faite – à reprendre l'étude pour réactualiser les données et analyser l'évolution des principaux indicateurs depuis le début. Cela lui permettra de mieux connaître la situation et son potentiel.

3^e étape : l'installation du MGC

Cette étape se décompose en trois périodes toutes aussi importantes les unes que les autres :

– La mobilisation des aides

Les conditions matérielles doivent être réunies pour permettre une installation médicale correcte. Le coût est estimé à environ 12 000 euros pour des équipements de base complets incluant un frigo, une installation solaire et une moto. Il peut être réduit pour démarrer, en attendant de pouvoir compléter l'équipement dans un deuxième temps. C'est le cas à Madagascar où la dotation initiale au départ comprend le kit médical et le mobilier de base, la dotation en médicaments essentiels et un vélo, soit un coût situé entre 2 et 3 000 euros³.

– Le cadre d'exercice

Il s'agit d'entreprendre les démarches nécessaires pour exercer la médecine dans un cadre légal :

- l'autorisation d'exercer en clientèle privée,
- l'autorisation d'ouverture d'un cabinet/centre médical,
- l'autorisation de détention de médicaments,
- l'inscription au tableau de l'Ordre National des Médecins.

Il faut aussi engager, dès à présent, des démarches auprès des autorités sanitaires pour que le CMC soit intégré dans la carte sanitaire et associé au service public dans le cadre du partenariat public-privé. Plusieurs types de conventions ou d'accords sont possibles, à négocier avec la Direction régionale et le District sanitaire du lieu d'installation.

Pour les médecins qui s'installent dans une structure associative ou communautaire existante, l'inscription à l'ONM est également obligatoire et ils devront négocier avec soin leur contrat de travail (chapitre 4).

– L'approche communautaire

Nous avons vu son importance au chapitre 7. Elle doit se faire de façon concomitante avec l'ouverture officielle du CMC de façon à permettre à toute la population qui habite l'aire de responsabilité d'être partie prenante de la nouvelle offre de soins de proximité du MGC.

3. Cet investissement minimal est indispensable et devrait être accessible aux médecins, par exemple avec un crédit professionnel encadré.

C'est à ce moment là que l'ouverture officielle du CMC se situe, marquée par une manifestation solennelle sans être ostentatoire, en présence des notables, des élus locaux, des autorités administratives et sanitaires qui marqueront ainsi leur adhésion et leur soutien. L'événement, en effet, mérite une certaine visibilité publique. Le nouveau MGC ne doit pas s'inquiéter : l'expérience montre que l'activité médicale est immédiate (encadré).

4^e étape : le suivi

Le dispositif mis en place par Santé Sud prévoit un suivi de chaque nouvelle installation pendant deux ans, à raison de deux suivis au minimum chaque année, le premier ayant lieu dans les deux mois qui suivent l'installation. Ces suivis consistent à soutenir et accompagner le jeune MGC, apprécier avec lui les succès et les difficultés rencontrées concernant l'organisation et la gestion, la pratique clinique, les relations établies avec la communauté, les autorités, le centre de référence. Les rapports mensuels d'activités sont intégrés à l'analyse de l'ensemble des activités curatives, préventives et éducatives. Ce suivi se fait sur le mode du compagnonnage permettant à un aîné expérimenté d'accompagner un ou une collègue plus jeune dans le métier. Une fiche de suivi sert de guide et permet une analyse quantitative et qualitative globale, ainsi que l'identification des difficultés et des points à améliorer (voir page suivante fiche de suivi).

Dans des pays ou régions qui n'ont pas encore ce type de suivi organisé, il conviendra de développer aussi rapidement que possible le deuxième volet du dispositif d'assurance qualité qui permettra aux médecins communautaires de créer entre eux un réseau professionnel de solidarité solide et efficace.

Parole de MGC

« Les gens vous attendent et consultent dès le premier jour. Ils vous apportent à manger pour vous remercier ».

Drs. Niry et Ionisoa. Madagascar

« Je n'avais que 2000 ariary (moins d'un euro !) en poche, j'étais inquiet mais j'avais à peine posé mon sac qu'il y avait une file de malades ».

Dr Tiana Razafimanantsoa. Madagascar

Fiche de Suivi N°...

Site: Nom du village et du district sanitaire

Nom du MGC:

Date d'installation:

Date du suivi:

I. Cadre d'exercice (selon le pays)

Autorisation d'exercer en privé

Autorisation d'ouverture d'un cabinet privé

Autorisation de détention de médicaments

Inscription à l'Ordre National des Médecins

Statut du CMC: privé, communautaire, associatif etc.

Type de convention public/privé: association au service public et/ou contrats (contrat de travail éventuellement).

II. Conditions matérielles

Faire le point sur:

L'infrastructure (état, fonctionnalité...)

Les équipements (adaptés, suffisants...)

L'hygiène-désinfection (propreté, respect de l'asepsie, gestion des déchets...)

La pharmacie (état du stock, gestion...)

III. Organisation du travail

Du temps: planification des activités

De l'espace: couverture de l'aire de responsabilité

Du personnel: répartition des tâches, travail en équipe

IV. Activités

Analyse des registres et de l'évolution du paquet d'activités

Tarification et bilans mensuels recettes/dépenses

Coût moyen de l'ordonnance

V. Démarche clinique et prise en charge du patient

Observation de la consultation

Études de cas

VI. Communication

Interaction médecin-patient et sa famille

Interaction avec la communauté et les divers acteurs locaux

Interaction avec le District Sanitaire et les structures de référence

VII. Conclusion et perspectives

Points forts

Difficultés ressenties

Points à améliorer

Une réunion conclusive peut se tenir, en accord avec le MGC, avec des représentants de la communauté.

2.2. La mise en réseau

Rompre l'isolement, avoir des contacts, se sentir épaulé et compris... voilà ce qui permettra aux MGC de tenir le coup et d'inscrire leur installation dans la durée. Cette mise en réseau est la condition *sine qua non* (incontournable) du succès.

Là où c'est possible, elle devra se faire par l'adhésion du MGC à une association médicale à vocation communautaire qui affirme nettement sa volonté de promouvoir une pratique médicale à finalité sociale. À titre d'exemple, nous proposons la charte de *l'Association des Médecins de Campagne* du Mali qui a le mérite d'être explicite et complète sur les objectifs qu'elle s'est donnés:

Charte du médecin de campagne malien

- Être docteur en médecine, inscrit au Conseil de l'Ordre National des Médecins du Mali.
- Respecter les règles d'éthique et de déontologie médicale.
- 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.
- Organiser son activité pour permettre à la population dont il a la charge de disposer d'un médecin en continu.
- 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.
- Participer aux activités de lutte contre les maladies dites prioritaires.
- Mettre en place des activités de promotion de la santé et d'éducation des populations.
- Dispenser des soins de santé aux meilleurs tarifs, en tenant compte des capacités de financement des populations.
- Prescrire en médicaments essentiels génériques.
- Promouvoir les mécanismes de protection sociale auprès des populations dont il assure les soins.
- Mettre régulièrement à jour ses connaissances dans le cadre d'une formation continue.
- Respecter les contrats passés avec les autorités administratives ou les représentants de la population.
- Recueillir des données d'activité et fournir des rapports réguliers aux autorités sanitaires.

En l'absence de telles associations, les premiers MGC devront très vite se solidariser entre eux de façon à se mettre en réseau pour pouvoir mener les activités collectives suivantes:

– Les échanges de pratiques en groupe de pairs:

Le principe est le suivant: les MGC qui exercent dans une même zone géographique se réunissent régulièrement (par exemple un week-end par

trimestre) pour se retrouver ensemble dans un climat de convivialité, s'informer réciproquement sur leur vie professionnelle et avoir ensemble une séance d'échange de pratiques sur un thème donné.

Cette séance doit être préparée et répond à une méthodologie précise :

- choisir un sujet commun pour la séance suivante (exemples : la dyspnée, la fièvre chez l'enfant, le planning familial...);
- apporter des cas cliniques et présenter sa pratique à tour de rôle;
- confronter les pratiques aux références scientifiques sur le sujet;
- conclure sur les insuffisances et les améliorations à apporter.

Nous reviendrons plus en détail sur cette approche dans le chapitre 23 intitulé « la formation continue des MGC ».

– **Les réseaux thématiques :**

Il s'agit pour plusieurs MGC, sur le principe du volontariat, de former un groupe de travail sur une thématique précise et concrète, avec un objectif bien défini.

Voici quelques exemples de réseaux thématiques déjà expérimentés :

- Réseau sur la prise en charge de l'épilepsie,
- Réseau hypertension,
- Réseau fièvres/paludisme,
- Réseau sur le dossier médical.

Le principe est le suivant : le groupe se réunit avec un spécialiste pour approfondir ses connaissances sur la thématique d'une part, et mettre en place un protocole en commun applicable sur le terrain d'autre part. Le groupe autoévalue ensuite son travail, l'application sur le terrain, les résultats.

La méthodologie s'inspire de la recherche action, plus ou moins développée en termes de recherche selon la volonté du groupe⁴. Nous y reviendrons dans le chapitre 14 sur la prise en charge des maladies chroniques et dans le chapitre 23 sur la formation continue des MGC.

– **Le réseau téléphonique et internet :**

Les MGC isolés dans leur pratique, souvent enclavés géographiquement, socialement et intellectuellement, devraient bénéficier en priorité des progrès de la téléphonie, de l'informatisation et de la connexion internet. Les contraintes

4. Dans les exemples ci-dessus, les réseaux thématiques sont accompagnés par un binôme spécialisé franco-malien ou franco-malgache. Des publications ont été produites dans les domaines de l'épilepsie et de l'hypertension (voir bibliographie).

techniques sont encore nombreuses (manque d'électricité, réseaux insuffisants) mais la révolution numérique se poursuit à grande vitesse et l'appétence des jeunes médecins pour l'informatique est grande.

Déjà, aujourd'hui, la majorité des MGC ont accès à la téléphonie mobile et aux SMS, ce qui permet d'organiser des mises en réseau professionnelles. On peut dès lors, dans les années à venir, envisager une évolution considérable dans ce domaine pour « désenclaver » les MGC et faciliter leur pratique quotidienne (recueil des données, formation continue, etc...), sous réserve d'une bonne maîtrise opérationnelle de ces nouvelles technologies.

– **La vie associative :**

Les MGC, regroupés en associations professionnelles, se doivent de participer à la vie démocratique de leur association, de veiller au respect des statuts, à la transparence des votes, chacun ayant à cœur de défendre son point de vue aux assemblées et réunions. Cela implique d'être présent, c'est-à-dire engagé au niveau collectif en sachant que l'absentéisme est un repli sur soi et que... « les absents ont toujours tort » !

3. L'engagement et le projet personnel

Le métier de médecin généraliste communautaire exige effectivement un engagement fort et on peut décliner cet engagement à plusieurs niveaux.

D'abord au niveau personnel avec le choix d'une démarche exigeante qui implique également sa propre famille. S'installer en dehors de la fonction publique en zone rurale, c'est accepter de construire sa vie en dehors des plans de carrière classiques et de forger soi-même son propre parcours personnel. En effet, le MGC doit inscrire son installation dans un projet professionnel à construire, non programmé à l'avance.

Ensuite, vis-à-vis de la communauté qu'il va servir et qui lui a fait confiance. Cet investissement humain ne peut pas être bradé après quelques mois en laissant une population désorientée par un départ précipité. Nous estimons à 5 ans⁵ la durée nécessaire pour atteindre la plénitude du métier, obtenir des résultats en termes d'impact et satisfaire l'attente sociale communautaire.

5. La durée moyenne d'installation d'un MGC a été évaluée à 4 ans et huit mois au Mali (OMS) et à plus de 5 ans à Madagascar (COEF Ressources).

Référent MGC

Le référent MGC ou maître de stage est un MGC qui répond à l'ensemble des critères de qualité dans sa pratique.

Reconnu par ses pairs, il est « référent » pour tout ce qui concerne l'enseignement en médecine générale communautaire et la formation continue, ainsi que maître de stage en recevant dans son CMC des stagiaires en formation.

Il est appelé à prendre des responsabilités dans le dispositif d'assurance qualité : suivi des jeunes (mentoring), animateur de groupes de pairs, responsable de réseau, chargé d'enseignement en faculté, etc.

L'important, en cas de départ après 5 ans, c'est d'assurer sa succession dans de bonnes conditions. Ce passage de témoin permettra à un ou une jeune médecin de mettre à son tour « le pied à l'étrier » et donnera à la population le juste sentiment de ne pas être abandonnée⁶.

Enfin, l'engagement concerne aussi sa propre communauté professionnelle, en particulier celle des MGC qui ont encore un long chemin devant eux pour obtenir reconnaissance et légitimité. Plusieurs types de responsabilités peuvent être prises dans ce sens, au niveau des instances dirigeantes associatives par exemple, ou encore en ayant un rôle dans le dispositif d'assurance qualité : maître de stage ou référent MGC (encadré).

4. Pour conclure

Les MGC doivent avoir bien conscience, dès le départ, qu'ils entreprennent une expérience à la fois individuelle et collective, qu'ils ne pourront compter que sur eux-mêmes. Leur seule légitimité, ils et elles la tiennent des populations qui ont besoin de leur présence, la revendiquent de plus en plus fort au fur et à mesure qu'elles prennent conscience de l'indigence des soins qu'elles recevaient auparavant.

Cette approche communautaire de la médecine générale, présentée tout au long des deux premières parties de cet ouvrage, est destinée aux populations qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les plus défavorisées en termes d'offre et de recours aux soins. Il s'agit des zones les plus isolées ou enclavées bien entendu,

6. Le devenir des MGC est très varié. Certains restent, satisfaits de leur métier et de leur revenu. D'autres se réinstallent en ville pour la scolarité des enfants, ou choisissent une évolution professionnelle : spécialités, fonction publique, recrutement dans une ONG, etc.

mais pas seulement : de nombreuses zones dans la grande périphérie des villes, mi-urbaines et mi-rurales, regroupent des populations pauvres et marginalisées qui ne sont pas mieux loties.

Les futurs MGC ont donc un grand choix pour s'installer allant des zones périurbaines aux zones habitées les moins accessibles. De ce fait les femmes médecins ne doivent pas se sentir exclues du dispositif et elles ont prouvé qu'elles pouvaient y tenir toute leur place : 30 % des MGC sont des femmes à Madagascar.

C'est tous ensemble que les MGC auront, sur la base d'une trame générale que nous venons d'exposer, à construire leur référentiel métier en fonction du contexte qui est le leur. Ce « *corpus* » au contenu incontestable, validé collectivement, devra prendre en compte les quatre grands domaines de la MGC :

- 1/ l'exercice de proximité en première ligne,
- 2/ les interactions médecin-patients,
- 3/ les interactions médecin-communauté,
- 4/ la participation au système national de santé.

C'est sur une base solide, arrimée sur des références scientifiques reconnues et sur une expérience pratique irréfutable que les MGC parviendront à convaincre les autorités sanitaires et académiques. Ils trouveront ainsi la place légitime qu'ils auront méritée.

5. Exercices participatifs

- Reprendre les 4 étapes de la procédure d'installation et décrire votre cas (témoignages de médecins en cours d'installation ou de MGC référents).
- Qu'est-ce qu'une association professionnelle? (travail en groupe et/ou témoignage d'un responsable associatif).
- Dans le contexte qui est le vôtre, faites une analyse de situation concernant la MGC : forces, faiblesses, opportunités, menaces (travail en groupes).

Troisième partie

Pratiques professionnelles

Bénin : séance de vaccination du Dr Sandrine Takam
installée à Sonon dans le Borgou

« *La proximité du MGC facilite le dialogue avec la population* ».



12. Le paquet d'activités

1. Introduction

Dans cette troisième partie, nous allons revenir sur un certain nombre de questions pratiques auxquelles vous allez être confronté dans votre exercice quotidien. Il s'agit, au long des chapitres qui vont suivre, de présenter un certain nombre de points de vue qui relèvent de l'expérience mais peuvent, en même temps, ouvrir la discussion sachant que les réponses définitives sont rares dans les domaines que nous allons traiter.

Nous commencerons par la notion de « paquet d'activités », devenue récurrente depuis une vingtaine d'années: c'est le fameux PMA (paquet minimum d'activités) que vous êtes censé réaliser et sur lequel on jugera votre niveau de performance. Le fait de travailler en association avec le service public tout en étant médecin indépendant, non fonctionnaire, exerçant sur un mode privé (en contrat ou non), vous oblige à être au clair avec cette notion qui n'est pas aussi évidente qu'il y paraît.

Lorsque nous avons parlé des indicateurs essentiels d'activité et du rapport mensuel au chapitre 10, nous faisons implicitement référence à un ensemble d'activités que le MGC effectue dans le cadre de son exercice quotidien, un « paquet » comprenant des soins curatifs comme la consultation – l'acte médical par excellence – et des actes préventifs tels que la consultation prénatale ou la vaccination. Pour un médecin praticien comme vous, cette vision peut paraître simpliste et elle l'est: au cours d'une consultation vous faites souvent de l'IEC (information, éducation, communication) et vous soignerez une femme asthmatique qui vient pour sa consultation prénatale parce qu'elle est gênée pour respirer. La pratique médicale ne se découpe pas en tranches!

On peut également s'interroger devant la multiplication des programmes spécifiques (VIH, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées comme le trachome, la schistosomiase, l'onchocercose etc.), des campagnes de masse qui leur sont souvent associées, sans compter les JNV (Journées Nationales de Vaccination) avec distribution de vitamine A qui mobilisent pendant plusieurs jours l'ensemble des ressources humaines en santé. Vous risquez d'être parfois confronté au dilemme suivant: « *dois-je m'engager dans tel ou tel programme au*

détriment de mon activité quotidienne, me focaliser sur une certaine catégorie de malades aux dépens des autres? »

L'OMS elle-même dénonce cette multiplication des programmes dits « verticaux » qui fragmentent les soins et désorganisent les services alors qu'elle a souvent contribué à les promouvoir... Sans oublier les nouvelles pathologies émergentes dues au « *déplacement des maladies infectieuses vers les maladies non transmissibles* ». C'est ainsi que vous rencontrez de plus en plus l'hypertension, le diabète, les rhumatismes chroniques, etc nécessitant des prises en charge de longue durée qui impliquent permanence et continuité des soins.

Entre les soins personnalisés qui sont au cœur de votre métier et les besoins de santé de la collectivité qui répondent à votre devoir de responsabilité, entre les demandes de vos patients souvent pressantes et celles – exigeantes – des programmes prioritaires, votre bonne volonté est parfois mise à rude épreuve. Essayons de clarifier cette question le mieux possible.

2. Le paquet d'activités: quid?

Cette notion de paquet d'activités fut lancée en 1987 avec l'Initiative de Bama-ko dont nous avons parlé au chapitre 4. Il s'agissait d'introduire une contrepartie au paiement des soins et des médicaments essentiels que les populations devaient désormais supporter¹: la fourniture d'un paquet minimum d'activités par les services de santé de district en vue d'améliorer la qualité des prestations et l'efficacité des SSP.

Il fut admis que ce PMA devait résoudre la majorité des problèmes de santé au niveau primaire en comprenant:

- les consultations curatives de base;
- les consultations prénatales;
- l'assistance aux accouchements;
- les consultations postnatales et le planning familial;
- la vaccination des femmes en âge de procréer et des enfants (avec surveillance des enfants de moins de 5 ans);
- le suivi des malades intégrés dans des programmes prioritaires comme la tuberculose, la lèpre, le VIH...

¹ La part contributive des populations est estimée à plus de 50 % du total des dépenses nationales de santé en Afrique et à Madagascar (Audibert 2005).

Les cas qui dépassent les capacités de prise en charge du niveau primaire où qui nécessitent une hospitalisation sont référés à l'hôpital du district sanitaire. C'est sur cette base que le rapport mensuel d'activités a été conçu afin de suivre la performance des structures de soins des districts, et c'est également sur cette base que nous avons conçu l'étude de faisabilité avec les prévisions en termes d'activités et de revenu.

Plusieurs observations peuvent être faites :

- Ce PMA a été prévu pour être réalisé par des paramédicaux à une époque où il n'était pas concevable d'affecter des médecins, trop peu nombreux, en première ligne. De ce fait, on a légitimé le « glissement des rôles » au niveau périphérique avec les infirmiers et les aides soignants qui consultent et font des actes médicaux, les personnels subalternes (entretien, gardiens, bénévoles) assurant la majorité des actes infirmiers.
- Ce système sans médecin a renforcé l'emprise administrative et la volonté planificatrice des États soutenus par les Organisations Internationales en généralisant les procédures (ordinogrammes, algorithmes), les normes (organisation, gestion) et le contrôle. La volonté décentralisatrice des SSP qui en appelait à « l'esprit d'autoresponsabilité » s'est, dans la réalité, retournée en un système de plus en plus dirigiste et contraignant.
- Après plus de vingt ans de mise en œuvre des SSP et de l'IB, la fréquentation des structures de soins périphériques reste globalement faible, avec des taux d'utilisation dépassant rarement 30 % des besoins attendus. Cette faible utilisation des services de proximité est en grande partie liée à une qualité si médiocre des soins qu'elle n'attire pas la confiance des populations.

2.1 Paquet minimum ou maximum ?

Le MGC qui s'installe souhaite, de façon légitime, utiliser pleinement ses compétences professionnelles, acquises non sans peine au cours de ses longues études de médecine. Comme pour tout médecin, il y a des domaines où il a une expérience plus importante, souvent liée à des stages hospitaliers prolongés dans certaines spécialités. Dès lors, au nom de quoi se limiter lorsqu'un acte, qui peut parfois sauver, relève d'une compétence acquise ?

Sur ce sujet, les MGC sont parfois en conflit avec la hiérarchie qui leur impose des limites vécues comme des brimades (encadré).

Parole de MGC

« J'ai appris la pratique du forceps et de la ventouse que je connais. Mais le médecin-chef de District, au cours d'une supervision, m'a dit que je n'avais pas le droit de les utiliser à mon niveau. Je suis donc obligé d'évacuer les accouchements difficiles sur l'hôpital de référence situé à 60 Km par une mauvaise piste! Hélas, souvent ça se termine mal... »

Dr Adama Ouattara - Mali

Cela concerne surtout la gynéco-obstétrique (extractions, césariennes)², la chirurgie (cures de hernies, très demandées en zones rurales), la prise en charge de pathologies graves (exemples : neuropaludisme, accidents vasculaires cérébraux, coma diabétique, pneumonie...).

L'argumentation des MGC peut se résumer de la façon suivante :

« Nous sommes des médecins et nous connaissons nos limites. La question d'évacuer ou non peut mettre en jeu le pronostic vital et dépend de plusieurs facteurs qu'il faut prendre en compte, médicaux certes mais aussi géographiques et socio-économiques. En situation isolée, on est forcément amené à prendre des risques pour sauver des vies car les évacuations sont presque toujours problématiques et l'hôpital de référence n'est pas toujours mieux équipé que nous ».

L'exemple de la pneumonie

La pneumonie de l'enfant est un fléau oublié³. Elle est la première cause de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans dans le monde. En Afrique, elle représente 21 % des décès. Ce taux monte à 28 % si on inclut la période néonatale de 4 semaines après la naissance, soit près d'un tiers de la totalité des décès. La pneumonie est plus meurtrière que le paludisme, la rougeole et le sida réunis !

La classification de la pneumonie par la santé publique la range dans les IRA (infections respiratoires aiguës) qui amalgament les maladies de l'appareil respiratoire : l'oreille moyenne, le rhinopharynx et les poumons. Le rapport d'activité pour le relevé statistique mensuel des formations sanitaires ne mentionne pas

2. La mortalité maternelle est liée en grande majorité (79 %) à des causes non prévisibles et la valeur prédictive de la CPN est, en réalité, très faible (Prual A, 2004). Le MGC doit savoir que toute grossesse est à risque mais que la majorité des décès sont évitables avec une action immédiate et appropriée.

3. Référence : UNICEF/OMS, "la pneumonie de l'enfant : un fléau oublié", 2006.

toujours la pneumonie mais cible la catégorie IRA qui concerne indistinctement des affections comme l'otite, la laryngite aiguë, la bronchite ou la pneumonie.

Cet amalgame est représentatif des principes de l'UNICEF pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) fondés sur la reconnaissance de symptômes et non sur une démarche clinique. Ainsi « le diagnostic de pneumonie est posé en cas de toux, de respiration rapide et de dyspnée », triade considérée comme sévère « en cas de tirage sous-costal ou de stridor (bruit aigu à l'inspiration) ». Ce diagnostic symptomatique, « mis au point » pour les personnels de santé du premier niveau et les agents de santé communautaires, a pour but de « faciliter le diagnostic » en vue d'administrer un traitement antibiotique standardisé systématique.

Si on peut comprendre la nécessité de signes d'alerte connus le plus largement possible des agents de santé communautaires et des mères de famille, il est bien difficile pour un médecin clinicien de s'inscrire dans une démarche aussi réductrice et stéréotypée, sans clinique, peu compatible avec sa pratique et son éthique professionnelles. La pneumonie est devenue une maladie oubliée car elle n'est plus identifiée, ni nommée. Elle disparaît des nomenclatures tout en continuant à faire des ravages.

2.2 Paquet quotidien et programmes verticaux

Cet exemple de la pneumonie de l'enfant illustre le malaise qui existe souvent chez le MGC qui exerce en première ligne, obligé d'intérioriser au quotidien une contradiction fondamentale entre sa formation hospitalo-universitaire et certaines directives qui viennent de nombreux programmes initiés et soutenus par les organisations internationales⁴. Ce hiatus s'explique en grande partie par le manque d'articulation et de collaboration depuis Alma-Ata entre les hospitalo-universitaires et les grands programmes de santé publique qui ont été, de l'aveu même de l'OMS, « simplifiés excessivement et dangereusement là où les ressources sont limitées ». La pratique médicale est ainsi, trop souvent, devenue une caricature.

4. Liste non exhaustive des maladies et thématiques concernées : paludisme, VIH-sida, tuberculose, maladies tropicales négligées (trachome, schistosomiase, onchocercose, filariose lymphatique, trypanosomiase, vers intestinaux), lèpre, programme élargi de vaccination (PEV), programme intégré de l'enfant (PCIME), malnutrition, avitaminose A, allaitement maternel, soins obstétricaux d'urgence, fistules obstétricales...

Soins fragmentés et fragmentaires

« La spécialisation excessive des prestataires de soins et l'étranglement de nombreux programmes de lutte contre les maladies découragent une approche globale des individus et des familles dont ils s'occupent et les empêchent de mesurer la nécessité de la continuité des soins (...). L'aide au développement accroît souvent cette fragmentation ». OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008

Ce quotidien problématique, soumis aux sollicitations externes multiples et peu coordonnées de ces nombreux programmes verticaux, provoque un certain nombre d'effets pervers sur le fonctionnement des structures de base. Ils concernent essentiellement :

- **l'activité quotidienne**, perturbée par des formations intensives et répétées qui éloignent les soignants (absentéisme), une surcharge administrative (empilement des rapports), des planifications et supervisions parallèles qui se surajoutent à celles du district sanitaire ;
- **l'approche intégrée centrée sur le patient**, remise en cause par la fragmentation des soins et le risque d'abandon des malades qui n'entrent pas dans un programme spécifique (encadré) ;
- **la responsabilité professionnelle des soignants** instrumentalisés pour des tâches d'exécution fortement hiérarchisées, avec des compensations financières (perdiems, primes) dispensées pour que « ça marche » ;
- **la mentalité des populations bénéficiaires**, parfois manipulées par des prestations/distributions gratuites qui développent chez elles une mentalité d'assisté ou, au contraire, de méfiance si elles se sentent rejetées en n'appartenant pas à la « population cible ».

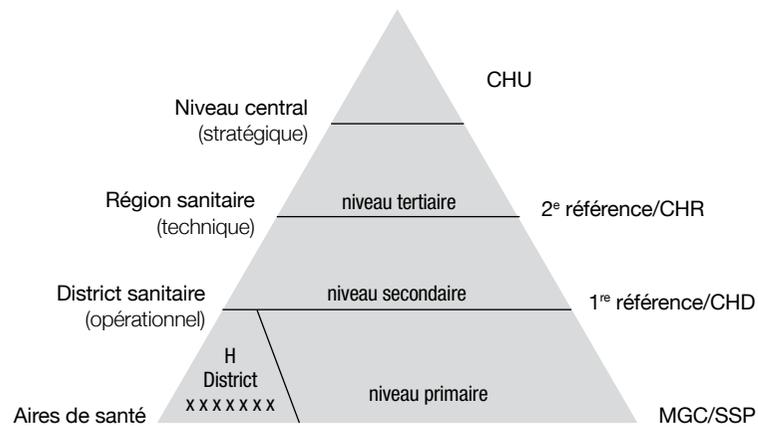
Ainsi voit-on, comme si l'expérience du passé était oubliée, la réapparition de stratégies anciennes avec, par exemple, la réintroduction des relais communautaires pourvus de caisses de médicaments qui deviennent progressivement des circuits parallèles de distribution. Cette relance des grands programmes verticaux depuis les années 1980, reprenant peu ou prou le modèle colonial prestigieux de la lutte contre les grandes endémies, s'est considérablement développée au nom de l'efficacité pour compenser la faiblesse des services de santé. Une stratégie justifiée pour éradiquer certaines pathologies endémo-épidémiques

majeures (maladie du sommeil, cécité des rivières, variole, tuberculose, poliomyélite...), mais beaucoup moins pertinente lorsqu'il s'agit d'améliorer les capacités du système de soins. En effet, ce n'est plus le pays qui décide mais les organismes extérieurs qui contribuent, malgré eux, à affaiblir les services de santé au lieu de les renforcer dans une vision responsable et globale de prise en charge des personnes souffrantes.

3. La référence et la contre-référence

Nous avons vu précédemment (chapitre 4) que le MGC était intégré dans la carte sanitaire d'un district, unité opérationnelle périphérique du système de santé que l'on peut définir ainsi: « entité géographique la plus décentralisée, formée d'un ensemble de structures publiques et privées couvrant les besoins essentiels d'une population donnée, appuyée par une formation sanitaire hospitalière de première référence ».

Dans cette logique, l'évacuation d'un malade, c'est-à-dire l'orientation et/ou le transfert du patient, doit se faire d'abord vers ce premier niveau de référence. En cas de nécessité, il pourra ensuite être référé au deuxième, voire au troisième niveau de référence pour une prise en charge plus adéquate conformément au schéma classique de la pyramide sanitaire.



Pyramide sanitaire: les niveaux de références

Ainsi, à chaque niveau de la pyramide correspond un paquet d'activités bien définies en termes de plateau technique et de compétences en ressources humaines. En pratique, ce schéma théorique ne correspond pas toujours à la réalité, loin s'en faut! Le MGC est souvent déçu par les prises en charge réalisées au niveau de l'hôpital de district dont il dépend, plus ou moins équipé pour recevoir des maladies aiguës ou complexes, tenu par des médecins généralistes souvent débordés par de multiples tâches. Les familles se plaignent à lui, l'obligeant parfois à se rendre sur place pour négocier la conduite des soins, trouver une solution. Finalement les MGC sont amenés par la force des choses à adopter des stratégies au cas par cas qui les conduisent à orienter leurs patients directement vers l'hôpital régional pourvu d'un plateau technique plus conséquent avec des services spécialisés (chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie) ou vers des spécialistes du CHU qu'ils ont fréquentés durant leurs études et auxquels ils font confiance.

Cette logique ne correspond pas à celle des paquets d'activités par niveau préconisée sur un plan formel mais se justifie en termes d'efficacité et d'éthique pour un praticien: le MGC a le devoir d'orienter ses malades en vue d'obtenir le meilleur résultat possible pour eux, après leur avoir donné les informations nécessaires à une bonne compréhension. Cela suppose:

- une explication claire du cas considéré, au patient et/ou sa famille;
- une information sur la référence proposée, les alternatives possibles, les résultats attendus, de façon à permettre un choix éclairé;
- le conditionnement du patient en fonction du cas (modalités d'évacuation et de transport, prévenir le service ou le médecin référent);
- de remplir la fiche de référence avec les indications nécessaires: anamnèse, diagnostic probable, traitements effectués, motif de référence.

En principe, le retour du patient vers le MGC devrait être accompagné d'une information sur les examens pratiqués, l'intervention éventuellement réalisée, le diagnostic retenu ainsi que des recommandations pour le traitement et le suivi du patient. C'est ce qu'on appelle la « contre-référence ».

En pratique, cette rétro-information est bien souvent absente. Le MGC retrouve son malade avec une « ordonnance de sortie » sans autres explications que celles que son patient est capable de lui donner. En matière de référence et de contre-référence, disons-le franchement, beaucoup de progrès restent à faire. Et les MGC peuvent grandement améliorer cette situation par leur comportement médical dans ce domaine.

4. La transition épidémiologique

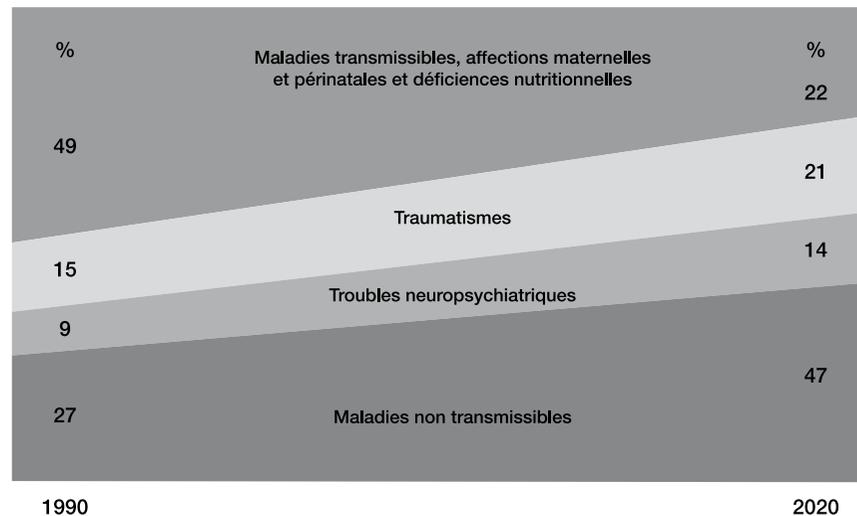
Les maladies non transmissibles selon la terminologie de l'OMS – c'est-à-dire les maladies non infectieuses et non parasitaires – vont augmenter dans les années qui viennent avec les changements de comportement et de mode de vie que l'on observe un peu partout, auxquels s'ajoute le vieillissement des populations en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie⁵. Ces maladies émergentes sont encore appelées « maladies de civilisation » car elles accompagnent certains effets du développement socioéconomique liés à la sédentarité, l'alimentation, le stress, etc. Cette transition, plus marquée en ville, n'épargne pas les campagnes où l'on voit de plus en plus de diabétiques et d'hypertendus qui nécessitent un traitement et un suivi au long cours.

Dans les pays en développement, à la fin du siècle dernier, les maladies infectieuses ainsi que les problèmes liés à la périnatalité et à la nutrition constituaient la moitié des problèmes de santé mais, d'ici 2020, n'en représenteront plus que 22 %. Par contre les affections dues au vieillissement, aux maladies chroniques et aux pathologies dites de civilisation vont augmenter de 27 à 43 %. Les traumatismes, surtout liés aux accidents de circulation, vont s'accroître de 15 à 21 % ainsi que de nouvelles pathologies neuropsychiques en rapport avec les migrations urbaines et les phénomènes de désocialisation (de 9 à 14 %). Le diagramme ci-contre illustre cette transition épidémiologique entre les années 1990 et 2020.

Cette transition est en cours. De ce fait, les MGC sont confrontés, comme dans toute période transitoire, au cumul des pathologies anciennes et nouvelles⁶. On peut prendre l'exemple de la typhoïde, très présente autrefois en Europe mais qui a pratiquement disparu : elle va côtoyer l'HTA et les maladies vasculaires dégénératives qui nécessitent des prises en charges très différentes. Dans sa pratique quotidienne, le MGC va devoir ainsi s'adapter à un paysage épidémiologique beaucoup plus diversifié où s'associent des pathologies infectieuses toujours prégnantes et de nouvelles pathologies en pleine expansion.

5. L'augmentation de l'espérance de vie est fortement liée à la diminution de la mortalité néonatale et infanto-juvénile avec, pour conséquence, une moyenne d'âge qui augmente.

6. Ce phénomène est également très présent dans la transition démographique marquée par l'augmentation de la population âgée alors que la natalité reste forte. Avant d'atteindre un nouvel équilibre entre natalité et mortalité, la population générale s'accroît fortement.



Source : OMS, bases factuelles et information à l'appui des politiques de santé.

Dans ce contexte évolutif, le MGC en première ligne est le mieux placé pour adapter son paquet d'activités, innover sur des approches curatives et préventives comme le dépistage systématique de certaines affections, le suivi des maladies chroniques ou la prise en compte des maladies négligées comme la drépanocytose (chap.14 et 15). La pratique du MGC n'est plus seulement celle du soin au cas par cas : il doit être capable, grâce à sa formation médicale, d'assurer des prises en charge diversifiées et complexes justifiées par l'apparition de besoins nouveaux.

5. Pour conclure

Le paquet d'activités, on vient de le voir tout au long de ce chapitre, peut difficilement se réduire pour un médecin à un paquet minimal de base standardisé devant la complexité grandissante des cas et des situations. La notion de « maladies courantes » des SSP, prises en charge au premier niveau, est en réalité une commodité de langage pour parler d'un ensemble d'affections très hétérogènes auquel il a fallu ajouter un adjectif (négligées, émergentes, orphelines, prioritaires...) pour montrer combien la maladie courante, en fait, n'existait

pas! Pour un médecin qui se respecte, chaque cas rencontré est particulier: le symptôme le plus anodin en apparence peut révéler une pathologie qu'il faut prendre au sérieux et traiter comme telle – l'inverse étant d'ailleurs tout autant possible. Vouloir simplifier la démarche clinique est, en soi, un non-sens.

Ceci étant, les besoins sont là, immenses dans des régions où les MGC se sentent bien seuls pour faire face. Il leur faut garder la « tête sur les épaules », ne pas se disperser dans une multitude d'activités désordonnées, garder le cap. Pour le MGC, le concept de la médecine générale communautaire qui associe, dans une même pratique, la médecine de famille et la santé communautaire lui impose une approche globale que nous avons appelée, dans le chapitre 1, la stratégie combinée MF/SSP. En effet, le champ d'activités du MGC est à la fois centré:

- sur les demandes des patients, ce qui implique des soins personnalisés, attentifs et bienveillants, au mieux de leur intérêt;
- sur les besoins d'une collectivité, ce qui implique une démarche de santé publique conforme aux directives sanitaires du pays, fondée sur la participation communautaire.

Cette gestion simultanée doit être permanente et continue, capable d'intégrer le curatif, le préventif et l'éducatif (IEC). Elle forme un tout: cas aigus, maladies chroniques, dépistage/prévention, veille sanitaire, problèmes de santé publique dans l'aire de responsabilité...

Prenons, à titre d'exemple, des maladies transmissibles comme le VIH, les MST, la tuberculose, des maladies chroniques comme l'HTA et le diabète, ou le cancer du col de l'utérus. Il est évident que le « paquet » à prendre en compte devra concerner à la fois:

- l'individu: dépistage, soins, conseils, surveillance;
- la famille et l'entourage: incitation (dépistage), conseils, surveillance;
- la collectivité: information (campagnes préventives), incitation (dépistage).

C'est en cela que la stratégie combinée MF/SSP apporte une valeur ajoutée car elle permet d'agir « aux deux bouts de la chaîne », en amont et en aval, sans séparer le curatif du préventif au contraire des programmes verticaux qui, bien souvent, fragmentent les diverses approches avec des acteurs différents. Et le MGC devient crédible auprès de sa population s'il exerce dans cet esprit de globalité et de continuité. Il est l'interface, le facilitateur, le chaînon indispensable

entre l'administration sanitaire et les attentes concrètes des familles et des populations locales.

Mais alors, jusqu'où aller? Nous avons vu plus haut combien il était important d'apprécier/connaître sa propre compétence, ses conditions d'exercice, l'environnement de ses patients (géographique, socioéconomique). On peut très bien concevoir un MGC isolé plusieurs mois en saison des pluies pratiquant des césariennes, à condition d'être compétent, pourvu d'un équipement adapté à ce type d'intervention⁷. La limite revient à chaque MGC en se référant à une règle éthique qui appartient de tout temps à la pratique médicale et qu'il doit avoir constamment présente à l'esprit: *Primum non nocere* (d'abord ne pas nuire!).⁸

7. Rappelons qu'en Afrique subsaharienne, une femme sur 16 meurt d'une pathologie liée à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites (42 jours), et une femme sur 12 dans les zones sahéliennes. Les femmes le savent à travers ce dicton: « la femme qui accouche a un pied dans ce monde et un pied dans l'autre ». Ce risque concerne une femme sur 3 200 dans les pays développés (source OMS).
8. Voir chapitre 21 sur l'éthique et la déontologie médicale.

13. La prescription thérapeutique

1. Introduction

En brousse, vous constatez que les malades viennent consulter pour avoir des médicaments qui sont pour eux des produits magiques destinés à soulager et à guérir, dont l'action doit être rapide, presque immédiate. Dans le cas contraire, cela veut dire que vous vous êtes trompé sur la maladie, que vous n'avez pas vu clair. Parfois même, vos patients sont méfiants parce que vous les avez examinés longuement : ils pensent que vous n'arrivez pas à trouver leur mal, que vous hésitez. Ils croient que le grand médecin, comme le marabout, « *voit tout de suite ce que tu as, rien qu'en te regardant* »... Si bien que l'argent qu'ils vont vous donner, ce n'est pas pour l'acte médical que vous leur avez prodigué avec beaucoup d'attention mais pour payer les médicaments. À leurs yeux, pour nombre d'entre eux, le médicament est tout.

Comme vous n'êtes pas dans un dispensaire public, beaucoup viendront chercher auprès de vous des médicaments qu'ils ne connaissent pas, d'autres gélules ou comprimés que ceux qui leur ont été maintes fois prescrits ailleurs. Vous savez qu'il va vous falloir être un très bon stratège pour leur faire accepter la bonne prescription, c'est-à-dire celle qui convient au traitement de leur pathologie. À la campagne, ce n'est pas votre diagnostic qui va être discuté comme cela commence à se produire en ville, mais ce sont les aspects symboliques et matériels qui vont guider la relation thérapeutique entre vous et vos patients.

C'est ainsi qu'il vous faut parfois (souvent ?) négocier, même si les malades sont dans l'ensemble disciplinés car ils ont confiance en vous. Négocier l'ordonnance devant un patient ou sa famille qui vous dit : « *Ah docteur, moi je n'ai pas d'argent, il faut diviser l'ordonnance en deux!* ». Que faire, quel médicament supprimer ?

En réalité, dans bien des cas, vous n'avez pas d'autre choix que celui de vous adapter à la situation des villageois qui sont des ruraux à la vie dure, souvent pauvres mais aussi « près de leurs sous », même s'ils sont riches de leurs récoltes ou de leurs troupeaux ! Parfois roublards comme cet éleveur qui pleurait n'ayant

Parole de MGC

« Une femme est venue me voir avec une péritonite. J'ai dit à son mari qu'il fallait l'évacuer à Mopti, à 110 km. Il n'avait pas les moyens pour l'opération, loger là-bas. Il n'avait même pas assez d'argent pour prendre le bus. Ils sont rentrés au village : je ne pouvais pas faire autrement ».

Dr Ramata Samaké – Mail

pas de quoi payer pour les soins de son bébé mais qui, quelques jours après, sortait une liasse de billets pour soigner l'une de ses vaches...

Ce contexte particulier de la médecine rurale en situation isolée se traduit par des « non choix » qui peuvent s'avérer dramatiques comme l'impossibilité d'évacuer parce qu'il n'y a pas de véhicule disponible ou parce que la famille n'a pas de quoi financer le transport et vous dit : « *on n'a pas les moyens, on rentre au village avec notre malade, c'est ainsi!* ». La fatalité, cette notion omniprésente du destin, facilite l'acceptation de ces drames qui surgissent au détour de vos journées mais vous n'êtes pas dupes. Vous savez qu'il aurait pu en être autrement : une intervention chirurgicale aurait sauvé cet enfant qui présentait un début de péritonite appendiculaire. Vous en parlez peu mais ces cas douloureux vous rongent lorsque cette responsabilité tronquée qui est la vôtre devient trop lourde à porter (encadré).

La prescription thérapeutique, au sens large de la décision thérapeutique, ne peut pas se réduire au seul acte technique car il dépend étroitement des conditions dans lesquelles il va s'effectuer. C'est ce que nous allons tenter d'examiner.

2. Le don et le contre-don

Le moment de la prescription est crucial. Pour le comprendre, il convient de replacer ce moment particulier – *la relation thérapeutique* – dans une dimension sociale plus générale. Pour nous y aider, nous allons nous référer à l'un des fondateurs de l'ethnologie, Marcel Mauss (1872-1950), dont l'œuvre magistrale – une des plus célèbres en socio-anthropologie – s'intitule *Essai sur le don*.

En effet, Mauss montre que l'échange est au cœur de toute vie sociale et que celui-ci, quel que soit le prétexte (honorifique, marchand, religieux, etc.), est toujours structuré selon trois obligations : « donner, recevoir, rendre ». Cette matrice fonde le vivre ensemble sous réserve que l'échange soit symétrique : le don

implique le contre-don pour rétablir l'équilibre et garantir l'harmonie. Dans les sociétés en transition, l'échange des choses (le troc traditionnel) cohabite avec l'échange monétaire (le prix en espèces), le goût pour le marchandage étant révélateur de cet entre-deux où le caractère symbolique des choses et leur valeur économique restent intriqués¹.

La relation thérapeutique, avec un guérisseur comme avec un médecin, n'échappe pas à cette règle qui consiste à donner et à rendre. Pour le soignant, donner un verdict (la cause du mal ou une hypothèse diagnostique) accompagné d'une prescription (rituel, ordonnance). Pour le patient, rendre, ce qui veut dire remercier sous forme d'une compensation en nature (un poulet par exemple) ou en argent (le prix de la consultation et des médicaments).

Cette relation est peut être plus complexe encore, une sorte de double aller-retour, entre le patient et le praticien si on considère que le premier donne au médecin/guérisseur quelque chose d'important en lui confiant son mal et parfois sa vie, auquel le second répond par une attitude bienveillante et professionnelle accompagnée d'une prescription que le patient reçoit à son tour comme un don qu'il se doit d'honorer pour être quitte – d'où le mot « honoraires » pour traduire ce juste retour accordé en échange d'un service.

Quoi qu'il en soit, on doit retenir que la relation thérapeutique ne peut être galvaudée car elle représente une totalité structurée – les trois obligations de Mauss – qui est au fondement de la relation soignant/soigné et va garantir la qualité de l'acte médical et la satisfaction du patient.

Cette analyse appelle trois remarques pour la pratique du MGC :

1/ L'insatisfaction des populations sur la façon dont elles s'estiment (mal) traitées dans les formations sanitaires relève, en grande partie, du non respect de cette relation thérapeutique, bien exprimée dans cette expression fréquente : « *on ne nous regarde même pas !* » (Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P, 2003). Au lieu d'accuser le manque de moyens, les conditions de travail ou les patients eux-mêmes comme s'il y avait des « bons malades » et des « mauvais malades », le MGC doit d'abord considérer sa propre pratique et la façon dont il se comporte avec ses patients.

1. Cette notion de transition évoquée au chapitre 12 se retrouve également dans le domaine culturel, entre tradition et modernité.

2/ Le paiement à crédit entre dans la logique du don et du contre-don car il consiste à « rendre à terme », autrement dit à rééquilibrer l'échange : « *le don entraîne nécessairement la notion de crédit* » écrit Mauss. Malgré toutes les difficultés liées au crédit évoquées au chapitre 9, les MGC doivent être conscients qu'il représente un atout dans leur pratique parce qu'il rend service (périodes de soudure) sans pervertir l'estime réciproque si précieuse pour maintenir une bonne relation thérapeutique.

3/ La gratuité des soins par contre, défendue par certains, se discute pour plusieurs raisons. D'abord, cette expression ne traduit pas la réalité car, selon l'adage pétri de bon sens, « *la santé n'a pas de prix mais un coût* », cela veut bien dire que quelqu'un doit payer ! De façon plus fondamentale, la gratuité pervertit la relation thérapeutique dans la mesure où elle transforme le soin en un dû. Elle développe l'irresponsabilité au niveau des soignants et une mentalité d'assisté au niveau des populations avec, à la clé, une baisse de la qualité des soins et une aggravation des inégalités entre les riches qui peuvent accéder à des circuits parallèles et les pauvres dépendants des aléas de l'aide internationale. C'est pourquoi la participation de tous est nécessaire, à un coût acceptable pour les familles avec des systèmes de préfinancements assurantiels fondés sur le principe de la « mutualisation du risque », gérés de façon transparente (mutuelles, forfaits ou autres)²

3. L'ordonnance

En médecine, la prescription thérapeutique consiste essentiellement à « faire une ordonnance », autrement dit à prescrire le ou les médicaments qui conviennent au cas du malade et destinés si possible à le guérir ou, au moins, à améliorer son état.

Rédiger l'ordonnance est donc un moment clé de l'acte médical, très attendu par le malade car il est venu dans ce but : avoir le bon remède pour soigner son mal. Le médecin qui se respecte, de son côté, sait qu'il ne va pas prescrire

2. Nous parlons ici des maladies ambulatoires qui concernent la médecine générale. La prise en charge de pathologies spécifiques (tuberculose, VIH, césarienne...) et de l'indigence vraie relèvent d'autres mécanismes de niveau national. Ces politiques publiques d'exemption de paiement des soins doivent rester limitées car elles entraînent nécessairement une surbureaucratization et une dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure. Et souvent une perte de qualité des soins... La gratuité doit rester sélective et s'articuler avec les autres modalités de financement.

n'importe quoi et que son ordonnance, pour être valable, impose une démarche clinique rigoureuse, décrite au chapitre 2, afin de prendre une bonne décision.

La prescription médicamenteuse doit ainsi, pour le MGC, répondre à trois impératifs : être rationnelle, respecter la posologie, être établie au moindre coût.

Être rationnelle. La médecine moderne utilise des principes actifs, souvent nommés « molécules », issus de la recherche scientifique et dont l'efficacité est sans commune mesure avec les thérapeutiques de la médecine d'autrefois. Aujourd'hui, le médecin le plus isolé dispose de médicaments puissants qui lui donnent une véritable « force de frappe » capable de sauver des vies et d'avoir un réel impact³. La contrepartie de cette efficacité, c'est une rigueur intellectuelle indispensable – savoir pourquoi l'on prescrit telle substance, l'effet attendu, les risques éventuels encourus – basée sur des critères scientifiques démontrés et les recommandations actualisées sur les bonnes pratiques (conférences de consensus, groupe d'experts reconnus, revues professionnelles indépendantes etc.).

Une phrase résume en quelques mots ce que devrait être l'état d'esprit de tout prescripteur : « *quand ce n'est pas indiqué, c'est contre-indiqué* » (Rivo Andry Rakotoarivelo).

À chaque prescription, le MGC doit être capable d'argumenter sa décision et de dire quelles sont ses références. En la matière, l'approximation – le « pifomètre » – n'est pas acceptable. Éviter les associations de molécules, sauf raison justifiable.

Respecter la posologie. L'origine du mot dit bien ce dont il s'agit : combien (*poson* en grec) et selon quelle méthodologie ?

► **Combien**

Il s'agit de la dose, en général journalière, que le malade doit recevoir pour une bonne efficacité du médicament et éviter les risques de surdosage.

L'âge et le poids sont déterminants pour fixer la dose. Il est souhaitable de toujours les confronter pour éviter les erreurs, même chez l'adulte⁴.

³ On peut dire que la révolution thérapeutique est récente : elle date des années 1940/50 avec la découverte de la pénicilline (1940), de la streptomycine (1944), de l'utilisation de la cortisone (1948), ouvrant tout un champ de nouvelles découvertes. Avant cela nos aînés étaient extrêmement démunis en produits actifs (extrait de digitale, la caféine, la belladone, le salicylate, la quinine, le brome... guère plus).

⁴ Certains médecins, surtout pour les antibiotiques, diminuent la dose sous prétexte que les ruraux sont encore très sensibles aux médicaments. Nous pensons que c'est trop aléatoire et qu'il vaut mieux se baser sur le poids qui n'est souvent pas en concordance avec l'âge, même chez l'adulte (le poids moyen d'un paysan malgache se situe autour de 45-50 kg).

► **Méthodologie**

Elle fixe le nombre de prises par jour en fonction de la pharmacocinétique du produit et du mode d'administration (injectable, per os, percutané, etc.).

Elle indique la durée en nombre de jours.

L'ensemble de ces dispositions s'appelle encore le protocole thérapeutique auquel doivent bien entendu s'ajouter des indications sur les mesures à prendre (repos, isolement), des conseils de vie (alimentation, hygiène, etc.), des informations sur les évolutions possibles et ce qu'il conviendra de faire.

Être établie au moindre coût. Cette préoccupation du coût de l'ordonnance est particulièrement justifiée pour les MGC qui exercent dans des milieux aux ressources limitées, soumises aux variations saisonnières (périodes de soudure) et aux aléas climatiques qui peuvent, brutalement, entraîner une paupérisation générale de leur population de référence. À cet égard, c'est l'attitude parcimonieuse qui convient : le moins de médicaments possible en fonction de l'état du malade et les moins chers (génériques), à condition d'être de bonne qualité. Pour diminuer le coût de l'ordonnance, on peut utiliser des moyens très simples. Par exemple :

- fabriquer soi-même le sérum physiologique pour le nez ou le SRO (sérum de réhydratation orale) ;
- utiliser la phytothérapie locale, parfois conditionnée en sachets pour tisanes, décoctions, etc.
- recommander des massages, très appréciés dans certaines cultures (Madagascar).

Dans toute prescription, il ne faut pas négliger l'effet placebo qui accompagne souvent les paroles rassurantes et les petits moyens que tous les thérapeutes utilisent pour satisfaire leurs malades (encadré).

Le calcul du coût moyen de l'ordonnance, évoqué au chapitre 10, permet facilement de s'autoévaluer et de rectifier les mauvaises habitudes qui ne manqueront pas d'apparaître sous l'influence des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques⁵ ou d'un certain laxisme face aux demandes parfois pressantes des patients.

⁵ Ces visiteurs qui restaient « sur le goudron » s'aventurent de plus en plus dans les campagnes isolées. Pourvoyeurs d'échantillons, professionnels du marketing, ils ont mission d'informer (ce qui est utile) mais surtout de faire prescrire (rôle commercial). Le MGC ne doit pas être dupe devant cette ambivalence et toujours exiger des références scientifiques.

L'effet placebo

C'est l'effet bénéfique, subjectif mais réel, produit par une substance médicinale ou un acte de guérison n'ayant pas d'efficacité démontrée.

Il serait lié à la sécrétion par le cerveau de certaines substances (endorphines) qui soulagent en particulier la douleur. Ainsi, l'effet placebo n'est pas magique mais la conséquence biochimique d'une suggestion symbolique. C'est un mécanisme psychophysiologique déclenché par autosuggestion.

L'effet bénéfique sur l'amélioration des symptômes est d'environ 30 % mais de courte durée (qq. heures à qq. jours). Les résultats sont surtout appréciables dans les affections psychosomatiques et fonctionnelles.

4. L'observance

Le malade va-t-il observer, au sens de respecter/suivre, la prescription du médecin ? On comprend l'importance de cette question qui est pourtant négligée comme si la chose allait de soi. La vision hospitalière explique cet état de fait car la relation médecin/malade y est surtout une relation d'autorité vis-à-vis d'un malade anonyme et captif dans l'enceinte de l'hôpital que l'on perd de vue dès sa sortie. Il en est tout autrement pour le MGC qui vit au village, en interaction constante avec sa population, partageant avec elle les événements quotidiens des familles qui la composent.

Posons d'abord la question : « *qu'est-ce qu'une bonne observance ?* ». On peut répondre de la façon suivante : c'est la meilleure concordance possible entre la prescription du médecin et le comportement du malade. Elle implique une bonne compréhension réciproque, un accord, la confiance. Est-ce toujours le cas ? Il faut reconnaître que les conditions ne sont pas systématiquement réunies et que bien des obstacles peuvent perturber cet idéal, liés au médecin lui-même, au malade ou au contexte dans lequel s'effectue l'acte thérapeutique.

► Le médecin

Le médecin de campagne partage la vie des gens et son CMC n'est pas un lieu isolé : on y passe pour donner des nouvelles, parler des récoltes ou blaguer avec des congénères qui attendent dehors sous un auvent :

« *Ici en brousse il faut parler. Si tu ne réponds pas à un bonjour, tout de suite c'est : le médecin est fâché contre moi ; ça joue beaucoup* »⁶.

6. Les citations sont celles de MGC malgaches recueillies par Julien Lefeuvre (mémoire de master 2 d'anthropologie bioculturelle. Aix-Marseille, 2007)

La médecine de proximité implique une certaine familiarité, une bonne maîtrise des règles socio-relationnelles (façon de se saluer, le langage allusif, les expressions locales, etc.) que le MGC doit intégrer dans la relation thérapeutique comme en faisant partie :

« *Le fait de parler, c'est déjà 50 % de la maladie qui est guérie* ».

Cette proximité permet de réduire la distance culturelle mais, en même temps, personnalise la relation thérapeutique, ce qui n'est pas sans inconvénient. La pudeur, par exemple, est plus marquée à la campagne où tout le monde se connaît, ce qui rend le rapport au corps de l'autre plus difficile :

« *Là, tu as une personne que tu vois tous les jours... Tes malades, ce sont des personnes que tu côtoies d'une manière ou d'une autre* ».

C'est ce qui explique souvent des examens pratiqués « a minima », par timidité ou par crainte de faire un geste qui serait mal interprété :

« *Ici, tu ne peux pas faire comme si tu étais à Tana (la capitale). Tu ne peux pas risquer de choquer les gens. Par exemple tu fais enlever le haut et examines les seins, et puis tu fais remettre le haut et examines le ventre* ».

Certains médecins veillent à ce qu'un accompagnant soit présent qui joue, en quelque sorte, le rôle de témoin pour éviter les fausses rumeurs. La crainte de mal faire ou, au contraire, de ne pas répondre à l'attente des gens peut paralyser le médecin, surtout au début :

« *Le bouche à oreille, ça peut te détruire* ».

C'est le cas aussi pour des actes très attendus qui sont des « marqueurs populaires » de la capacité du médecin comme la circoncision, la cure de hernie, l'extraction dentaire... Les réputations se font et se défont aussi vite et il faut du temps pour construire un « capital confiance » suffisamment solide qu'on appelle la renommée. La relation privilégiée, par exemple avec une personne qui a rendu de menus services au moment de l'installation, peut mettre le médecin en situation délicate :

« *Je pensais que ça ne jouerait pas si tu avais des copains ou des affinités, mais en fait ça gâche un peu quelque chose... je me suis très bien entendu au début avec les voisins, on était amis. Après, ces gens sont venus au cabinet médical et n'ont pas arrêté d'abuser et de faire crédit sur crédit* ».

D'où l'importance de la bonne distance, ni trop proche, ni trop loin, difficile à maintenir mais que le MGC doit parvenir à ajuster en permanence pour ne pas

se mettre dans des situations impossibles et parvenir à garder, avec tous ses patients, une relation thérapeutique de qualité.

► Le malade

La plus grande difficulté est représentée par l'analphabétisme des populations rurales : l'ordonnance ne pouvant pas être lue doit être particulièrement bien expliquée et visualisée :

– l'explication, imagée avec des repères compréhensibles pour les prises.

Par exemple : 1 gélule rouge quand le coq chante le matin,

1 comprimé bleu quand les bœufs rentrent le soir ;

– la visualisation, avec des dessins (soleil, lune, etc.) et des couleurs (bâtons pour le nombre de comprimés...) inscrits sur l'ordonnance ou le carnet selon les habitudes locales ;

– il est important de faire réexpliquer par le malade et/ou l'accompagnant pour être sûr que la prescription a bien été comprise.

Les effets secondaires aux prises médicamenteuses – réels ou supposés – peuvent nuire à l'observance en provoquant l'arrêt du traitement. Il faut avertir le malade ou son accompagnant des effets secondaires possibles et lui indiquer la conduite à tenir en fonction du médicament et du contexte (possibilité d'avertir le médecin ou pas).

Certains malades ont tendance à arrêter leur traitement dès qu'ils se sentent mieux, parfois pour le revendre et en tirer un peu d'argent. D'autres sont exigeants avec des idées bien arrêtées sur le fait, par exemple, que les injections sont plus efficaces, que les vitamines donnent la force, que telle pilule n'est pas bonne, etc. Le médecin cherchera à s'adapter au profil de chacun de ses patients sous réserve de ne jamais renoncer à la validité scientifique de son acte thérapeutique (par exemple, faire une injection antibiotique pour démarrer le traitement et poursuivre avec la même molécule *per os*).

Dans certaines régions, il peut y avoir un problème de langue pour les MGC qui n'en sont pas originaires. Le recrutement d'un agent de santé de la région peut être nécessaire pour faire office de traducteur, ce qui permettra d'améliorer une communication difficile avec les patients. Il vaut mieux que cet interprète, issu du milieu socioculturel, ne fasse pas partie de la communauté, pour ne pas mettre ce dernier en difficulté en matière de confidentialité. Mais, même dans cette situation, le MGC doit faire un effort pour apprendre les langues locales et montrer ainsi son attention : formules de politesse, mots-clés pour l'interrogatoire...

► Le contexte

Les distances parcourues par les malades et leurs accompagnants se comptent parfois en dizaines de kilomètres. Les moyens utilisés (marche, charrette, âne ou chameau, pirogue, moto, taxi brousse), l'effort physique et financier nécessaires à ces longs déplacements ont un impact sur la relation thérapeutique : le médecin sait que le malade attend une décision claire avec, à la clé, un résultat « si Dieu le veut » ! L'enjeu de la consultation est donc décisif pour le patient comme pour le médecin qui va adapter son ordonnance en conséquence avec une prescription énergique, « de couverture », qui cherche avant tout à anticiper le pire. Il sait que le malade ne pourra pas toujours revenir...

Le facteur économique est omniprésent dans le monde rural qui connaît des périodes de disette et où, d'une façon générale, l'argent circule peu. C'est pourquoi le prix de l'ordonnance se discute à hauteur de la monnaie que l'on a amenée avec soi. Si le prix dépasse, tout se complique car il va falloir repartir pour négocier avec la famille (combien de kilomètres ?), vendre un peu de sa production ou emprunter de l'argent à une connaissance, voire aller réclamer une somme que l'on vous doit ! Bien souvent, les médecins sont contraints de réduire leurs ordonnances au strict minimum acceptable mais la négociation est parfois pénible :

« Pour cette plaie à recoudre : il a fallu enlever l'anesthésique car le malade ne pouvait payer que les fils, l'antiseptique et le pansement... »

Et que dire de situations où la famille n'a pas de quoi payer une évacuation et préfère retourner au village !

Les croyances ont une grande influence sur l'observance dans des sociétés peu scolarisées où le langage de la science n'a pas pénétré et où les interprétations traditionnelles prédominent. Des notions comme celles de microbes, virus, hormones, globules sanguins, etc. sont bien difficiles à expliquer pour faire comprendre aux patients les causes du mal et l'action thérapeutique des médicaments que le médecin prescrit. Les MGC doivent cultiver des trésors de patience pour se mettre à la portée des gens, expliquer avec un langage imagé, des métaphores et des comparaisons analogiques compréhensibles par des paysans qui n'ont jamais ou très peu fréquenté l'école :

« Il faut bien expliquer au patient. Il faut expliquer jusqu'à ce qu'il comprenne. En cas de maladie grave ou quelque chose de difficile, même pendant trente minutes ».

5. À retenir

La prescription et/ou la décision thérapeutique conclut l'acte médical au terme d'une démarche clinique cohérente fondée sur une relation compréhensive avec le patient. C'est le point d'orgue de la consultation.

La rigueur est incontournable car, en la matière, il n'y a pas de médecine malgache, malienne, béninoise... mais des règles universelles basées sur des référentiels scientifiques auxquels il convient de se référer. L'adaptation au contexte se justifie, dans le cas de résistances à certaines « molécules » par exemple, à condition de suivre les protocoles thérapeutiques qui ont fait leur preuve.

Face à cette attitude générale qui est la sienne, le MGC doit être conscient des nombreux pièges et dérives qui se pratiquent à grande échelle et qui le guettent lui aussi, parmi lesquels on peut citer ici :

- les consultations rapides (environ deux minutes d'après une étude dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest), avec de nombreux passe-droits en fonction du statut social, sans véritable examen, qui aboutissent à des traitements approximatifs alors que le diagnostic n'est pas fondé : « *on nomme une pathologie « standard », on prescrit un traitement tout aussi standard, sans vraiment savoir. Le malade est catalogué d'une certaine manière pour rien, étiqueté sous un terme alliant le vernaculaire au médical : c'est un palu !* », (Diallo AB, et Al. 2004)⁷;
- l'absence de dialogue entre soignants et soignés avec, souvent, une attitude d'autorité de la part des soignants qui maintient les patients dans l'ignorance de leur maladie, l'incapacité à se prendre en charge faute d'une relation de confiance, les condamnant à l'errance thérapeutique ;
- l'abus thérapeutique avec prescription de médicaments non justifiés (« fortifiants » divers et variés), voire dangereux (ex. abus des ocytociques), dans un esprit clientéliste et commercial. On voit ainsi, pour plaire aux patients, des pratiques douteuses se développer comme la multiplication des injections, la pose de perfusion de sérum pour « redonner la force », sans parler des injections antibiotiques préventives pour éviter les infections (!) et autres prescriptions sans scrupule qui confinent au charlatanisme.

7. Étude en Guinée portant sur 45 cas de tuberculose, 89 % ont été étiquetés paludisme retardant ainsi le diagnostic de deux à trois mois : « Au début, on m'a dit à l'hôpital que je souffre du « palu », j'ai pris des comprimés et des injections. J'ai trouvé que ça n'allait pas et j'ai arrêté ».

Aller à contre-courant est chose difficile mais le MGC doit se persuader que la « bonne attitude » finit toujours par payer, dans tous les sens du terme. La vraie renommée est inséparable de l'estime de soi : être un « grand médecin » – expression souvent utilisée par la population pour distinguer le « vrai » médecin de l'agent de santé – impose à celui-ci d'avoir un comportement en rapport avec son niveau de formation et de responsabilité. Dans cette perspective, quelques principes simples peuvent servir de conclusion :

- le dialogue MGC/patient, dans le respect mutuel, est la clé d'une bonne relation thérapeutique ;
- cette relation de proximité impose, pour le MGC, de garder la bonne distance en toute circonstance.

Ce dialogue comprend au moins deux aspects :

- 1) Une information sur la maladie et son évolution en partant des conceptions ethnolinguistiques populaires pour être compris, ce qui suppose un réel intérêt pour les représentations traditionnelles et d'être capable de les interpréter.
 - 2) Un échange sur la situation économique et sociale du patient pour connaître les difficultés et s'y adapter. Il y a souvent plusieurs solutions possibles.
- de même que le MGC se pose la question : « *que te dit la clinique ?* » (chapitre 2), il doit devant chaque prescription se poser également la question : « *est-ce vraiment nécessaire ?* », sachant que tout médicament peut être dangereux.
 - expliquer l'ordonnance améliore l'observance, sachant que le malade dit toujours oui et qu'il faut par conséquent vérifier qu'il a effectivement bien compris et qu'il est d'accord (rétro-information). Et toujours conclure une consultation : a) ce sur quoi on est d'accord, b) ce que l'on a décidé.
 - la prise au CMC de la première dose (per os ou injectable), devant le médecin, est une bonne induction pour fidéliser le patient à son traitement.

Enfin, faut-il toujours prescrire un médicament ? Non bien sûr : la prescription peut prendre la forme d'un conseil, d'une explication rassurante, d'un geste thérapeutique (réduction d'une hernie ou d'une luxation, incision d'abcès, infiltration etc.), ou encore d'une orientation vers un examen complémentaire ou un avis spécialisé qui permettront de prendre la meilleure décision possible.

14. La prise en charge des maladies chroniques

1. Introduction

Vous êtes maintenant plongé dans votre pratique quotidienne, sollicité à longueur de journée, bien conscient des difficultés que nous avons évoquées dans le chapitre précédent à propos de la prescription thérapeutique. La file des malades, qui attendent dans le calme, est parfois interrompue par une arrivée en catastrophe: un blessé ou un(e) malade grave allongé(e) sur une charrette tirée par un âne comme au Mali, ou allongé(e) dans une couverture arrimée à des bois portés à épaule d'homme comme dans les montagnes malgaches. Vous pratiquez une médecine à la demande, au coup par coup, proche d'un service d'urgences où il faut régler les problèmes au fur et à mesure.

Dans ce contexte, la maladie chronique semble ne pas exister. Un malade qui ne guérit pas va, en général, se lancer dans une longue quête thérapeutique auprès de recours variés, modernes et traditionnels... Il va, en quelque sorte, disparaître dans la nature et finir souvent reclus au domicile de sa famille, considéré comme un incurable porteur d'une grave malédiction. Ces pathologies au long cours deviennent ainsi des pathologies silencieuses et cachées.

C'est pourquoi il est important d'être vigilant et de garder une attention particulière pour ces malades chroniques dont la prise en charge est si difficile. Vous le constatez: établir une relation au long cours avec ce type de patients implique un véritable « contrat de confiance », jamais définitivement acquis, toujours à refaire.

Au fond, pour prendre une image, on peut dire que la maladie chronique est un peu l'arbre au milieu de la forêt des cas quotidiens. Il faut la débusquer, puis s'en occuper pour qu'elle ne vous échappe pas. La différence entre les médecins qui suivent de nombreux cas chroniques et ceux qui n'en ont presque pas est frappante, montrant par là que ce type de maladies vous échappe si vous n'y pensez pas. Le cas de l'épilepsie est démonstratif à cet égard: la connaissance des symptômes et des bonnes questions à poser permet le diagnostic, puis la

mise en place d'une stratégie appropriée. Retenez cette règle, très générale mais valable en bien des occasions: « *on ne trouve que ce que l'on cherche!* »

Nous allons, dans ce chapitre, essayer de prendre la mesure du problème pour ensuite, à partir de trois exemples, analyser les composantes nécessaires à la meilleure prise en charge possible d'une maladie chronique.

2. Prendre la mesure du problème

Nous avons évoqué au chapitre 12 la transition épidémiologique marquée par un déplacement progressif des maladies infectieuses vers les maladies non transmissibles, phénomène lié à l'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène et de la nutrition, ainsi qu'aux progrès de la médecine. Cet ensemble de raisons, combinées entre elles, amène à un vieillissement de la population avec, pour conséquence, l'émergence de maladies autrefois peu fréquentes mais qui augmentent de façon rapide: hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies, diabète, cancers, rhumatismes chroniques, maladies mentales (addictions) etc.

Cette évolution, accompagnée du déclin des maladies infectieuses et parasitaires, a surtout concerné les pays développés au siècle dernier mais s'amorce de façon nette dans les PED qui vont devoir s'y adapter tout au long de ce XXI^e siècle.

La majorité de ces maladies émergentes sont des maladies « au long cours » même si elles se sont manifestées sur un mode aigu, la prise en charge thérapeutique permettant le plus souvent de passer le cap et de stabiliser la maladie avec une surveillance régulière (**encadré**).

Parole de MGC

« Quand je suis allé en France dans le cadre des échanges avec des confrères généralistes, j'avais l'impression qu'on soignait des malades en bonne santé! En fait, en regardant les dossiers de ces patients, je me suis rendu compte qu'ils seraient déjà morts dans nos pays: ils avaient eu des opérations ou des traitements très lourds, impossibles chez nous. Maintenant, on les surveillait pour qu'ils aillent bien... »

Dr Mansour Sy, en mission de compagnonnage auprès d'un généraliste français.

Les maladies transmissibles, quant à elles, sont toujours actives malgré des progrès indéniables dus en grande partie aux nombreux programmes de santé publique et aux campagnes massives de vaccination¹. Mais, en regard des succès, on observe aujourd'hui des situations préoccupantes, souvent liées à l'instabilité sociopolitique de certaines régions qui affaiblit les systèmes de soins. On peut ajouter aussi la multiplication des migrations humaines qui favorise la diffusion des agents pathogènes. C'est ainsi qu'apparaissent des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, l'exemple le plus emblématique étant, depuis les années 1980, l'explosion de l'épidémie de VIH/sida (émergence) accompagnée d'une forte recrudescence de la tuberculose (ré-émergence) dont l'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut à l'échelle du monde. Cette coinfection VIH et tuberculose représente un défi majeur en termes de prise en charge et de contrôle épidémique².

Dans ce panorama des affections chroniques, il convient d'ajouter un certain nombre de pathologies présentes de tout temps mais qui n'ont pas bénéficié d'une attention suffisante. Elles sont restées à l'écart des programmes internationaux, parfois ignorées. Ce sont des maladies négligées, révélatrices de l'inégalité sanitaire qui persiste avec, pour conséquence, la souffrance physique et morale d'un grand nombre de personnes, parfois leur exclusion sociale. C'est le cas - pour prendre deux exemples - de l'épilepsie dont la prévalence est élevée sur laquelle nous reviendrons, et de la drépanocytose qui touche l'enfant, dont le dépistage et la prise en charge précoces améliorent le pronostic ainsi que la qualité de vie de façon très importante (encadré).

L'ensemble de ces maladies chroniques, toutes causes confondues, représente d'après l'OMS environ 60 % de la morbidité/mortalité d'une population. C'est dire combien le MGC peut jouer un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de ces affections dont l'impact humain, social et économique est considérable.

Nous allons réfléchir à cette question avec des exemples concrets à partir desquels le MGC sera en mesure d'élaborer sa propre stratégie en fonction des cas rencontrés au jour le jour.

1. Citons, à titre d'exemples, la disparition de la variole (déclarée en 1979), la nette diminution des cinq maladies du PEV « classique » : la poliomyélite, la rougeole, le tétanos, la coqueluche, la diphtérie.

2. Autres exemples, les hépatites B et C pour les maladies infectieuses émergentes et la trypanosomiase humaine (maladie du sommeil) pour les maladies ré-émergentes.

Qu'est-ce que la drépanocytose ?

La drépanocytose est une maladie génétique liée à une anomalie de l'hémoglobine (HbS), chronique et grave chez le sujet homozygote. Elle provoque des phénomènes d'hémolyse, avec risque de crises aiguës de déglobulisation, et de thromboses avec des crises vaso-occlusives extrêmement violentes, abdominales ou osseuses, qui sont la hantise des malades dès l'enfance.

3. Trois exemples illustratifs

Les trois exemples qui suivent reprennent la typologie que nous venons de décrire. Nous présentons ainsi successivement la problématique de la prise en charge de l'hypertension artérielle, du VIH-sida et de l'épilepsie³, trois affections très différentes auxquelles le MGC est souvent confronté car elles ont toutes les trois une forte prévalence dans la population générale.

1/ L'hypertension artérielle (HTA)

C'est une affection récente quasi inconnue en Afrique subsaharienne liée au changement des habitudes alimentaires, en particulier vis-à-vis du sel qui était très peu utilisé, considéré comme un aliment de luxe ainsi que le sucre. C'est pourquoi HTA et diabète sont deux pathologies émergentes intriquées, surtout dans les zones urbaines où la sédentarité et l'abus des sucreries de toute sorte favorisent la surcharge pondérale. En zone rurale comme en ville, l'assaisonnement par les cubes lyophilisés (cubes Maggi et apparentés) très riches en glutamate monosodique s'est généralisé, sans compter les campagnes de santé publique pour utiliser le *sel iodé* qui renforcent l'image positive du sel associée à l'idée de santé et de vie. Aujourd'hui, la prévalence de l'HTA est estimée entre 8 et 12 % en zone rurale, ce qui signifie que cette pathologie est fréquente et que le MGC la rencontre tous les jours, parfois associée au diabète puisque ces deux maladies sont liées en termes physiopathologiques.

Les difficultés et/ou les obstacles concernant la prise en charge de l'HTA doivent être contextualisés pour être bien compris (V. Lafay et al, 2006) :

– longtemps asymptomatique l'HTA est dépistée tardivement, souvent à l'occasion de complications dont les plus fréquentes sont les accidents

3. Ces trois pathologies sont celles des réseaux MGC de prise en charge des maladies chroniques initiés par Santé Sud.

Schéma de traitement de l'HTA proposé par le RHYTM¹

Trois niveaux :

1/ HTA légère, 140 à 160/90 à 100 mm/HG

Sans facteur de gravité : régime hyposodé qui consiste à isoler le plat du patient (sans sel) un repas sur deux

Avec facteurs de gravité : régime hyposodé + diurétique thiazidique (dihydrochlorothiazide 25 mg : ½ cp/jour) [environ 1 euro/mois]

2/ HTA modérée, 160 à 180/100 à 110 mm/HG

Idem HTA légère mais, si pas de résultat après 2 à 3 mois, passage à la bithérapie : Thiazidique + IEC ou un anticalcique [3 à 4 euros/mois]

3/ HTA sévère, 180/110 mm/HG

Obtenir un bilan biologique initial

Traitement médicamenteux d'emblée

4/ Cas particuliers :

Une déshydratation doit être corrigée avant tout traitement

Femme enceinte : pas de régime hyposodé, antihypertenseur central

Personne âgée : préférer antihypertenseur central

5/ Suivi :

Rapproché au début, puis tous les mois, puis tous les 3 mois

1. Réseau Hypertension du Mali initié par l'AMC du Mali et Santé Sud.

vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque ou rénale (les complications coronariennes étant rares).

- Le bilan clinique de l'hypertendu est essentiel (complété par les bandelettes diagnostiques : glycémie capillaire et protéinurie) mais les investigations plus complexes tels qu'un bilan biologique (créatinine, ionogramme), une échographie rénale ou un ECG sont rarement possibles compte tenu des distances et des coûts.
- La nécessité du régime hyposodé, justifié d'autant qu'il est particulièrement efficace⁴, est malaisé à faire comprendre dans des sociétés qui surestiment la valeur symbolique du sel et dont la coutume impose le partage des plats en commun.

4. Des publications américaines montrent une vulnérabilité particulière des populations afro-américaines au sodium qui serait liée à la conjonction de facteurs génétiques et de l'introduction d'une alimentation salée. D'où l'intérêt de réhabiliter les condiments traditionnels tel le soubala au Mali.

- Le coût du traitement antihypertenseur au long cours est un obstacle majeur d'autant que ce sont les molécules les plus onéreuses qui sont vendues (influence des laboratoires pharmaceutiques) alors que les molécules peu onéreuses (et non rentables) comme les diurétiques thiazidiques, prescrits en première intention, ne sont pas disponibles. De ce fait, la stratégie progressive de prise en charge, adaptée au contexte rural, est difficile à mettre en place (encadré).

L'acceptation d'un traitement quotidien et permanent qui n'apporte aucun bénéfice immédiat n'est pas évident dans un contexte où d'autres priorités paraissent plus urgentes, d'où les arrêts répétés que l'on constate souvent au cours du suivi.

2/ Le VIH-Sida

En Afrique subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PV-VIH) représentait, en 2007, 67 % du nombre total de PVVIH dans le monde et 75 % des décès dus au sida. C'est dire combien ce problème concerne les MGC qui ont nécessairement des cas plus ou moins nombreux dans leur population de référence. Au Mali par exemple, où le taux de prévalence est l'un des plus faibles en Afrique (1,3 % au niveau de la population générale), on peut estimer que chaque MGC devrait avoir potentiellement 130 PVVIH pour 10 000 habitants, sachant en outre que les femmes sont touchées de façon disproportionnée par rapport aux hommes puisque leur nombre dépasse 60 %, et que la co-infection VIH/tuberculose concerne environ 16 % des cas.

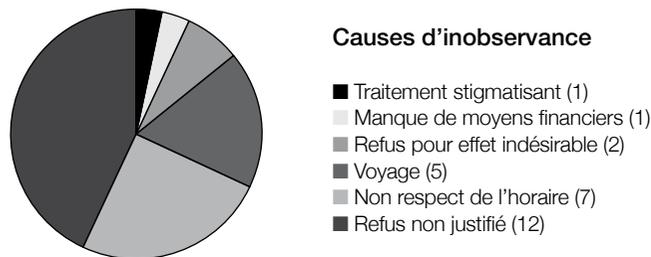
En réalité, on trouve dans les zones rurales des taux de prévalence globalement plus faibles (autour de 0,7 %) mais chaque MGC doit avoir une vision spécifique de son aire de responsabilité en fonction de facteurs de risques : proximité d'une grande ville, présence d'un axe routier, existence de phénomènes migratoires saisonniers (récoltes) etc. Le paysage épidémiologique varie d'un endroit à l'autre mais on peut au moins affirmer qu'aucun MGC peut dire : « *je n'ai pas ce type de cas chez moi !* ».

Les difficultés et/ou les obstacles pour la prise en charge des PVVIH en zones rurales sont principalement les suivants :

- Les centres de diagnostic et de mise en place des trithérapies par antirétroviraux (ARD), gratuits dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH-sida financés par le Fonds Mondial, sont peu accessibles car situés dans la capitale du

pays et dans certaines grandes villes régionales. De ce fait, il est difficile d'inclure des patients ruraux dans les protocoles nationaux compte tenu des distances, du coût du transport et des caractéristiques très particulières de cette affection (interprétations socioculturelles, stigmatisation). D'où l'importance pour les MGC de disposer de tests rapides de dépistage pour n'adresser aux centres agréés que les positifs, ce qui diminuerait le nombre de personnes à qui le dépistage est recommandé mais qui ne donnent pas suite (50 %).

- Les médecins ne sont pas suffisamment formés pour aborder cette pathologie complexe, en particulier sur les signes de présomption, les stades cliniques, la promotion active du dépistage (sensibilisation sur le VIH et les tests), l'approche psychosociale (le counseling pré-test et post-test), les difficultés de l'observance thérapeutique, les possibilités de prise en charge et de soutien social (associations de PVVIH).
- Le système de référence et de contre-référence n'est pas toujours satisfaisant : non transmission des bilans biologiques (CD4, charge virale) ou des modifications thérapeutiques (ARV) par la référence, à laquelle s'ajoute la rupture assez fréquente des médicaments (également gratuits) pour le traitement des maladies opportunistes (candidose, zona, diarrhée, toux chronique, etc.).
- L'inobservance du traitement au long cours relève de multiples causes devant lesquelles le MGC se sent souvent démuni mais qu'il peut prévenir, en partie grâce à une bonne relation avec ses patients. Le schéma ci-dessous résume les causes d'inobservance des traitements ARV d'après l'évaluation réalisée au Mali sur le suivi de 300 PVVIH par 19 MGC⁵.



5. Evaluation en mai 2010 par Georges Soula, épidémiologiste, du programme PVVIH de Santé Sud, réalisé au Mali de 2006 à 2009.

3/ L'épilepsie

L'épilepsie fait partie de ces maladies historiques et stigmatisantes, relativement effacée de la conscience collective dans les pays développés depuis l'apparition de médicaments modernes et de prises en charge efficaces, mais encore très présente et redoutée dans les PED.

En Afrique et à Madagascar, les taux de prévalence sont importants, situés selon les zones entre 10 et 20 %⁶. Encore considérée comme une malédiction – et souvent comme une maladie contagieuse au moment des crises – l'épilepsie est un réel problème de santé publique par le fardeau économique et social qu'elle fait peser sur un grand nombre de familles.

Et pourtant !.. cette maladie négligée, fréquente, est particulièrement accessible car elle a, si l'on peut dire, deux points forts (Farnarier G et al, 2002. Genton P et al, 2003) :

1/ Son diagnostic est essentiellement clinique, basé sur un interrogatoire précis, quasi policier, associant les personnes de l'entourage qui ont assisté aux crises (voir encadré page suivante).

2/ Le traitement bien conduit est spectaculaire avec arrêt des crises dans 60 % des cas ou une atténuation significative (30 %). Le bénéfice obtenu pour la majorité des malades est considérable : ils peuvent sortir de l'exclusion sociale, reprendre une vie normale, se marier, trouver un travail etc. Et le MGC, de son côté, acquiert une réputation qui va rapidement élargir sa zone d'attraction, parfois jusqu'à des contrées lointaines !..

Les difficultés et/ou obstacles pour parvenir à prendre en charge les malades épileptiques sont néanmoins importants :

- Les conceptions culturelles de la maladie (malédiction, possession, sorcellerie) sont très prégnantes, si bien que l'épilepsie relève du savoir des guérisseurs et non de celui de la médecine moderne. Convaincre les familles sur le fait que l'épilepsie est une maladie qui peut guérir avec un traitement permanent pendant au moins trois ans n'est pas facile et jamais définitivement acquis.

6. Ces prévalences sont nettement supérieures à celles des pays développés (autour de 5 %), les facteurs étiologiques étant plus variés et mal contrôlés : causes périnatales, infectieuses (séquelles de convulsions fébriles graves, méningites...), parasitaires comme la cysticercose, génétiques (familiale, consanguinité) etc. Des prévalences élevées peuvent ainsi toucher des zones très circonscrites, parfois à la dimension d'un village.

11 questions permettant de suspecter une épilepsie

1. Avez-vous déjà eu une perte de connaissance ?
2. Avez-vous déjà fait des épisodes au cours desquels vous perdiez le contact avec votre entourage pendant une courte durée, commençant et s'arrêtant tout d'un coup ?
3. Avez-vous déjà eu des crises au cours desquelles vous êtes tombé au sol avec perte de connaissance ?
4. Avez-vous déjà eu des crises de secousses des bras et des jambes que vous ne pouviez pas contrôler ?
5. Avez-vous déjà eu des crises au cours desquelles vous êtes tombé et vous vous êtes mordu la langue ?
6. Avez-vous déjà eu des crises au cours desquelles vous êtes tombé et avez perdu le contrôle de votre vessie ?
7. Avez-vous déjà eu des crises au cours desquelles vous vous êtes comporté momentanément de manière confuse ?
8. Avez-vous déjà eu des crises de fourmillements ou d'engourdissements qui se sont déplacées dans le bras, la jambe ou le corps ?
9. Avez-vous déjà eu des crises au cours desquelles vous avez ressenti des visions, des bruits ou des odeurs anormaux ?
10. Avez-vous déjà eu des crises de comportement étrange ?
11. Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous avez ou aviez une épilepsie ou fait des crises d'épilepsie ?

- Même si le diagnostic reste clinique dans la majorité des cas, la possibilité d'examen complémentaires en cas de doute (EEG), ou pour confirmer certaines étiologies spécifiques (bilan parasitologique), reste problématique pour des raisons d'accessibilité et de coût.
- En dehors du phénobarbital que l'on trouve partout, même dans les épiceries, le coût des autres médicaments antiépileptiques est prohibitif, inaccessible à la très grande majorité de la population. De ce fait, la prise en charge de l'épilepsie est dépendante de programmes d'accès aux médicaments tenant compte des capacités de paiement des populations comme la vente à prix couverts (« no profit, no loss ») pratiqué par Sanofi-Aventis pour ses programmes « *Impact Malaria* » ou « *Impact Epilepsy* »⁷.

7. Le réseau action recherche sur l'épilepsie (RARE) au Mali et le réseau sur l'épilepsie à Madagascar (REM), soutenus par la branche Accès aux Médicaments du laboratoire Sanofi-Aventis dans le cadre de son programme « Impact Epilepsy », permettent l'accès à prix différencié (coûtant) du Valproate de sodium aux MGC inclus dans ces deux réseaux de prise en charge des personnes vivant avec l'épilepsie.

4. Les composantes de la prise en charge des maladies chroniques

Ces trois exemples montrent à quel point la prise en charge des maladies chroniques est dépendante de facteurs biopsychosociaux intriqués entre eux que le MGC doit prendre en compte pour parvenir à un suivi au long cours de ses patients et à une bonne observance thérapeutique.

Si on considère les taux de prévalence de ces trois affections, il est facile d'imaginer le nombre de maladies chroniques que chaque MGC est amené à dépister et à suivre dans son aire de responsabilité, ce qui devrait représenter en théorie... plus de la moitié de son activité. Ce problème n'est donc pas marginal !

Nous allons, à partir de ces trois exemples d'affections chroniques dont les profils sont très différents, dégager quelques principes de référence que les MGC pourront utiliser pour l'ensemble des pathologies chroniques.

1/ La prise en charge doit être clinique et thérapeutique

– Clinique avec une bonne connaissance de la pathologie permettant :

- un dépistage systématique ;
- une évaluation du stade clinique.

– Thérapeutique avec une bonne connaissance des traitements indiqués en fonction du stade évolutif.

Pour cela, le MGC doit utiliser un protocole de prise en charge par pathologie. Celui-ci peut déjà exister pour les affections des programmes nationaux (VIH-sida, tuberculose, etc.), ou avoir été élaboré dans le cadre d'un travail en groupe de pairs comme dans l'exemple de l'HTA et de l'épilepsie. Chaque MGC peut également, à partir des recommandations scientifiques, élaborer son propre protocole de prise en charge adapté au contexte qui est le sien.

2/ La première consultation est déterminante

Nous parlons ici de la consultation d'inclusion qui est au point de départ de la prise en charge après que le MGC ait pu établir son diagnostic de maladie chronique, par exemple après avoir contrôlé un patient suspect d'hypertension à plusieurs reprises (l'HTA est confirmée) ou avoir fait vérifier un test rapide positif pour le VIH au niveau du centre de référence.

Paroles de MGC

« Il y a une différence entre l'efficacité vue par le médecin et l'efficacité vue par le malade qui considère qu'un traitement au long cours est inefficace ou dangereux. »

Dr Maminirina Rabenoavy

« Dans le suivi des maladies chroniques il faut parvenir à un vrai contrat médecin/patient, même s'il n'est pas écrit. »

Dr Mamy Rakotoninaly. Madagascar

Une fiche patient ou fiche d'inclusion sera remplie de façon méthodique. Elle servira de référence pour le MGC et permettra de suivre l'évolution (voir ci-contre une fiche patient pour l'HTA)

À ce stade, l'explication de la maladie et du traitement ainsi que les dispositions à prendre (hygiène, alimentation, mode de vie, etc.) sont particulièrement importantes de façon à créer une sorte de contrat médecin/patient basé sur la confiance (encadré).

Le MGC doit, d'autant plus qu'il s'agit de traitements longs, bien apprécier le bénéfice/risque de chaque molécule et prévenir son patient des effets indésirables (exemple: risque d'agitation chez l'enfant sous phénobarbital). Attention à la fascination pour les nouveaux médicaments qui n'apportent pas toujours un progrès par rapport à des produits qui ont fait leur preuve⁸: *le bon médicament est celui qu'on connaît bien!*

3/ Le suivi du patient permet l'observance du traitement

Il commence dès la première consultation d'inclusion où le dispositif de suivi est mis en place avec le patient: un « contrat de confiance » que le MGC modulera en fonction des capacités de compréhension du patient, de ses moyens financiers, du degré d'acceptation du traitement, de son éloignement. Au début, une surveillance rapprochée est souvent nécessaire pour fidéliser le patient, ajuster le traitement et apprécier son acceptabilité (psychophysiologique et économique), répondre aux questions nouvelles. Il n'y a pas, en la matière, de règles absolues sur le rythme des consultations de suivi qui vont

8. Pour exemple, les réseaux RARE et REM se limitent à l'utilisation de trois antiépileptiques qui permettent de traiter la grande majorité des épilepsies: le Phénobarbital (Gardéna), le Valproate de Sodium (Dépakine) et la Carbamazépine (Tégréto).

HTA – fiche patient

Nom: Prénom:
Age: enfant, 15-25, 25-50, >50 Sexe: M / F

Profession / activité:

Village:

Motif de consultation:

Date:

Histoire de la maladie:

Antécédents:

– Médicaux: Ictère	oui	non	inconnu
– Chirurgicaux:			
– HTA pdt grossesse	oui	non	inconnu
– Familiaux: HTA	oui	non	inconnu
Diabète	oui	non	inconnu
AVC	oui	non	inconnu

Facteurs de risques:

Tabac	oui	non	
Diabète	oui	non	inconnu
Poids:			
Taille:			
Ménopause:	oui	non	pré-ménopause

Traitement en cours:

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ?

Signes fonctionnels:

Dyspnée	oui	non	Céphalées	oui	non
Vertiges	oui	non	Acouphènes	oui	non
Autres:					

Signes physiques:

Tension artérielle à droite:...../..... à gauche:...../.....

Pouls:...../min régulier irrégulier

Déshydratation (pli cutané genou, sécheresse de la langue) oui non

Insuffisance cardiaque:

Souffle: oui / non	Galop: oui / non	Râles: oui / non
Œdèmes MI: oui / non	Hépatomégalie: oui / non	RefluxH: oui / non
Souffle périombilical: oui / non	Souffle carotidien: oui / non	
Contact lombaire: oui / non	Souffle fémoral: oui / non	

Si enfant: palpation des pouls fémoraux

Autres:

Signes d'anémie: oui non

Paraclinique:

Bandelettes urinaires: protéinurie: 0 + ++ +++	glycosurie: oui non
Glycémie capillaire:	

Si réalisé:

Fond d'œil: normal stade I stade II stade III stade IV

Créatininémie: Glycémie à jeun: NFS:

Ionogramme sanguin: Na: K: Ionogramme urinaire: Na: K:

Traitement entrepris:

Attention: si TRT par IEC, la patiente doit signaler toute grossesse

Surveillance particulière:

dépendre du malade, de sa pathologie et de son degré d'évolution, du protocole thérapeutique et de l'accessibilité des médicaments. Sur ce dernier point le MGC devra être particulièrement vigilant : le médicament est-il disponible ? Où ? À quel prix ? Selon les sources et le conditionnement, une même molécule peut avoir une variation de prix de 1 à 10⁹.

Nous proposons une fiche de suivi concernant l'épilepsie, sorte de calendrier qui permet de noter les dates de consultation et quelques indicateurs essentiels qui vont apprécier le résultat du traitement, sa tolérance et orienter les éventuelles modifications de la stratégie thérapeutique (voir ci-contre la fiche de suivi épilepsie). La fiche patient initiale et la fiche de suivi sont intégrées dans le dossier médical du patient (voir chapitre 15) et serviront de support, non seulement pour une prise en charge de qualité, mais aussi pour des études épidémiologiques et statistiques (de type recherche-action) en apportant des informations précieuses pour nombre d'affections chroniques qui évoluent à bas bruit, souvent dans l'ombre faute d'être suffisamment connues des médecins et du public.

5. Les personnes âgées

Le nombre de personnes âgées va augmenter. Beaucoup ne pourront plus se déplacer à pied, en charrette ou en vélo pour rejoindre par des pistes ou des chemins de brousse leur centre de santé. Ces vieilles personnes peuvent être classées en trois groupes :

- 1/ les sujets qui sont en forme, sans pathologies liées à l'âge ni déficit mental ou cognitif (mémoire) ;
- 2/ les sujets malades non dépendants avec une ou plusieurs pathologies chroniques liées au vieillissement nécessitant un suivi régulier ;
- 3/ les sujets malades dépendants porteurs d'une ou plusieurs pathologies qui nécessitent une aide permanente pour les actes ordinaires de la vie et un suivi médical rapproché.

Les groupes 2 et 3 ont besoin d'un accompagnement médical, non seulement pour le suivi de leurs pathologies mais aussi pour soutenir les familles

9. Une évaluation réalisée à Madagascar par le REM en 2010 montrait, pour le Valproate de Sodium, un différentiel de 1 à 10 entre le prix différencié (coûtant) fourni au REM par le laboratoire Sanofi-Aventis, et la vente de la Dépakine en pharmacie provenant du même laboratoire !

Épilepsie – fiche de suivi

Nom : Prénom : M / F
 Age : Sexe :

Date	Nouvelle(s) crise(s)		Intensité (- ; + ; =)	Traitement interrompu (oui ; non)	Traitement posologie	Observations		
	oui (- ; + ; =) fréquence	non				Clinique	Traitement (tolérance – effets secondaires)	Autres
J0								
J15								
M1								
M3								
M6								
M12								
M18								
M24								

de conseils nécessaires à une prise en charge globale qui concerne la nutrition, la mobilité (prévention des escarres), les mesures d'hygiène etc. Lorsque la personne âgée ne peut plus se déplacer jusqu'à son CMC, le MGC doit prendre le relais avec des visites à domicile régulières pour que ces aînés qui sont leurs parents puissent eux aussi bénéficier des progrès de la médecine moderne et ne tombent pas dans l'oubli.

6. Conclusion

La prise en charge des maladies chroniques ouvre un champ nouveau et vaste pour les MGC qui nécessitera de leur part des efforts d'adaptation et de rigueur qui ne sont pas encore acquis dans les PED comme le note justement le Dr Vincent Lafay à propos de l'HTA : « *Sa prise en charge bouleverse non seulement la pratique médicale actuelle, orientée vers les pathologies aiguës, mais aussi les habitudes de la société avec l'apparition d'un traitement de longue durée et de ses conséquences sur le mode de vie. Dans le contexte d'isolement des villages, un tel enjeu ne peut être abordé que par des médecins généralistes de première ligne. Eux seuls sont susceptibles de réunir les conditions de prise en charge d'une maladie chronique, d'en assurer la prévention et d'éviter ainsi des évacuations coûteuses pour les familles* ».

Cette sensibilisation des villageois représente l'un des rôles majeurs des MGC qui sont crédibles et très proches de leur population. En septembre 2009, les MGC du réseau sur l'Epilepsie à Madagascar (REM) ont parcouru 1700 km pendant 12 jours pour sensibiliser les villages avec des projections de films suivis de discussions très animées¹⁰. Cette initiative exemplaire a eu un réel impact par son effet déculpabilisant qui permit à de nombreux malades de comprendre leur maladie et de sortir de l'ombre.

La médecine générale communautaire, bien insérée dans la vie quotidienne des gens, permet un meilleur suivi des pathologies chroniques avec, pour conséquence, d'excellents résultats sur l'observance comme le prouve l'évaluation au Mali du réseau MGC de prise en charge du PVVIH en milieu rural que nous avons évoquée : l'observance du traitement antirétroviral dépassait 90 % sur

10. Certaines images présentaient des patients occidentaux en crise, montrant ainsi de façon convaincante que l'épilepsie est une maladie universelle puisque les « vahazas », eux aussi, sont concernés !

une période de 3/4 ans et les abandons furent très peu nombreux. Ce qui permit à l'évaluateur de conclure : « *C'est la confiance et l'implantation des médecins qui ont eu un impact majeur sur l'efficacité* ».

Les efforts et la rigueur nécessaires au suivi de ces malades chroniques par les MGC représentent un engagement personnel car ces prises en charge prennent du temps et de l'énergie, sans compensations financières évidentes (à l'exception du suivi des PVVIH financé par le Fonds Mondial). Les malades n'ayant pas de couverture sociale et bien des difficultés à payer leur traitement de façon continue, les MGC sont obligés de restreindre le coût de leurs actes ou de les forfaitiser au plus bas. L'intérêt n'est donc pas financier mais, ainsi que l'affirmait un MGC : « *C'est la réputation du médecin qui compense les contraintes du suivi d'un malade chronique* ». Et d'ajouter sa satisfaction de travailler en réseau avec des collègues, de pouvoir se former, échanger, se soutenir et... obtenir des résultats !

15. Le dossier médical

1. Introduction

L'idée d'établir un dossier médical pour vos patients ne vous est sans doute jamais venue à l'esprit. Vous n'êtes pas dans un service hospitalier et la rédaction d'un dossier vous semble incompatible avec la vie que vous menez, les malades qui vont et viennent, les tournées que vous devez faire dans les villages, les multiples registres que vous devez remplir et la fatigue qui ne vous épargne pas.

De toute façon, les malades viennent avec leurs petits carnets. Dans certains endroits, ils les ont achetés au centre de santé pour devenir « adhérents » et payer des tarifs réduits comme au Mali. Ailleurs, ils sont achetés sur les marchés ou chez l'épicier qui les vend sous forme d'un simple cahier d'écolier coupé en deux. Certains malades font très attention à leur carnet de santé, abrité religieusement dans un sac plastique mais, la plupart du temps, les petits carnets sont devenus illisibles à force de poussière, ou ont été tout simplement perdus. C'est pourquoi les patients reviennent souvent avec des carnets neufs, incapables de dire ce qui était marqué sur le carnet perdu ou oublié à la maison. Parfois même, comme à Madagascar, les gens ont plusieurs carnets selon qu'ils s'adressent au « public » ou au « confessionnel », concurrence oblige ! Bref, on peut parler de la valse des carnets de santé qui, en réalité, ne servent pas à grand chose¹.

Et puis, lorsqu'on est médecin dans de vastes zones avec des populations plus ou moins nomades selon les saisons, comment envisager des dossiers individuels pour des gens qui sont, à proprement parler, insaisissables ? (encadré)

Au fond, pour vous, ce sont les registres de consultations que nous avons évoqués au chapitre 10 qui servent de repères pour le suivi des patients car ils indiquent le nom, la provenance, le diagnostic et le traitement. Le problème, c'est qu'il est souvent difficile de retrouver un malade dans les liasses des registres, surtout si le malade ne sait plus quand il est venu et si, entre temps, il a changé de nom !

Alors ouvrons la discussion sur le dossier médical : pourquoi en parler ? Quel est son intérêt et pour quel usage ?

1. À l'exception du carnet mère-enfant, pré-imprimé, sur lequel nous allons revenir.

Parole de MGC

« Je me retrouve avec 36 villages, 22400 habitants : tu ne peux pas connaître tous les patients d'autant qu'il y en a qui changent de nom donc tu ne peux pas les retrouver ! Je suis obligée de monter à dos de chameau pour atteindre mes malades, ce n'est pas évident tout le temps... »

Dr Ramada Samaké. Mail

2. Importance de l'écrit

En milieu rural, c'est l'oralité qui prédomine. Les mots prononcés ont une grande importance. C'est pourquoi, selon la tradition, « *les mots peuvent tuer comme des flèches* » (proverbe bambara). D'où la grande prudence des discours, le fait que l'on s'excuse avant de prendre la parole à Madagascar, les formules de politesse compliquées, le recours à des intermédiaires pour les problèmes délicats, le rôle des griots... L'expression orale est riche, inventive, sujette à réinterprétation mais, de ce fait, elle est souvent approximative.

L'écriture, comme l'a bien montré Jack Goody², permet d'explicitier (préciser, mettre en forme) des notions qui restent floues dans la culture orale. En effet, elle va permettre essentiellement trois choses :

- **objectiver** la pensée, c'est-à-dire la fixer avec des mots et des concepts précis. C'est ce que nous faisons en séméiologie en utilisant des mots comme hémoptysie, thrombose, mouvements en adduction ou en abduction, etc. ;
- **analyser** en décomposant une notion évocatrice mais qui peut avoir plusieurs types de signification. Ainsi le « corps chaud », si souvent évoqué, peut se rapporter à une fièvre éruptive si elle est accompagnée d'un exanthème ou à une triade (fièvre, céphalées, vomissements) évoquant une méningite ;
- **abstraire**, c'est-à-dire isoler un élément pour le rapporter ou le comparer à un ensemble. Par exemple faire un pourcentage pour calculer le nombre de grossesses attendues dans un village ou le taux de prévalence d'une maladie.

Avec l'écriture, « *les mots auditifs évanescents (fugitifs) deviennent des objets durables* ». On peut les garder en mémoire dans un dossier, les manipuler

2. Jack Goody, anthropologue anglais, a fait une étude comparative remarquable entre l'oral et l'écrit parue en 1978 dans un livre intitulé « La raison graphique » (Ed. de Minuit).

(lettres, chiffres, idéogrammes, figures etc.), les reformuler, les enregistrer (ordinateur), les diffuser (imprimerie, internet).

L'écrit développe l'aptitude à la réflexion et structure la pensée, raison pour laquelle on doit considérer la scolarisation des enfants - garçons et filles - comme essentielle car il existe une corrélation très nette entre alphabétisation et développement.

3. Intérêt du dossier médical

C'est dans le cadre de cette réflexion sur l'importance de l'écrit qu'il faut envisager l'intérêt du dossier médical du patient : il représente en effet un progrès, une avancée de la pratique médicale en termes de qualité mise au service du malade. Pour quelles raisons ?

Tout d'abord, il permet au MGC de réfléchir sur sa pratique à partir de cas concrets, de formaliser la démarche clinique exposée au chapitre 2, d'éviter le glissement progressif vers une médecine symptomatique approximative. Il va ensuite servir de mémoire fiable et, de ce fait, être un outil de suivi extrêmement précieux.

À cet égard, les carnets de santé de la mère et de l'enfant que l'on trouve dans tous les pays, diffusés par les Ministères de la Santé avec le soutien d'organismes internationaux comme l'UNICEF, permettent le recueil des renseignements indispensables pour la surveillance des grossesses, sur l'accouchement, le planning familial, le suivi de l'enfant (courbe de poids, calendrier vaccinal). Ils représentent une aide appréciable que les MGC doivent soutenir en se procurant ces carnets mère-enfant et en les utilisant de façon systématique.

Quant au dossier médical individuel, il convient de se poser deux questions auxquelles nous allons tenter de répondre : à quels types de patients s'adressent-ils d'une part, et comment s'y prendre d'autre part ?

Pour quels types de patients ? En principe, chaque patient devrait avoir son dossier médical chez son médecin et c'est ce qui se pratique dans les pays développés où les médecins sont nombreux³. Cet idéal n'est pas encore possible dans les PED, surtout dans les zones rurales où les médecins sont rares, obligés d'être

3. En France, il existe 1 médecin/345 hab. mais si on prend les généralistes qui exercent effectivement la médecine de famille (60 000 environ), il y a un généraliste pour un peu plus de 1 000 hab., moyenne qui ne reflète pas les disparités entre les villes et les campagnes, et dans les différents départements.

polyvalents et contraints de résoudre au jour le jour toutes sortes de problèmes qui leur laissent peu de temps.

Ceci étant globalement vrai, il faut reconnaître qu'il y a aussi de grandes différences entre MGC : la charge de travail qui dépend du type d'installation et du tempérament de chacun est très variable. Certains médecins sont surchargés (et pas toujours bien organisés), d'autres ont encore des petites clientèles (la confiance prend du temps) qui leur permettent de pratiquer une médecine plus lente et plus personnalisée. Il faut donc faire la part des choses et ne pas se dire à chaque instant : « je suis débordé, je n'ai pas le temps ! »

Pour répondre à la question et argumenter la réponse, nous allons nous référer à une expérience des MGC malgaches qui ont conçu eux-mêmes leur dossier médical et qui l'ont ensuite expérimenté. Au questionnaire qui leur a été envoyé, sur 22 réponses, 19 l'avaient utilisé essentiellement pour des malades chroniques. D'après leurs réponses, il ressortait que le dossier médical présentait un intérêt non seulement pour le médecin mais aussi pour le patient :

pour le médecin :

- amélioration de la connaissance du patient et de sa maladie ;
- amélioration de la démarche clinique ;
- meilleur suivi du patient (maladie, évolution, traitement) ;

pour le patient :

- renforcement de l'image du médecin ;
 - amélioration de la relation médecin/patient ;
 - préférence par rapport au carnet habituel (sentiment d'être mieux suivi).
- Les résultats de cette enquête sont éloquentes et se passent de commentaires...

Comment s'y prendre ? Chaque MGC peut fabriquer lui-même ses dossiers patients en utilisant une feuille cartonnée A4 pliée en deux pour la couverture et des feuilles A4, pliées en deux elles aussi, pour mettre à l'intérieur.

Sur la couverture sont indiqués :

- nom et prénoms ;
- le surnom (nom d'appellation) ;
- la date de naissance ;
- le sexe ;

- la profession ;
- l'adresse (village – contact).

La première page est partagée en deux horizontalement pour noter :

- les antécédents personnels et périnataux ;
- les allergies, intolérances et facteurs de risque.

Les doubles pages intérieures se répartissent en 5 colonnes selon le modèle ci-contre (voir page suivante modèle du dossier médical).

Le classement des dossiers médicaux, accessibles et rangés dans une armoire à portée de main, peut se faire par ordre alphabétique ou par numéro d'ordre.

Mais il vaut mieux, par expérience, les classer par village pour les identifier plus facilement.

4. À retenir

Pour conclure ce chapitre sur le dossier médical du patient, nous retiendrons les items suivants :

- L'écrit est un progrès qui permet de structurer sa pensée, d'améliorer la démarche médicale et le suivi des patients (rôle de mémoire) ;
- Le carnet médical mère-enfant est un bon outil de suivi que le MGC utilise de façon systématique pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, de la PF et le suivi de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans ;
- Le dossier médical du patient est utilisé essentiellement pour les maladies chroniques et les cas graves :
 - 1) les maladies chroniques car il améliore le suivi et renforce la confiance du patient. Il contient au besoin la fiche patient ou fiche d'inclusion (chapitre 14), les résultats des investigations paracliniques, les constatations faites à chaque consultation et lors des VAD ;
 - 2) les cas graves car il rassemble l'ensemble des informations (circonstances, observation, traitements effectués, la fiche d'évacuation ou le constat de décès) qui pourront constituer, si nécessaire, un élément de preuve en cas de recherche en responsabilité.

Enfin, en cas de succession du CMC, le dossier médical permettra au MGC qui prendra le relais d'assurer la continuité des soins dans les meilleures conditions.

CABINET MEDICAL COMMUNAUTAIRE

Numéro d'ordre	Fkt :
	CR :
	SDSAS :

NOM :

PRENOMS :

SURNOM (nom d'appellation) :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

PROFESSION :

VILLAGE (contact) :

Nom et prénoms du MGC	Période
.....
.....
.....

ANTECEDENTS PERSONNELS ET PERINATAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1

CONSULTATION				
Date	Motif de consultation	Examen clinique	Diagnostic	Conduite à tenir

8 9

16. L'hygiène/désinfection du CMC

1. Introduction

Que vous soyez un MGC indépendant exerçant dans votre propre CMC ou le responsable d'une structure de santé gérée par une association ou un comité de gestion, votre centre médical est votre « image de marque » et sa visite permet de vous juger.

Nous connaissons tous, en effet, de ces centres de santé indignes, avec des seringues qui traînent dans la cour, ouverts à tous vents, mal entretenus et sales avec des déjections sur les murs, des matelas éventrés et douteux, des armoires encombrées de dossiers poussiéreux et de produits périmés, des instruments qui traînent tachés de sang dans des boîtes ou des haricots à peine nettoyés... et que dire des examens effectués sans lavage des mains, sans respect des règles élémentaires d'hygiène ! Ce tableau peut paraître caricatural mais il est malheureusement fréquent, surtout lorsque le personnel manque de formation et de supervision. Le laisser-aller gagne peu à peu et au sortir de telles visites, on se dit qu'il vaudrait mieux rien du tout plutôt que de tels endroits de misère et de contamination.

En tant que médecin, vous savez combien les mesures d'hygiène, de prophylaxie et d'asepsie sont importantes mais vous mesurez aussi combien il est difficile de les faire appliquer par votre personnel et à quel point les malades sont loin de ces notions dont ils n'évaluent absolument pas l'importance, habitués à cracher où bon leur semble, réfractaires aux toilettes installées dans votre CMC et, parfois, à toute notion d'hygiène corporelle¹.

C'est donc une bataille de tous les jours qu'il faut entreprendre pour obtenir un CMC accueillant, propre, où la sécurité médicale des patients comme celle des soignants est assurée en toute circonstance. Certains d'entre vous, malheureusement, risquent de baisser les bras devant les difficultés pour parvenir

1. Concernant l'hygiène corporelle, les habitudes sont très variées selon les ethnies et les zones géographiques. Dans les régions montagneuses et froides, dans les régions arides, le manque d'hygiène corporelle multiplie les affections, en particulier dermatologiques : gale, teignes, plaies et ulcères infectés (phagédéniques), noma etc.

à faire mieux que les autres structures de santé du niveau primaire. Essayons de réfléchir à cette question particulièrement importante pour les MGC décidés à faire de la qualité des soins leur priorité des priorités.

2. La notion d'hygiène

Restons sur cette notion d'hygiène que nous venons d'évoquer, si difficile à faire partager. Pourtant Hippocrate, le père de la médecine, accordait déjà au V^e siècle avant notre ère une importance particulière à l'hygiène de vie, à la diététique, au climat... Mais il fallut attendre de nombreux siècles pour découvrir l'étiologie des maladies infectieuses, sortir de l'ignorance sur les causes des pathologies qui ont longtemps été, partout dans le monde, les plus meurtrières : la peste et la variole, le choléra et la typhoïde, la tuberculose, la syphilis...

Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle, en Europe (et particulièrement en France) que la notion d'hygiène publique est apparue avant même la découverte des agents microbiens. On le doit à des médecins hygiénistes qui entreprirent les premières études statistiques montrant qu'il y avait une relation entre les taux de mortalité et de morbidité et le niveau de vie si bien que l'un d'entre eux, Villermé, pouvait écrire en 1830 : « *en présence de tous ces renseignements (...) le lecteur comprendra (malgré tout ce qu'on dit dans le monde), que la santé des pauvres est toujours précaire, leur taille moins développée, et leur mortalité excessive* ». Ils découvrirent aussi que la mortalité et la natalité allaient de pair parce que « *les naissances sont toujours les régulatrices des décès, comme ceux-ci sont, à leur tour, les régulateurs des premières* ». Une loi en quelque sorte, largement confirmée ensuite avec l'émergence du progrès : l'augmentation de l'espérance de vie, en effet, entraîne automatiquement une diminution de la natalité dans les couches de population les plus aisées².

Ainsi, pour Villermé et ses collègues, la pauvreté est une cause de morbidité et de mortalité liée à de mauvaises conditions de vie : insalubrité, malnutrition, pollution de l'eau, putréfaction de la terre, péril fécal... Si la médecine de l'époque n'avait pas encore découvert les causes des maladies, les médecins hygiénistes

2. En France, à la fin du XIX^e siècle (1900), l'espérance de vie (45 ans) et les indicateurs de santé étaient à peu près les mêmes que ceux de l'Afrique aujourd'hui. La progression rapide vers une scolarisation généralisée eut déjà pour conséquence une diminution de la natalité alors que les méthodes modernes de planification familiale n'allaient apparaître que bien plus tard dans les années 1960.

avaient compris par leurs observations statistiques comparatives que le milieu social et l'environnement étaient déterminants. Ils furent les premiers, preuves à l'appui, à préconiser des mesures d'hygiène collective comme l'adduction d'eau potable et l'évacuation des eaux usées qui eurent un impact déterminant sur la santé des populations.

Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle, avec la découverte des micro-organismes, que les agents pathogènes invisibles furent enfin identifiés : typhoïde (Eberth, 1884), diphtérie (Löffler, 1884), tétanos (Nicolaier, 1884), grippe (Pleiffer, 1892), peste (Yersin, 1894). En découvrant les causes, on allait confirmer les observations des médecins hygiénistes et pouvoir compléter le dispositif prophylactique avec de nouvelles mesures d'hygiène auxquelles le génie de Pasteur contribua de façon décisive : l'isolement du malade contagieux, l'hygiène corporelle, la désinfection et l'asepsie, la vaccination.

Les progrès furent dès lors considérables et on peut situer, à ce moment-là, la naissance de la médecine moderne. Il fallut néanmoins attendre la deuxième moitié du XX^e siècle pour assister dans ce domaine à une deuxième révolution, celle des antibiotiques qui permirent de franchir une nouvelle étape dans la lutte contre les agents pathogènes en venant compléter les grands principes d'hygiène individuelle et collective.

Aujourd'hui, dans les pays développés, les mesures d'hygiène concernant les maladies transmissibles sont collectivement admises par tous. Elles sont intégrées à la culture et l'école a joué un grand rôle en apprenant aux enfants les bases scientifiques nécessaires, en leur faisant des démonstrations au microscope, en leur expliquant le pourquoi des règles d'hygiène. Mais de nouveaux problèmes sont apparus avec le développement – obésité, pollution urbaine, stress, dépendance du grand âge, etc. – qui nécessitent de nouvelles mesures adaptées aux modes de vie qui ont changé³.

Par contre, dans les PED, la problématique dominante est encore celle que nous venons de décrire pour l'Europe au XIX^e siècle avec des maladies transmissibles qui ne sont pas maîtrisées. Avec un analphabétisme très répandu, surtout en milieu rural, une large incompréhension persiste à ce sujet entre les soignants et la population qui n'a pas le même code d'interprétation sur

3. Le développement européen a été marqué par l'industrialisation et l'urbanisation : en France les agriculteurs qui représentaient encore 40 % de la population en 1950 n'en représentent plus que 3 % aujourd'hui !

les causes des maladies. Il y a, dans ce domaine, un long chemin à faire et les MGC ont tout intérêt à associer les instituteurs car les changements de comportement passeront par les enfants et surtout par les filles : toutes les études montrent que la mortalité diminue dans les familles où les filles ont été scolarisées⁴.

Ceci étant, la transition épidémiologique complique encore le tableau car le MGC doit parvenir à intégrer dans son exercice quotidien de nouveaux messages pour les maladies émergentes, confronté ainsi à une sorte de télescope de siècles qui représente un véritable défi.

Quelques définitions :

Hygiène : ensemble des principes et des règles pratiques tendant à préserver ou améliorer la santé ;

Assainissement : action qui permet d'assainir un milieu, de le rendre plus sain. Exemples : assécher un marais, drainer un marigot, épurer l'eau, évacuer les eaux usées, nettoyer un enclos, enfouir les déchets etc.

Prophylaxie : méthode visant à protéger contre une maladie, à prévenir une maladie ;

Asepsie : méthode préventive avec des moyens appropriés comme la stérilisation visant à empêcher l'introduction de germes pathogènes dans l'organisme ;

Désinfection : opération permettant d'éliminer ou de tuer des micro-organismes nocifs.

3. Le CMC, lieu exemplaire

Nous avons pris un peu de hauteur avec ce rappel historique pour bien comprendre l'importance du sujet. C'est pourquoi le CMC doit être un lieu exemplaire où règnent la propreté et une hygiène impeccable. Pour une raison médicale d'abord car on ne peut pas pratiquer la médecine moderne dans une insalubrité favorable à la transmission des germes, à l'instar de ces centres de santé évoqués dans l'introduction. Mais également pour son effet pédagogique vis-à-vis de la population qui, en entrant dans l'enceinte du CMC, comprend

4. En Afrique subsaharienne et à Madagascar les ruraux représentent, selon les régions, 60 à 80 % de la population. Le faible taux d'alphabétisation, autour de 20 % (si on retient ceux qui savent vraiment lire et écrire), peut être considéré comme le principal obstacle au développement.

qu'elle pénètre dans un milieu « sanctuarisé »⁵ où règne un certain type de comportement qu'elle doit respecter.

Cette entreprise difficile nécessite, de la part du MGC, une forte détermination, surtout s'il exerce avec un personnel qui ne partage pas toujours la même conviction.

Convaincre le personnel

Les niveaux de formation des personnels de santé qui travaillent dans les structures de soins périphériques sont très variables, allant de l'infirmier diplômé d'état (IDE) compétent à l'agent de santé ou à la matrone formés en quelques mois au cours d'un stage à l'hôpital de référence. Sans compter les « bénévoles », souvent liés au personnel du centre, qui pratiquent toute sorte d'actes sans aucune formation.

La conséquence de cette disparité se fait sentir pour l'application de normes professionnelles comme celles concernant l'hygiène qui ne sont pas comprises au même degré par l'ensemble du personnel. Chacun interprète les mots techniques selon ses connaissances et, pour les moins formés, elles restent proches du sens commun des villageois pour qui les micro-organismes que l'on ne voit pas (bactéries, virus, etc.) ne sont pas imaginables. De ce fait, les mesures d'hygiène qui sont des procédures opératoires, c'est-à-dire des suites gestuelles cohérentes scientifiquement justifiées, risquent d'être négligées ou réduites à des gestes routiniers pour faire « comme si »... C'est ainsi que l'on constate souvent une déconnexion entre les mots techniques utilisés – « *j'ai fait la stérilisation ce matin* » – et la procédure réelle qui n'est pas respectée, sa nécessité n'ayant pas été bien comprise.

► Recommandations

- 1/ exiger du personnel du CMC une tenue de soignant (blouse propre) et une hygiène corporelle impeccable (lavage des mains fréquent);
- 2/ expliquer le pourquoi et le comment des principes et procédures d'hygiène, de désinfection et d'asepsie afin que ce domaine essentiel ne soit pas vécu comme extérieur à soi mais devienne une culture commune de l'équipe soignante, comprise et intégrée dans la pratique quotidienne. À cet égard, le rôle pédagogique du MGC vis-à-vis de son personnel est primordial;
- 3/ afficher en bonne place les consignes et les protocoles utilisés dans le CMC.

5. Le sanctuaire est un lieu saint, respecté. En jouant sur les mots, le CMC doit être un lieu sain, exemplaire, également respecté.

Comprendre et éduquer les familles

Les patients viennent souvent avec des « accompagnants », terme désignant des membres de la famille qui vont veiller sur leur malade et pourvoir à leurs besoins. Ils jouent un rôle très important qu'il faut bien entendu respecter, en particulier lorsque le malade est gardé en observation. Il en est de même pour une femme qui va rester au CMC 24 ou 48 h pour son accouchement. Ce sont leurs accompagnants qui prennent en charge tous les aspects non médicaux nécessaires aux besoins ordinaires : la nourriture, la toilette, les soins d'hygiène personnels liés à la maladie (diarrhée, vomissements, incontinence, souillures etc.).

Cette présence des accompagnants qui investissent les lieux, déambulent, entrent et sortent du CMC pour faire des courses, acheter de la nourriture, crée une ambiance colorée et familiale qui n'est pas sans poser des problèmes d'organisation et d'hygiène collective. Faire la cuisine, laver le linge, s'installer pour de longues attentes supposent l'existence d'espaces appropriés que chacun va occuper selon ses habitudes coutumières, celles-ci n'étant pas toujours les mêmes, surtout dans les régions multiethniques. Les patients et leurs accompagnants vont ainsi chercher à recréer des espaces privés, par exemple autour du lit du malade avec l'accompagnant qui couche à côté sur une natte (si ce n'est l'inverse, le malade sur la natte et l'accompagnant sur le lit!), la théière et le sac de condiments entreposés dans ce petit espace réservé à l'intime familial. Dans la chambre ou dans la cour, ces espaces balisés permettront aussi le dévoilement, les soins intimes, ce qu'on ne montre pas car « *tout ce qui est honteux doit être secret* ». Des secrets qui doivent en effet rester dans le cercle familial et respecter les codes du lignage⁶.

Et puis, c'est l'inquiétude qui domine face à la maladie et au pronostic qui soulève bien des interrogations. On ne comprend pas bien tous les gestes médicaux qui sont prodigués, le langage des soignants qui mélangent les mots vernaculaires et les mots de la science. Si on vient de loin, « *personne te connaît* » : on sait qu'il vaut mieux, dans les centres de santé et les hôpitaux, connaître quelqu'un parmi le personnel pour être mieux soigné et que la petite corruption, qui sévit partout, sert aussi à « *établir des relations (ka nyògòn don en bambara)* ».

Toutes ces questions, vues du côté des patients et de leurs familles, montrent combien la gestion de la proximité sociale et des liens soignants-soignés sont

6. Les relations intimes suivent, dans toute société, des contraintes précises liées aux règles de parenté et aux positions respectives que chacun occupe dans le groupe familial.

complexes dans les structures de santé : incompréhensions de langage, négociations pécuniaires, comportements hygiéniques... autant de « discontinuités », de « décalages » qui peuvent entraîner de part et d'autre « *des attirances et des répulsions involontaires (...)* qui orientent les conduites de soins » (Y. Jaffré).

Le CMC, petite structure de proximité, n'échappe pas à ces problématiques discrètes qui font la trame du quotidien. L'attention du MGC et l'autorité morale dont il dispose sont souvent décisives pour apaiser les tensions, rétablir de la compréhension, quitte à faire preuve d'autorité si nécessaire.

► **Recommandations**

- 1/ veiller aux conditions d'hygiène collective citées au chapitre 7, qui doivent être satisfaisantes pour les familles (propreté générale, circuit du malade, point d'eau potable, toilettes/douche, incinérateur);
- 2/ exiger du personnel une attitude bienveillante envers tous les malades et leurs accompagnants sans favoritisme, en respectant les coutumes si elles ne sont pas incompatibles avec les soins justifiés par l'état du malade;
- 3/ valoriser le rôle éducatif des soignants. Toujours expliquer ce que l'on fait (geste médical) ou le pourquoi de ce que l'on demande (propreté, hygiène collective) en utilisant le langage vernaculaire (local), des expressions traditionnelles, des dictons, des images illustratives, etc.

4. La désinfection⁷

Elle a pour objectif le contrôle des infections afin de garantir la meilleure sécurité possible, pour les patients mais aussi pour le médecin et son équipe soignante. Elle concerne :

4.1 La propreté des locaux pour éviter la propagation des infections :

- le nettoyage des pièces du CMC est systématique tous les jours ;
- la désinfection des sols et des surfaces de travail est régulièrement pratiquée dans les salles de soins (pansements, accouchements) (voir fiche en annexe 4).

7. Ce paragraphe s'inspire du travail effectué en collaboration avec l'AOI qui forme les MGC de Madagascar, depuis 2005, au traitement de l'urgence dentaire. Cette formation en plusieurs étapes comprend un module initial sur le contrôle des infections croisées au niveau du CMC.

► **À noter**

- on ne désinfecte bien que ce qui est propre ;
- on nettoie toujours en allant du plus propre au plus sale.

4.2 Les règles d'hygiène des soins pour éviter les contaminations :

- le lavage des mains adapté au type de soin prodigué (lavage simple, lavage antiseptique, lavage chirurgical) (voir fiche en annexe 4) ;
- le traitement des instruments selon le protocole suivant :
 - 1) pré-désinfection immédiatement après le soin, immersion totale dans un détergent type eau savonneuse – 15 minutes – puis lavage et rinçage (voir fiche en annexe 4) ;
 - 2) ensuite deux options :
 - la désinfection à froid dans un bac (immersion totale des instruments) contenant une solution désinfectante (ex : eau de javel à 9° diluée au 1/4), à maintenir 20 minutes, puis séchage actif avec un linge propre et stockage dans une boîte propre ;
 - la désinfection à chaud à la vapeur d'eau.

En pratique rurale, nous préconisons la cocotte-minute utilisée pour la cuisine (modèle SEB de 10 litres) qui rend le même service qu'un autoclave⁸. Le mode d'utilisation est simple mais doit être rigoureux (Voir fiche en annexe 4).

► **Remarque :** Prendre une cocotte avec un panier rigide, mettre les instruments dedans. Mettre de l'eau dans la cocotte jusqu'au ras du panier, les instruments ne devant pas être au contact de l'eau.

4.3 La gestion des déchets pour éviter la propagation des produits contaminés :

Les déchets contaminés sont jetés immédiatement dans :

- un container spécial ou une bouteille plastique qui se ferme pour les aiguilles, lames, sutures ;
 - une poubelle spécifique pour les pansements, compresses, tubulures etc.
- Les déchets non contaminants (papiers, plastiques, etc.) sont jetés à part dans des poubelles réservées à cet usage.

L'ensemble de ces déchets doit être incinéré et complètement brûlé.

8. Plusieurs publications scientifiques ont validé l'utilisation de la cocotte-minute culinaire qui permet une température à 121°C, adéquate pour une stérilisation après un temps de 15 minutes.

5. Pour conclure

La propreté, l'hygiène, la désinfection sont des tâches répétitives réputées peu gratifiantes et, disons-le, trop souvent négligées alors qu'elles sont au fondement d'une pratique médicale de qualité.

Cette négligence peut s'expliquer par un manque de conviction, le poids des habitudes dans un environnement peu compréhensif, une certaine lassitude vis-à-vis d'un personnel à qui l'on doit « *toujours répéter la même chose* »... Parfois, c'est le médecin qui se « broussardise » lui-même, abandonnant peu à peu les règles élémentaires de son métier et, par là même, sa dignité.

« *Pourquoi ne fait-on pas ce que l'on sait ?* » Cette question, le MGC doit se la poser régulièrement, surtout dans ce domaine de l'hygiène-désinfection où la vigilance est déterminante. L'effort consenti au jour le jour, devenu naturel, sera pour lui-même et au regard des autres le meilleur gage de son professionnalisme.

Mais nous avons vu aussi que la notion d'hygiène dépassait les seuls aspects techniques liés aux soins et qu'elle concernait également l'ensemble des pratiques sociales, les conditions de vie, l'environnement. L'exemplarité du CMC en matière d'hygiène-désinfection doit s'intégrer dans cette vision globale de lutte pour la salubrité, avec des mesures collectives pour lesquelles le MGC et son équipe soignante peuvent jouer un rôle de premier plan.

17. Le laboratoire de campagne

1. Introduction

La pratique médicale hospitalière devient de plus en plus technique et c'est elle que vous avez apprise. L'importance des examens paracliniques (biologie, radio et échographie, scanner, etc.) a tendance, comme dans les pays développés, à prendre le pas sur la clinique. On en vient à demander un bilan systématique – le fameux check up – à tout malade qui se présente et on réfléchit... après ! Les examens dits complémentaires deviennent prioritaires, inversant le processus de la démarche médicale, et c'est la clinique qui devient... secondaire¹.

De ce fait, vous avez été inquiet au moment de votre installation : « *comment vais-je faire sans examens de laboratoire ?* », « *je risque de perdre mes connaissances médicales petit à petit...* ». La pratique médicale « à mains nues » vous a semblé une gageure (un pari impossible). Maintenant que vous êtes installé, vous voyez les choses autrement car la médecine en première ligne est très différente de la médecine hospitalière. Vous voyez le « tout-venant », c'est-à-dire une grande majorité de cas qui n'ont pas besoin d'examens complémentaires et que vous soignez très efficacement. Ce ne sont pas des affections bénignes mais des maladies potentiellement mortelles comme les bronchopneumonies, les diarrhées avec déshydratation, le paludisme, les pathologies gynéco-obstétricales qui sont, parmi d'autres, le quotidien du MGC². Votre compétence et votre « savoir agir » sont les armes de votre efficacité et vous vous êtes rendu compte – contrairement à ce que vous redoutiez – de votre capacité à résoudre la grande majorité des problèmes qui se présentaient quotidiennement à vous.

1. Ainsi que nous l'avons déjà dit (chap. 2), cette évolution très coûteuse est remise en question, particulièrement dans les pays scandinaves et le Canada qui revalorisent le clinicien et la médecine de proximité.

2. Au Bénin, nous avons mesuré l'activité d'un MGC sur une semaine : sur 108 cas, 23 % concernaient les enfants de moins de 5 ans et 54 % les femmes, soit 71 % pour le couple mère-enfant. Les trois pathologies les plus fréquentes étaient : 1/ les infections respiratoires, 2/ les affections gastro-intestinales, 3/ le paludisme (non confirmé). Ce panel est représentatif de la pratique en première ligne.

Ceci étant, il y a chaque jour le cas difficile sur lequel on doute ou pour lequel il faudrait une confirmation biologique avant d'engager un traitement. Par exemple, l'hyperglycémie avant de traiter un diabète, un dosage d'hémoglobine chez une femme qui a beaucoup saigné pour décider ou non son évacuation, l'examen d'une hématurie à la recherche d'une bilharziose avant d'envisager un traitement.

Avec l'arrivée des tests rapides, on peut maintenant améliorer sa pratique ou faciliter certains dépistages (paludisme, VIH,...). Comme l'écrit le Professeur Ogobara Doumbo: « *le diagnostic clinique du paludisme au Mali actuellement surestime jusqu'à 40-50 % le nombre de cas* »³. L'utilisation des TDR devant une fièvre suspecte permet de corriger l'erreur, de reprendre l'enquête diagnostique et d'éviter les traitements inutiles ou inappropriés. Voilà un problème important que l'on retrouve un peu partout, en particulier dans les zones montagneuses de Madagascar qui favorisent les poussées endoépidémiques saisonnières du paludisme (voir chap. 23, l'enquête du réseau fièvres paludisme (RFP) effectuée par des MGC malgaches).

C'est dans ce contexte d'aide ponctuelle au diagnostic qu'il faut envisager le laboratoire de campagne, d'autant qu'il nécessite un investissement important. Avant de vous lancer dans cette entreprise, nous allons essayer de vous donner dans ce chapitre les éléments nécessaires qui vous aideront à prendre votre décision.

2. Les critères pour créer un laboratoire de base

Il ne suffit pas de vouloir un laboratoire : l'expérience montre qu'il s'agit d'un véritable challenge pour le MGC⁴. Disposer d'un petit laboratoire fonctionnel et fiable impose des contraintes fortes et incontournables d'autant que nous sommes ici dans un domaine – la biologie – qui ne souffre pas l'approximation. Nous distinguerons deux types de contraintes, celles qui sont extrinsèques (liées au contexte), et celles qui sont intrinsèques (liées au fonctionnement et à la qualité).

3. Le Pr Ogobara Doumbo est le directeur du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires à la Faculté de Médecine de Bamako (Mali).

4. Nous allons nous référer à l'évaluation réalisée par Patrick Brunet, biologiste, des 18 laboratoires de campagne implantés par Santé Sud au Mali : 9 étaient fonctionnels et jugés satisfaisants, 5 étaient en état mais inactifs faute de technicien. Les autres n'étaient plus fonctionnels.

2.1 Les contraintes extrinsèques

- Le CMC (cabinet médical ou centre de santé) doit avoir un taux de fréquentation élevé, autour de 20 actes par jour minimum. En effet, sur 20 cas « tout-venant », on peut estimer entre 2 et 5 le nombre d'examen de laboratoire utiles pour préciser un diagnostic et/ou orienter un traitement. En dessous de ce taux d'utilisation, le laboratoire ne sera pas viable et la présence d'un technicien ne se justifiera pas.
- Il doit être situé à plus de 20 km d'un centre de référence disposant d'un laboratoire. En effet, l'un des atouts du laboratoire aux yeux de la population sera de limiter les déplacements. Il se justifie d'autant moins qu'une autre alternative, parfois plus performante, existe à une distance raisonnable et que le MGC dispose de tests rapides (doctor tests) dans son centre.
- Il faut que l'implantation du laboratoire de campagne soit formellement acceptée par la tutelle, au niveau du district ou de la région sanitaire (médecin de zone ou directeur départemental au Bénin).
- Si le CMC est une structure gérée par une entité associative ou autre (villageoise, communale, etc.), le MGC devra veiller à l'intégration du laboratoire dans l'organisation générale du centre de santé, en particulier pour ce qui concerne les modalités de fonctionnement du laboratoire de façon à en garantir la pérennité.

2.2 Les contraintes intrinsèques

- Le CMC doit disposer d'un local suffisamment vaste, bien éclairé, aménageable en laboratoire (tables ou paillasse + armoires protégeant matériels et réactifs), disposant d'un accès à l'eau douce (réserve d'eau avec robinet) et une source d'électricité (panneaux solaires, groupe électrogène).
- La présence d'un technicien de laboratoire, bien formé et consciencieux, est impérative. À défaut, un aide de laboratoire peut être préalablement formé à condition de choisir un individu motivé et sérieux. S'il a une autre fonction dans le centre, il doit rester disponible pour assurer rapidement les analyses demandées.
- Dans tous les cas, le MGC reste le superviseur et le garant de la qualité de son laboratoire. Il n'a pas le temps de faire lui-même les analyses (sauf les doctor tests) mais il doit être suffisamment motivé et formé pour pouvoir vérifier la qualité des techniques et les résultats (par exemple contrôler un parasite au microscope). C'est pourquoi l'implantation d'un laboratoire implique au

départ, pour le MGC, une formation-recyclage sur le panel d'analyses qu'il est amené à faire dans son laboratoire de campagne.

- Toutes les analyses du panel devront être pratiquées régulièrement pour que le laboratoire demeure performant - et rapidement pour éviter aux patients de trop longues attentes ou des allers retours inutiles.
- La propreté et l'hygiène seront respectées minutieusement : techniques de désinfection, séparation du propre et du sale, gestion des déchets, prévention des accidents (contact avec le sang), etc.
- Il est souhaitable d'instaurer un système de contrôle qualité avec un laboratoire de référence, marqué par la visite périodique d'un « référent biologiste » et/ou par l'envoi régulier de certaines analyses pour contrôle.

L'ensemble de ces dispositions contraignantes sont un préalable qu'il est impératif de respecter avant de se lancer dans la création d'un laboratoire dont on comprend qu'il représente un investissement matériel, humain et financier important.

3. Le panel d'analyses

Avant d'acheter le matériel de laboratoire et les réactifs nécessaires, il faut avoir une vision claire des analyses que l'on peut raisonnablement effectuer dans de bonnes conditions en situation isolée. En général le MGC, encore imprégné des facilités que lui offrait la pratique hospitalière, ne se rend pas compte des difficultés techniques, du matériel nécessaire et des problèmes de maintenance qu'impliquent certaines analyses. La biochimie, la mise en culture bactériologique, nombre d'examen sérologiques sont, par exemple, hors de portée d'un laboratoire de campagne.

Nous présentons, page suivante, la liste des recherches et des analyses correspondantes qu'il est possible de réaliser valablement. À cette liste, il faut ajouter ou inclure les tests rapides (doctor tests) dont on doit bien connaître les indications et les limites.

► Remarque

Tous les MGC qui n'ont pas de laboratoire doivent impérativement disposer de l'ensemble de ces doctor tests.

Panel d'analyses d'un laboratoire de base

- Sang :
 - Recherche d'hématozoaires (paludisme)
 - Recherche de microfilaries (filariose)
 - Hémoglobine (anémie)
 - Test d'Emmel (drépanocytose)
 - Glycémie (diabète)
- Urine :
 - Chimie : sucre – albumine
 - Cytologie
 - Parasitologie (bilharziose urinaire)
 - Test de grossesse
- Selles :
 - Parasitologie (P.O.K)
- Peau :
 - Snip test (onchocercose)
- Génital :
 - Cytologie
 - Levures (mycoses génitales)
 - Trichomonas et gonocoques (MST)

Doctor tests

- TDR paludisme
- Test VIH de dépistage (contrôle dans un centre agréé ++)
- Glucotest
- Test de grossesse
- Bandelettes urinaires : nitrite, leucocyte, sucre, albumine, cétone.

Les analyses inutiles ou dangereuses

Un certain nombre d'autres analyses sont effectuées dans les laboratoires périphériques mais ne sont pas recommandées.

- Le test de Widal (typhoïde) : le test par agglutination est peu fiable (très nombreux faux positifs) et la manipulation est plus délicate qu'il n'y paraît. Il peut entraîner d'importantes erreurs de diagnostic.
- Le groupage sanguin relève de la responsabilité d'un centre agréé ou de services qui effectuent des transfusions. La conservation des réactifs, la durée de péremption très courte, la nécessité de pratiquer deux techniques, les conséquences d'une erreur en font un examen inutile en première ligne.
- Le dépistage de la syphilis par le simple test RPR agglutination n'est pas recommandé car il est insuffisant et ne permet pas de connaître l'ancienneté de la contamination, donc la nécessité de traiter ou non.

4. Matériel, consommables et réactifs

L'achat du matériel doit être fait auprès d'un fournisseur spécialisé capable de fournir l'ensemble du matériel nécessaire pour effectuer le panel d'analyses d'un laboratoire de base (voir liste en annexe 5).

Le coût est d'environ 2 000 euros, le microscope représentant plus de la moitié de cette somme.

Les consommables sont représentés par le nécessaire (lamelles, filtres, huile d'immersion, etc.) qui permettra d'effectuer les analyses et qu'il faudra renouveler régulièrement. Les réactifs peuvent être trouvés sur place, le mieux étant de s'approvisionner auprès d'un laboratoire hospitalier pour avoir des produits de qualité, ce qui souvent n'est pas le cas sur le marché informel⁵. L'ensemble consommables et réactifs coûte environ 1 000 euros (voir liste en annexe 5).

Ce coût total évalué à 3 000 euros n'inclut pas les travaux d'aménagement du local prévu pour le laboratoire, ni le meublement nécessaire (bureau et chaises, table d'examen ou fauteuil pour les prélèvements, table à microscope, armoires métalliques, réfrigérateur s'il n'existe pas déjà dans le CMC).

5. Pour conclure

La création d'un laboratoire doit être mûrement réfléchie car il représente un investissement important et le service rendu doit être, en retour, à la hauteur de cet investissement. La motivation du MGC, sa stabilité et son intérêt pour les techniques de laboratoire, sa capacité à faire le lien entre la clinique et la biologie seront des facteurs déterminants de réussite.

L'activité est le premier élément à prendre en compte pour au moins deux raisons :
1/ La performance et la qualité sont tributaires d'une pratique régulière qui entretient le « tour de main », permet l'anticipation des pièges (ne pas confondre des artefacts avec des parasites!..), bref de cultiver le savoir faire et l'expérience⁶.
2/ La viabilité d'un laboratoire implique la mise en place d'un « recouvrement des coûts » à partir d'une tarification des analyses soigneusement étudiée permettant, à la fois, l'accessibilité pour la population et la couverture des frais de fonctionnement (salaire du technicien ou de l'aide, renouvellement des

5. Le MGC devra s'assurer, dès le début, d'être en contact avec un bon réseau de réapprovisionnement en réactifs et assurer une bonne gestion d'anticipation pour éviter les ruptures de stock trop fréquentes.

6. L'introduction d'une nouvelle technique, quelle qu'elle soit, nécessite une bonne formation et une pratique régulière. C'est vrai pour le laboratoire mais aussi pour l'échographie que certains MGC souhaitent utiliser, ou encore pour des actes chirurgicaux comme les cures de hernies, les extractions dentaires, voire les césariennes qui peuvent se justifier en situation très isolée.

consommables et réactifs), voire l'amortissement de l'investissement si le coût initial a été supporté par le centre lui-même ou par un prêt.

De fait, tous les MGC ne pourront pas se permettre d'avoir leur propre laboratoire de campagne mais il peut être judicieux, dans une zone géographique où plusieurs MGC sont installés à des distances raisonnables, d'implanter chez l'un d'eux un laboratoire. Stratégiquement bien situé, il pourra servir utilement à l'ensemble des populations de ce réseau de MGC.

Enfin, un laboratoire de campagne bien implanté, fiable et reconnu, pourra participer à la décentralisation des programmes nationaux (VIH, paludisme, tuberculose, drépanocytose...) en contribuant à la récolte des prélèvements, au recueil des données, au suivi des malades ou encore, avec une formation et un suivi spécifique de ces programmes, devenir un laboratoire local de référence.

18. Le risque épidémique : que faire ?

1. Introduction

Le médecin généraliste communautaire exerce en première ligne, à l'avant-garde. De ce fait, vous êtes ce qu'on appelle un « médecin sentinelle » prêt à détecter l'ennemi, avertir les autorités compétentes, prendre les mesures appropriées sans tarder. Devant le risque épidémique vous allez devoir, une fois encore, prendre la bonne décision en posant un diagnostic rapide mais argumenté à partir de constatations précises qui vont vous permettre de déclencher l'alerte.

Ces maladies infectieuses les plus fréquentes qui ont un potentiel épidémique ont pour nom le choléra, les shigelloses, les fièvres hémorragiques, la fièvre jaune, la méningite, la peste, la rougeole. On peut ajouter la dengue et le chikungunya ainsi que des flambées de paludisme pouvant, par exemple, survenir sur les Hauts Plateaux de Madagascar en raison des variations saisonnières liées au climat d'altitude.

Pour traiter cette question nous avons sollicité le Dr Georges Soula, épidémiologiste, consultant pour Santé Sud¹. Sa longue expérience de terrain et son intérêt pour la médecine communautaire l'autorisent à vous donner des indications pratiques qui pourront vous être, en cas d'épidémie dans votre aire de responsabilité, particulièrement précieuses. À lui la parole.

2. Définition et enjeu

Une épidémie se définit par une augmentation rapide et anormale du nombre de cas d'une maladie infectieuse. La principale question posée par cette définition aux responsables de la surveillance épidémiologique est l'adjectif anormal. À partir de combien de cas considère-t-on que la situation est anormale ?

1. Georges Soula a travaillé 20 années en Afrique comme assistant technique à la Faculté de médecine du Mali puis au Centre Muraz à Bobo-Dioulasso et enfin à l'OCEAC au Cameroun (deux institutions inter-états consacrées à la lutte contre les endémies et épidémies). Il est actuellement ingénieur d'Études au Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Santé Tropicale à la Faculté de médecine de Marseille.

Prenons l'exemple de la méningite à méningocoque : en Europe, notamment en France, un seul cas confirmé dans une collectivité fermée (école, caserne, prison, etc.) est considéré comme anormal et déclenche une intervention des autorités sanitaires. En Afrique sahélienne, dans les pays de la ceinture de la méningite, cette attitude reviendrait à être en alerte quasiment en permanence !

Bien qu'il existe des seuils d'alerte, affirmer la menace réelle d'une épidémie nécessite donc une interprétation basée sur l'expérience locale (encadré).

À son tout début, une épidémie commence dans des zones géographiques circonscrites, par l'introduction d'un agent pathogène infectieux (bactéries, virus, parasites) dans un groupe de sujets réceptifs. On parle alors de foyers ou de bouffées épidémiques. Son extension va dépendre de facteurs intrinsèques : contagiosité du pathogène, immunité collective et réceptivité de la population, prolifération du vecteur transmetteur (fièvre jaune, paludisme, dengue, trypanosomiase...) et extrinsèques : terrain individuel fragilisé (malnutrition, diabète, immunodépression...); promiscuité dans l'habitat, dans la salle d'attente du centre de santé, dans les transports en commun, sur les marchés, lors des grandes manifestations sociales ou religieuses (pèlerinages) pour les infections à transmission aérienne; hygiène alimentaire précaire, manque d'accès à l'eau potable ou contamination des aliments pour les maladies liées au péril fécal (choléra, toxi-infections alimentaires...).

Les actions de santé publique visent à prévenir la survenue d'épidémies ou à limiter au maximum leurs conséquences. Tout l'enjeu sera alors de diagnostiquer, non pas tant un cas de maladie infectieuse, mais un risque d'épidémie le plus tôt possible de façon à intervenir pour prendre en charge les malades et limiter le nombre de cas.

La mémoire épidémiologique

La meilleure façon d'apprécier le risque de survenue d'une épidémie est de comparer la situation avec celle des années antérieures non épidémiques.

Le MGC qui dispose d'un recul de plusieurs années dans le contexte local est le mieux placé pour juger de l'anormalité du nombre de cas.

Tenir un registre des cas de maladies à potentiel épidémique est une pratique très utile.

3. Quels sont les principaux risques épidémiques ?

D'un point de vue clinique, une toxi-infection alimentaire ne présente pas la même menace qu'un seul cas de diarrhée profuse ayant entraîné une déshydratation fatale chez un adolescent, ou un cas d'ictère fébrile léthal avec des signes hémorragiques.

D'un point de vue santé publique, le risque de passer à côté d'une réelle épidémie (et donc de retarder la riposte) est beaucoup plus lourd de conséquences que de déclencher une alerte épidémique à tort.

3.1 Répartition géographique des risques

En Afrique intertropicale, les maladies à potentiel épidémique les plus fréquentes sont la méningite à méningocoque, le choléra et la rougeole ; la fièvre jaune et la fièvre à virus Ebola sont heureusement plus rares mais bien plus graves.

À *Madagascar* et dans les îles de l'Océan Indien, les méningocoques ne sont pas responsables de grandes épidémies. Des épidémies de dengue et chikungunya surviennent périodiquement et, sur la Grande Île, il existe des foyers de peste sur les Hautes Terres du Centre et du Nord, classiquement au-dessus de 800 m d'altitude, ainsi qu'à Mahajanga, au bord de la mer.

Dans ces deux régions :

- La poliomyélite est en voie d'éradication.
- Le tétanos, notamment obstétrical et néonatal, s'observe encore dans des groupes de population ayant peu ou pas d'accès à la vaccination, ni au suivi médical de la grossesse et à l'accouchement protégé. Bien que le tétanos ne constitue pas un risque épidémique, il n'est pas inutile de rappeler que le vaccin antitétanique, très efficace, a été mis au point par Ramon, élève de Pasteur, dans les années 1920. Selon le principe « *qui se ressemble s'assemble* », la survenue d'un cas de tétanos dans un village ou un quartier est un fort indicateur d'une couverture vaccinale antitétanique très faible dans ce lieu et doit conduire à une action spécifique (vérification du statut vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer et vaccination si besoin).
- Le paludisme est présent de façon endémique avec des variations saisonnières selon la durée de la saison des pluies. Il peut se manifester sous une forme épidémique, dans les zones où les conditions climatiques sont défavorables au vecteur, l'anophèle : il s'agit des zones désertiques ou sahélo-sahariennes,

en raison de l'absence pérenne d'eau de surface (pas de gîtes de reproduction), ou des zones situées classiquement à plus de 1500 m d'altitude (température trop basse raccourcissant la durée de vie de l'anophèle et ralentissant le cycle du parasite chez le moustique)². Une flambée épidémique de paludisme est également à craindre si une population déplacée, provenant d'une zone de faible endémicité du paludisme, s'installe dans une zone hyperendémique. Ces épidémies de paludisme touchent non seulement les enfants mais aussi les adolescents et les adultes. Les formes graves peuvent être fréquentes, en raison de l'absence de prémunition.

3.2 Variations saisonnières des risques

Il est important de tenir compte des saisons à risque de façon à anticiper une éventuelle épidémie. En voici quelques exemples :

- Les épidémies de méningite à méningocoque surviennent toujours en saison sèche et fraîche, en période d'harmattan, de décembre à avril ou mai. Elles disparaissent spontanément dès les premières pluies.
- Dans bien des pays d'endémie, le choléra est une maladie saisonnière survenant chaque année, généralement pendant la saison des pluies, comme bien d'autres maladies diarrhéiques.
- Le virus de la rougeole provoque classiquement des épidémies en saison fraîche ou froide, sur un fond endémique. Elles débutent en milieu urbain puis provoquent des foyers en milieu rural. L'ampleur des épidémies dépendra du nombre de sujets réceptifs. Une couverture vaccinale de 80 % n'empêchera pas la survenue de foyers sporadiques en raison de la contagiosité élevée du virus, voire d'une épidémie si de nombreux sujets réceptifs s'accumulent dans la population (baisse récente des activités de vaccination des enfants de moins d'un an, afflux d'une population peu ou pas vaccinée).

La connaissance locale des risques saisonniers est un atout important pour mener des actions spécifiques (liste non exhaustive) telles que :

- sensibiliser la population sur l'hygiène de l'eau et les risques de maladies diarrhéiques avant chaque saison des pluies ;

2. Voir chapitre 23 l'étude du Réseau Fièvres Paludisme (RFP) des MGC malgaches réalisée sur les Hautes Terres durant une année.

- rappeler à votre personnel soignant les premiers signes de la méningite et les éléments de diagnostic différentiel avec le paludisme avant la saison fraîche; s’assurer de la disponibilité de chloramphénicol huileux et de ceftriaxone;
- surveiller la densité du vecteur en cas de pluies abondantes ou de saison particulièrement chaude en altitude; soyez très attentifs à une augmentation de patients présentant une fièvre isolée; équipez-vous en tests de diagnostic rapide du paludisme, qui seront très utiles dans ces situations.

4. Quelle démarche suivre en cas de risque d'épidémie ?

Par votre lieu d'exercice professionnel au plus près des communautés rurales, vous êtes en première ligne face à l'émergence d'une épidémie. Votre rôle est essentiel pour déclencher l'alerte, organiser et animer une cellule locale de crise, prendre en charge les malades, appliquer les mesures appropriées de prévention.

4.1 S'assurer du diagnostic et compter les cas

Vous connaissez bien les signes cliniques des principales maladies à potentiel épidémique, et ce chapitre n'est pas destiné à reproduire un traité de maladies infectieuses.

Au tout début, vous examinerez attentivement les premiers patients pour poser votre diagnostic. Puis, la question à laquelle vous devrez répondre rapidement est la suivante: s'agit-il de cas isolés ou d'une épidémie qui débute? Il faudra élargir votre champ de vision au-delà de votre cabinet de consultation, et, pour cela, vous renseigner sur le nombre de cas similaires dans l'aire de santé. Vous pouvez avoir recours à vos collaborateurs agents de santé et les envoyer dans quelques villages à la recherche de malades présentant les mêmes symptômes.

Il faut insister sur la notion de définition du cas: son but est d'utiliser les mêmes critères diagnostiques standardisés pour compter tous les cas et suivre l'évolution d'une épidémie dans le temps et dans l'espace. Selon ces critères, on distingue les cas suspects et les cas confirmés, dont quelques définitions sont proposées à titre d'exemple dans le tableau suivant. En pratique, il est impératif d'utiliser les définitions de cas établies par le système de surveillance au niveau national, dont vous devez disposer en permanence, ou obtenir auprès des autorités sanitaires de votre district (voir page ci-contre).

Définition de cas de maladies à potentiel épidémique

Maladies	Cas suspect	Cas confirmé
Choléra	Chez un malade âgé de 5 ans ou plus, déshydratation grave ou décès des suites de diarrhée aqueuse aiguë. En cas d'épidémie de choléra, toute personne âgée de 5 ans ou plus présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement constitue un cas suspect.	Cas suspect dans les selles duquel le vibrion cholérique O1 ou O139 a été isolé.
Diarrhée sanglante (Shigellose)	Toute personne présentant de la diarrhée avec du sang visible dans les selles.	Cas suspect dont la culture des selles révèle la présence de <i>Shigella dysenteriae</i> 1.
Fièvres virales hémorragiques	Maladie avec début de fièvre rebelle au traitement des causes habituelles de fièvre dans la zone et au moins un des signes suivants: diarrhée sanguinolente, saignement des gencives, saignement de la peau, saignement des yeux et hématurie.	Un cas suspect avec confirmation de laboratoire (anticorps IgM positif ou isolement viral), ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie de la maladie.
Fièvre jaune	Un sujet souffrant d'un début de forte fièvre aiguë (plus de 39°C) avec un ictère survenant dans les deux semaines qui suivent le début des premiers symptômes.	Un cas suspect avec confirmation de laboratoire (anticorps IgM positif ou isolement viral) ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie de la maladie.
Méningite	Toute personne présentant une fièvre apparue subitement (>38,5°C de température rectale ou 38,0°C de température axillaire) et l'un des signes suivants: raideur de la nuque, conscience altérée ou autres signes méningitiques.	Cas suspect confirmé par isolement de <i>Neisseria meningitidis</i> du liquide cébrospinal ou du sang.
Peste	Toute personne présentant les signes suivants: fièvre d'apparition soudaine avec frissons, maux de tête, prostration et inflammation très douloureuse des ganglions lymphatiques, ou avec toux, crachats teintés de sang, douleurs de la poitrine et difficulté à respirer.	Cas suspect confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> dans le sang ou l'aspiration de pus du bubon, ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie de la maladie.
Rougeole	Toute personne présentant de la fièvre, une éruption maculo-papuleuse (non vésiculaire) généralisée et toux, coryza ou conjonctivite ou toute personne chez qui un clinicien suspecte la rougeole.	Cas suspect confirmé par le laboratoire (anticorps Ig M positif) ou lien épidémiologique avec des cas confirmés lors d'une épidémie.

Source: Guide Technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine, OMS Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et Centers for Disease Control and Prevention, Harare, Zimbabwe, 2001.

4.2 Déclencher l'alerte

Celle-ci doit être déclenchée dès l'instant où le nombre de cas vous paraîtra anormalement élevé.

À l'échelle d'une population de moins de 30 000 habitants, ce qui est le cas de vos aires de santé, il existe quelques repères quantifiés pour déterminer si la situation est anormale :

– Dans les pays de forte endémicité de méningite, le problème est de distinguer une simple recrudescence saisonnière d'une véritable épidémie. Deux seuils sont définis par l'OMS : le seuil d'alerte et le seuil épidémique. De plus, des facteurs de risque peuvent être pris en considération. Seuils d'alerte et épidémique applicables dans la ceinture de la méningite :

Seuil d'alerte	Seuil épidémique	Risque épidémique augmenté
2 cas par semaine, OU Nombre de cas = Nombre cas X 2 sur une même période antérieure non épidémique	5 cas par semaine OU Doublement des cas sur une période de 3 semaines (ex : sem1=2 cas ; sem 2=4 cas ; sem 3=8 cas)	pas d'épidémie depuis au moins 3 ans ; seuil d'alerte franchi tôt, au début de la saison sèche ; densité élevée de la population.

- Dans les zones où la couverture vaccinale contre la **rougeole** est élevée (>80%), un ou plusieurs cas groupés dans une petite collectivité devraient déclencher l'alerte. Ailleurs, l'alerte sera donnée sur le doublement des cas observés par rapport à celui d'une même période antérieure non épidémique.
- Pour le **choléra**, l'alerte est donnée en présence de diarrhées aiguës sévères avec déshydratation survenant chez des adolescents ou des adultes.
- Un seul cas suspect de **fièvre virale hémorragique** ou de **fièvre jaune** doit déclencher une alerte immédiate.
- Pour la **peste**, un cas suspect ou deux décès successifs survenus dans la même famille ou le même village en moins de sept jours doivent être immédiatement déclarés.

Déclencher l'alerte revient à informer les autorités sanitaires compétentes de l'existence de cas de maladies à potentiel épidémique. Pour être exploitable, cette information doit préciser le nombre total de cas, mais aussi la localisation et la période pendant laquelle ces cas ont été dépistés.

Qui ? Où ? Quand ?

Répondre à ces trois questions clés permet d'organiser efficacement les mesures de contrôle d'une épidémie.

Des informations individuelles sur les cas (âge, sexe, statut vaccinal éventuel) sont également très utiles (encadré).

4.3 Animer une cellule locale de crise

L'expérience a montré dans bien des cas que l'improvisation et la panique de la population, parfois provoquées par des informations erronées diffusées par les médias, entraînaient une aggravation de la situation épidémique et retardaient l'intervention appropriée.

La mise en place de comités multisectoriels de gestion des épidémies, chargés de la préparation aux épidémies et de la coordination de la riposte est préconisée à tous les niveaux, national, régional et local. Il est rare que ces comités existent de façon formelle au-delà de l'échelon du district sanitaire.

Si votre aire de santé ne dispose pas d'un tel comité, vous pouvez initier la constitution d'une cellule multisectorielle de crise et en être le conseiller technique. Cette cellule devra être présidée par une autorité administrative ou traditionnelle et inclure dans ses membres toutes les personnes pouvant jouer un rôle utile dans la riposte : pharmaciens, agents chargés de l'hygiène et de l'assainissement, de l'agriculture et de l'élevage, forces de sécurité, enseignants, autorités religieuses, représentants d'associations et d'ONG intervenant dans la zone, etc.

En lien étroit avec le district sanitaire, cette cellule de crise aura pour fonction de gérer la situation épidémique de façon efficace, notamment :

- pour communiquer avec les autorités administratives et sanitaires, mais aussi avec les médias ;
 - pour faire passer des messages dans la population ;
 - pour faire appliquer les mesures d'hygiène publique recommandées ;
 - pour vous aider dans l'organisation d'une campagne de vaccination,
 - pour vous aider dans l'installation d'un centre de traitement de choléra ;
- etc.

4.4 Prendre en charge les malades

De même que pour le diagnostic, nous n'aborderons pas dans le détail des schémas thérapeutiques des maladies à potentiel épidémique. Nous insisterons cependant sur quelques points spécifiques sous forme de fiches (voir en annexe 6 : rougeole, méningite, choléra et peste).

4.5 Appliquer les mesures appropriées de prévention

Dans cette dernière section, nous passerons en revue quelques mesures préventives recommandées dans les situations d'épidémie, dans le but de :

- protéger le personnel soignant et éviter les transmissions nosocomiales ;
- planifier une campagne de vaccination d'urgence ;
- élaborer des messages de prévention à l'attention de la population ;

4.5.1 Protéger le personnel soignant et éviter la transmission nosocomiale

Lorsque l'agent infectieux est transmis par contact direct avec des liquides corporels infectés (sang, urine, selles, sperme, expectoration par exemple), il est capital de se protéger par une désinfection soigneuse. Un système peu coûteux basé sur un désinfectant ménager ordinaire doit être mis en place.

Produit chloré à utiliser	Solution au 1/10 ^e Désinfection des : Excréments Cadavres Liquides corporels répandus	Solution au 1/100 ^e Désinfection des : Mains gantées Mains et peau nue Vêtements Équipements Literie
Désinfectant ménager à 5 % de chlore actif	1 litre de désinfectant pour 10 litres d'eau	100 mL pour 10 litres d'eau ou 1 litre de solution désinfectante au 1/10 ^e pour 9 litres d'eau
Poudre ou granulé d'hypochlorite de sodium à 70 %	7 grammes ou ½ cuillère à soupe pour 1 litre d'eau	7 grammes ou ½ cuillère à soupe pour 10 litres d'eau
Désinfectant ménager à 30 % de chlore actif	16 grammes ou 1 cuillère à soupe pour 1 litre d'eau	16 grammes ou 1 cuillère à soupe pour 10 litres d'eau

Pour désinfecter rapidement et à fond les effets personnels du patient et son environnement immédiat, utiliser l'un des désinfectants suivants : poudre de chaux chlorée ou solution chlorée à 1 % ou solution au phénol à 1-2 %.

Pour désinfecter rapidement et à fond les vêtements du patient :

- laver les vêtements au savon et à l'eau ;
- faire bouillir ou laisser tremper dans une solution désinfectante ;
- laisser sécher au soleil ;
- laver les ustensiles à l'eau bouillante ou avec une solution désinfectante ;
- ne pas laver les articles contaminés dans des rivières ou des mares utilisées pour l'eau de boisson ou près d'un puits.

4.5.2 Planifier une campagne de vaccination d'urgence

Bien que l'organisation technique et logistique d'une campagne de vaccination de masse relève du service public, vous serez très probablement sollicité pour apporter un appui dans votre aire de santé. Voici la liste des tâches à accomplir pour planifier une campagne de vaccination dans une population :

1. Préciser la population visée par l'activité d'immunisation.
2. Évaluer les quantités nécessaires de vaccin, de diluant et de fournitures telles que seringues, aiguilles stériles et boîtes de sûreté pour le matériel usagé.
3. Choisir les sites de vaccination et en informer les populations :
 - Identifier, en coordination avec le responsable du PEV ou du programme de lutte contre la maladie dans le district, les sites propices à la mise en œuvre de l'activité de vaccination.
 - Identifier les formations sanitaires qui pourront prendre part à l'activité de vaccination.
 - Identifier, au besoin, une équipe mobile de vaccination.
 - Déterminer si certaines zones sont difficilement accessibles (un camp temporaire de travailleurs par exemple) et former une équipe mobile de vaccination pour les atteindre.
 - Contacter les formations sanitaires et prendre des rendez-vous pour les vaccinations au niveau des sites de vaccination.
4. Contacter le niveau national pour obtenir les vaccins. S'il n'y a pas de stock national de réserve, le responsable national du PEV demandera à l'OMS un approvisionnement d'urgence.
5. S'assurer que les capacités sont suffisantes pour stocker des quantités de vaccin supplémentaires pendant le stockage et le transport jusqu'au site de vaccination.
6. Former les équipes de vaccinateurs. Pour 100 à 150 personnes à vacciner sur le site, on prévoira le personnel suivant :
 - 1 à 2 vaccinateurs pour effectuer les vaccinations ;
 - 1 personne chargée de l'enregistrement sur les cartes de vaccination ;
 - des bénévoles pour vérifier l'âge et l'état vaccinal.

7. En collaboration avec le responsable PEV du district, organiser à l'intention des vaccinateurs des cours de recyclage sur les pratiques de vaccination recommandées.

8. Mobiliser la communauté. Informer le public de l'activité de vaccination d'urgence.

9. Organiser le transport jusqu'au site de vaccination :
 – prévoir le transfert de l'équipe jusqu'au site et à partir de celui-ci ;
 – réserver des véhicules et prévoir le carburant et autres frais ;
 – évaluer le coût des perdiems et organiser l'hébergement si le site est situé en dehors du lieu d'affectation habituel de l'agent de santé.

10. Évaluer les stocks de vaccins pour les activités de vaccination :
 – Évaluez la taille de la population cible si l'activité ne vise qu'une partie des habitants. Multipliez le nombre total d'habitants par le pourcentage d'enfants ou d'adultes dans la population cible. Si vous ne connaissez pas les taux exacts de distribution par âge dans votre région, utilisez les estimations recommandées suivantes :

Enfants de 0 à 5 ans	20 %
Enfants de 9 mois à 14 ans	45 %
Enfants et adultes de 1 à 30 ans	70 %
Femmes en âge de procréer	20 %

Déterminez le nombre de doses à administrer par personne en prévoyant des pertes sur la base d'un facteur de perte de 1,20 :

Taille de la population cible	X	Nombre de doses de vaccin recommandées par personne	X	1,20 Pertes	=	Nombre de doses nécessaires, pertes comprises
-------------------------------	---	---	---	-------------	---	---

Prévoyez un stock de réserve en utilisant un facteur de réserve de 25 %. Multipliez le nombre estimé de doses y compris les pertes par 1,25 pour obtenir le nombre total estimé de doses.

Nombre de doses, pertes comprises	X	1,25 Facteur de réserve	=	Estimation du nombre total de doses
-----------------------------------	---	-------------------------	---	-------------------------------------

Pour obtenir le nombre total de flacons de vaccin à commander, divisez le nombre total de doses estimé par le nombre de doses contenues dans un flacon (généralement mentionné sur l'étiquette).

Nombre total de doses estimé	/	Nombre de doses par ampoule	=	Nombre total d'ampoules requis
------------------------------	---	-----------------------------	---	--------------------------------

Si le vaccin nécessite un diluant, multipliez le nombre de millilitres de diluant par ampoule par le nombre total d'ampoules requis.

ml de diluant requis par ampoule	X	Nombre total d'ampoules	=	Quantité totale de diluant à commander
----------------------------------	---	-------------------------	---	--

Estimez le nombre d'aiguilles et seringues stériles nécessaires pour réaliser l'activité. Si vous utilisez des aiguilles et seringues à usage unique, la quantité à commander est la même que pour le nombre estimé de doses.

Prévoyez les seringues de dilution nécessaires pour la préparation du vaccin.

4.5.3 Améliorer le lavage des mains

Le moyen le plus efficace d'éviter la transmission de certaines maladies infectieuses est probablement de se laver les mains avec du savon. Il est donc important d'encourager chaque famille à observer cette pratique, en particulier après avoir déféqué, après avoir lavé un enfant qui a déféqué, après s'être débarrassé des selles d'un enfant, avant de préparer ou de manipuler des aliments et avant et après le repas.

Cette pratique d'hygiène est plus fréquente là où l'eau est abondante et facilement accessible.

Pour le stockage, on séparera, dans la mesure du possible, l'eau de lavage de l'eau de boisson.

En cas d'épidémie, il faudra fournir du savon à ceux qui n'en ont pas. S'il n'y a pas de savon, utiliser des cendres ou de la terre. Après s'être lavé les mains, ne pas les essuyer avec un linge sale. Les faire sécher à l'air.

4.5.4 Manipuler les aliments de façon saine

Encouragez les pratiques de salubrité alimentaire suivantes :

– ne pas manger d'aliments crus, à l'exception des fruits et légumes en bon état qui sont pelés et consommés immédiatement ;

- cuire les aliments de manière à ce qu'ils soient totalement chauds ;
- consommer les aliments quand ils sont encore chauds ou les réchauffer avant de manger ;
- laver et bien laisser sécher tous les ustensiles de cuisine et de service après utilisation ;
- garder les aliments cuits et les ustensiles propres séparés des aliments non cuits et des ustensiles qui peuvent être contaminés ;
- bien se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture ;
- protéger les aliments des mouches à l'aide d'un filet à mouches.

4.5.5 Évacuer sans risque les excréta humains

Une haute priorité sera accordée à l'élimination sans risque des excréments, en particulier pendant les épidémies de choléra et de shigellose. À cet effet, des latrines adaptées aux conditions locales devront être construites en coopération avec la communauté.

Les messages communautaires mettront l'accent sur les pratiques suivantes :

- Chacun, y compris les enfants, doit utiliser correctement les latrines.
- Les excréments des enfants doivent être transférés dans les latrines à l'aide d'une pelle ou enterrés dans un trou.
- Il faut éviter de déféquer sur le sol ou dans la source d'approvisionnement en eau ou à proximité de celle-ci.
- Lors d'importants rassemblements publics, notamment à l'occasion de foires, funérailles ou manifestations religieuses, s'il n'y a pas de latrines, il faut indiquer les endroits de défécation et fournir une pelle pour y enterrer les excréments.

4.5.6 Approvisionner la communauté en eau potable

Eau courante. Pour être potable, l'eau courante doit être correctement traitée au chlore. Pour éviter que l'eau de la nappe phréatique pénètre dans les conduites, les joints qui fuient doivent être réparés et la pression dans le réseau de distribution maintenue constante.

Source d'eau exposée (rivière, mare ou puits ouvert sans margelle). Si ces sources sont utilisées pour l'eau de boisson, faites-les protéger, lorsque cela est possible, de toute contamination par les hommes et les animaux. Creusez des rigoles d'écoulement pour éviter que l'eau de pluie ou d'autres eaux de surface n'altèrent la source d'eau. Toute défécation sera interdite dans un périmètre de 10 mètres autour de la source d'eau et doit se faire en contrebas ou en aval de celle-ci.

Puits fermés. Les margelles de puits doivent être équipées d'un radier d'écoulement ainsi que d'une poulie, d'un treuil ou d'une pompe.

Par camion. Si l'eau disponible localement risque d'être contaminée, l'eau de boisson doit être fournie par camions-citernes ou transportée dans des bidons si elle a été chlorée et si le ravitaillement peut être régulier. Cependant, cette forme d'approvisionnement coûte cher et est difficile à maintenir ; on la considère donc comme une mesure à court terme en attendant le rétablissement de l'approvisionnement local.

4.5.7 Stocker et traiter l'eau de boisson à domicile

Lorsque la salubrité de l'eau de boisson est incertaine, il y a lieu de chlorer ou de faire bouillir l'eau à domicile.

Pour empêcher toute contamination, les familles conserveront l'eau de boisson dans l'un des types de récipients suivants :

- *Récipients couverts* nettoyés quotidiennement et gardés hors de la portée des enfants et des animaux. L'eau en est extraite à l'aide d'une louche à manche long réservée à cet usage.
- *Récipients à bec étroit* dont l'ouverture est trop petite pour qu'une main puisse y être insérée. L'eau en est extraite par versage ou à l'aide d'un robinet. L'eau utilisée pour les toilettes, la lessive et à des fins autres que la boisson peut ne pas être traitée et se conserve séparément.

4.5.8 Prendre des mesures d'assainissement

Dans les régions où il existe des foyers de peste comme à Madagascar, des mesures qui permettront de lutter contre les rats et les puces sont particulièrement importantes :

Dans la maison :

- balayage quotidien et dépoussiérage (aspersion d'eau puis nettoyer) ;
- revêtir les murs intérieurs avec un enduit pour éviter les anfractuosités et colmatage systématique de tous les trous ;
- changer les nattes et les literies usées régulièrement. Lessives à l'eau bouillante ;
- lavage et repassage fréquents du linge avec alternance de vêtements de jour et de nuit ;
- bien protéger les restes des aliments ;
- utiliser des bacs à ordures à couvercle hermétique.

A l'extérieur de la maison :

- débroussailler les alentours des maisons et le village;
- utiliser des fosses à ordures et incinérer systématiquement;
- nettoyer les aires de battage, éloigner les bottes de paille;
- utiliser des latrines ou, en cas de tabou, des trous que l'on rebouche aussitôt

Des mesures collectives de dératisation et de désinfection doivent être organisées avec les autorités compétentes.

4.5.9 Manipuler sans risque les cadavres

Les liquides corporels des personnes décédées à la suite de choléra ou d'une fièvre hémorragique virale demeurent infectieux. Soyez extrêmement prudent si vous devez manipuler le corps de patients suspectés d'avoir été atteints de choléra ou de fièvre hémorragique virale. Faites appliquer les mesures suivantes :

– Les funérailles doivent avoir lieu rapidement et à proximité du lieu du décès. Déconseillez le lavage des cadavres et la distribution de nourriture pendant les funérailles.

- Réduisez l'exposition aux moustiques par la pulvérisation d'insecticides rémanents et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, en enfonçant son bord inférieur sous la literie.
- En cas de peste suspectée, la mise en bière doit se faire avant tout déplacement du corps dans un cercueil avec une paroi métallique interne étanche, puis scellé après avoir mis le corps sur une couche de sciure de bois imbibée d'un désinfectant (chlorure de chaux). Les sujets contacts doivent prendre une chimioprophylaxie.

5. Pour conclure

► Références

- Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication, World Health Organization, Geneva 1997.
- District guidelines for yellow fever surveillance, Division of Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control. World Health Organization, Geneva 1998.
- Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de

l'OMS pour l'Afrique, Harare, Zimbabwe et Centers for Disease Control and Prevention, EPO Division of International Health, NCID Division of Bacterial and Mycotic Diseases, Atlanta, Georgia, USA. Juillet 2001.

- Conduite à tenir en cas d'épidémie de rougeole. Médecins Sans Frontière, Paris, juillet 1996.
- Prise en charge d'une épidémie de méningite. Médecins Sans Frontière, Paris, 4^e édition, janvier 2008.
- Cholera Guidelines. Médecins Sans Frontière, Paris, 2^e édition, septembre 2004.
- Protocole national de lutte contre la peste à Madagascar (actualisé 2010).

► **Bien noter :** au moment de leur installation, les MGC ont intérêt à prendre contact avec le médecin chef de leur district sanitaire pour connaître les risques épidémiques existants dans leur région, se procurer les directives nationales (procédures et protocoles thérapeutiques), s'informer sur le dispositif d'alerte existant et les mesures immédiates à prendre devant une menace épidémique.

19. Communication et mobilisation sociale

1. Introduction

Votre décision de vivre à la campagne relève d'un choix personnel et cette vie de médecin rural, quelles que soient les raisons de ce choix, représente à vos yeux une étape importante dans votre parcours professionnel. Ceci étant, chaque MGC a sa propre personnalité, son histoire, ses attentes. Selon que vous êtes une femme ou un homme, célibataire ou marié, en famille ou séparés par les contingences de l'existence, vos modes de vie ne sont pas les mêmes. Il n'y a pas de modèle unique : vos goûts, vos aptitudes – autant que votre situation personnelle – vont orienter votre façon « d'être » à la campagne. Certains, par exemple, éprouvent une facilité naturelle à communiquer alors que d'autres resteront, par tempérament, réservés et prudents.

La capacité de s'insérer dans la société rurale dont vous faites maintenant partie dépend aussi des opportunités locales, des personnes avec qui vous vous sentez en confiance... et sans en être toujours conscient, vous allez devenir un acteur social. En visitant les MGC sur leur terrain, il est frappant de constater une grande variété de situations, des façons de faire diverses, empiriques, sans stratégie précise mais qui, toutes, manifestent un fort désir de s'intégrer.

Cet ancrage social, véritable enracinement, passe par la terre et les activités extra-professionnelles. Concernant la terre, ce sont souvent les paysans qui encouragent le médecin à avoir un terrain agricole (rizière, champ, jardin) ou un élevage. C'est un signe apprécié d'appartenance au monde rural et certains MGC se prennent au jeu en ayant une petite production avec du personnel occupé à la faire fructifier. Les activités sociales, quant à elles, sont diverses et variées : soutien scolaire, création d'une bibliothèque, participation à l'équipe sportive, mise en place d'activités génératrices de revenus, implication associative ou confessionnelle... autant d'activités qui permettent aux MGC non seulement d'exercer leur métier mais aussi de vivre à la campagne, avec les gens. C'est ainsi que, petit à petit, avec des hauts et des bas, se construit votre quotidien.

Pour aborder ce chapitre, nous partirons de ce quotidien. En effet, c'est à partir du réel que nous pourrions réfléchir sur les notions de mobilisation et de participation qui sont trop souvent abordées de façon théorique, sans oublier d'évoquer aussi le rôle de « chef d'équipe » (*manager* en anglais) des MGC qui ont avec eux, dans leur centre médical communautaire, une équipe soignante.

2. Le rôle social du MGC

De cette grande diversité de parcours, de profils, de situations, essayons de dégager une problématique générale dans le prolongement du chapitre 3 où nous avons insisté sur l'hétérogénéité des communautés, composées de groupes sociaux animés par des logiques spécifiques avec lesquelles le MGC va se trouver en interaction.

En milieu rural, deux groupes prédominent en termes de pouvoir :

- celui qui a une légitimité traditionnelle avec un pouvoir sur l'organisation villageoise et certaines décisions importantes. Ce sont « les vieux ou anciens, chefs de famille, notables », auxquels il faut parfois ajouter les responsables religieux (marabouts, catéchistes, pasteurs) qui peuvent avoir une influence considérable ;
- celui qui a une légitimité légale que l'on pourrait appeler moderne, soit parce qu'il représente l'administration à l'échelle locale, soit parce qu'il remplit une fonction électorale (élus municipaux/maire).

Il y a, entre ces deux groupes, des complicités et des rivalités mais jamais d'indifférence. Le MGC, reconnu comme *homme ou femme de savoir*, respectable, bénéficie d'un « statut attribué » qui fait de lui ou d'elle un(e) notable, apparenté(e) à ces deux groupes.

Cette identité professionnelle assignée donne au MGC un statut particulier, imposé si l'on peut dire, auquel il ne peut pas se dérober et auquel il va devoir consentir pour être ce qu'on attend de lui (ou d'elle). Ce privilège est, en même temps, une contrainte forte.

Comment, dans ces conditions, être soi-même, acquérir une « identité pour soi » ? C'est souvent le dilemme des médecins en milieu rural qui ne peuvent pas se réfugier dans l'anonymat des villes, ce qu'explique bien ce MGC malgache : « *en ville, personne ne sait que je suis médecin mais ici, dès que je descends du taxi brousse, je suis déjà médecin. À Tana (la capitale), je suis comme les autres. En campagne, on a plus de considération* ».

Parole de MGC

Il ne faut pas s'immiscer dans les conflits locaux, être prudent dans les relations et respecter les coutumes. Par exemple: se rendre aux baptêmes et aux funérailles, visiter le chef du village avec la cola et la tabatière. Il faut observer avant d'agir car on est sous le regard de tous. Avoir à l'esprit l'importance du temps et de la progressivité.

Dr Moussa Mariko - Mali

C'est en établissant des relations sociales et un réseau de voisinage que les MGC vont essayer de se construire une identité sociale propre, à côté de leur identité professionnelle: « *j'ai d'abord juste exercé la médecine. C'est après un an d'installation que j'ai commencé à avoir des relations avec les gens. Mais avant, j'étais coincé [...]. J'ai eu envie d'avoir des relations: c'est une société ici, on doit s'adapter à la société dans laquelle on vit* ».

Tous les exemples montrent que cette insertion sociale passe par des activités extra-professionnelles et la construction de réseaux sociaux autour d'activités choisies en fonction des aspirations et/ou des projets personnels du médecin et des opportunités qui se présentent à lui. Ce désir de proximité se double d'une prise de risque: en se mettant « à découvert » dans des domaines où il n'est plus le professionnel, le MGC met en danger la neutralité attachée à son statut (encadré).

Être médecin et villageois ?

C'est la question que se pose constamment le médecin rural: comment trouver l'équilibre entre le métier et la vie sociale dans une communauté villageoise ?

Le statut professionnel du médecin le met, nous l'avons vu, en position de notable. Il peut rester dans ce rôle en considérant que c'est là sa vocation avec, en contrepartie, une certaine distance avec la population qui entraîne une intégration sociale limitée.

Mais il peut aussi saisir les opportunités qui se présentent à lui pour s'engager dans des relations de proximité, réduire la distance en devenant un acteur de la mobilisation sociale, à condition de suivre certaines règles pour être ni trop proche, ni trop éloigné, garder sa légitimité, voire la renforcer. Être acteur d'un processus participatif que nous allons maintenant examiner.

3. La participation communautaire

C'est à partir du concret, de ce quotidien, qu'il faut envisager la participation communautaire, non pas comme une activité plaquée, « exogène », mais comme une dynamique « endogène », possible et à saisir.

Revenons à la notion de communauté. Nous avons vu qu'elle est souvent décrite comme un groupe d'appartenance composé d'individus qui ont des intérêts communs et sont, en conséquence, liés par un devoir de solidarité. En réalité, les communautés villageoises sont traversées par des conflits internes plus ou moins anciens (vieilles querelles lignagères), plus ou moins graves (certains villages sont coupés en deux), réactivées ou neutralisées en fonction des événements qui vont parcourir la vie quotidienne des villageois (décès d'un chef de famille, élection, etc.).

Le village est un espace de négociations continues où le médecin va être considéré comme un enjeu, une bonne carte qu'il vaut mieux avoir de son côté. Ce piège pour le MGC impose de sa part un comportement de base dont va dépendre son avenir:

- 1/ s'installer de façon neutre: « *réussir son entrée dans le village, sans porte d'entrée privilégiée* » (Abou Bakari Imorou, anthropologue);
- 2/ ne pas prendre partie pour un groupe ou un autre;
- 3/ collaborer avec tout le monde en essayant d'être plutôt un point de conciliation.

Ceci étant admis, comment saisir les dynamiques de changement social et que faire ? Pour nous aider, reprenons la définition de la participation communautaire du chapitre 3 (encadré).

Deux points sont importants: la notion de personne et celle d'action. Il ne s'agit plus de LA communauté mais d'individus qui expriment des besoins et manifestent un désir de changement. Dans ce processus, on n'est plus dans la communauté subie, celle de l'appartenance mais dans un autre type de

Participation Communautaire

« Processus social dans lequel des personnes ou des groupes de personnes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir ces besoins, décident d'y chercher une réponse et se dotent de mécanismes destinés à les satisfaire ».

(d'après P. Freire)

communauté, voulue par des individus décidés à agir ensemble. À partir de là, une dynamique participative peut s'enclencher.

Dans cette perspective, le MGC n'est plus celui qui sait et qui propose mais celui qui va observer la collectivité, acquérir une « grille de lecture » pour comprendre les logiques sociales intra-communautaires, repérer les individus réformateurs qui existent dans toute société, les dynamiques potentielles susceptibles de naître à partir d'un groupe de personnes prêtes à se mobiliser. C'est la démarche que beaucoup de MGC utilisent spontanément pour leurs activités sociales mais que nous allons structurer pour la rendre plus rigoureuse.

Les étapes de la mobilisation sociale

Nous décrivons quatre étapes, sachant que la réalité pourra modifier cette présentation formelle qui a pour seul but de clarifier le processus participatif et de permettre à chacun d'adapter sa propre démarche.

1/ Écouter et observer avant d'agir

Il y a deux activités privilégiées pour cela :

- la **consultation** qui permet au MGC de recueillir un grand nombre d'informations sur les coutumes, les représentations des maladies, les itinéraires thérapeutiques, la hiérarchie sociale, les interprétations des événements, etc. Ces précieuses informations nécessitent, pour les obtenir, une curiosité que le soignant n'a pas toujours : son attention reste souvent centrée sur la maladie aux dépens du contexte qu'il a l'impression de suffisamment connaître ;
- l'**observation participante** que le MGC peut exercer facilement, au quotidien, car il est immergé dans le milieu où il exerce et participe à nombre d'activités. Exemples d'observation :
 - les relations du personnel avec la population ;
 - l'attitude des élus et des notables lors des réunions au village ;
 - au marché, les relations entre communautés ;
 - les pratiques de ventes de médicaments (épiceries, pharmacies par terre, ambulants...);
 - les comportements en matière d'hygiène dans les familles (visites à domicile). Etc.

Ce type d'observation permet de constater les pratiques réelles car il y a toujours un décalage entre ce que l'on dit et ce que l'on fait, à condition de rester neutre, sans porter de jugements qui changeraient les conditions de l'observation.

Parole de MGC

Souvent, je me promène dans le village, je parle aux gens mais, surtout, je regarde ce qu'ils font et comment ils le font, surtout les femmes car je suis une femme.

Dr Heri Lys Nainanirinanandrianina – Madagascar

L'observation participante favorise les relations de proximité mais nécessite du temps au sens de « savoir perdre utilement son temps ! » (encadré).

2/ Échanger/dialoguer à partir d'un thème

Cette deuxième étape va pouvoir se réaliser lorsque quelques individus ou un groupe de personnes souhaitent approfondir une question ou un sujet auquel, bien entendu, le MGC s'intéresse également. Ce thème apparaît le plus souvent de façon « opportuniste », c'est-à-dire en fonction des circonstances liées à un événement ou à des rencontres interpersonnelles. Au chapitre 3, nous avons évoqué le déclenchement d'un processus participatif à partir d'une épidémie diarrhéique dans un village (événement) et d'un dialogue avec un instituteur (rencontre). C'est ainsi, à partir du quotidien, qu'une dynamique se construit, sachant que l'éventail des thématiques possibles est très large si on considère les huit composantes des SSP. À ce stade le MGC, sur un problème concret, pratique et partagé, peut jouer le rôle de facilitateur en ayant recours à deux procédés :

– Les **entretiens individuels** semi-directifs vont permettre d'approfondir le sujet avec la ou les personnes qui désirent s'impliquer, apprécier leurs connaissances du problème, les raisons de leur intérêt, la façon dont elles pensent qu'il faut traiter la question au niveau du village, etc. Il s'agit, en quelque sorte, de recueillir un témoignage dans un lieu confidentiel et dans un cadre qui permet une relation conviviale et confiante.

Pour structurer cet entretien, le MGC prépare un fil conducteur : 4 ou 5 questions sur le thème qu'il utilisera comme « pense bête » pour ne pas oublier un aspect important ou pour relancer la conversation si nécessaire.

Prenons l'exemple d'un entretien avec notre instituteur, les questions pourraient être les suivantes :

1. Vous m'avez parlé de cet enfant malade qui vous préoccupe, avez-vous souvent des problèmes de santé avec les enfants ? Pouvez-vous me donner d'autres exemples ?

2. Est-ce que les autres instituteurs ont ce type de préoccupation ? En parlez-vous ensemble ?
3. Que vous disent les responsables de l'association des parents d'élèves (APE) au sujet de la santé des enfants ? Sont-ils préoccupés aussi ?
4. Au niveau du district scolaire, fait-on quelque chose à ce sujet ? Existe-t-il des instructions et/ou des textes concernant la santé à l'école ?
5. À notre niveau, celui du village, que pensez-vous qu'il est possible de faire ?

Après chaque entretien, il convient d'établir une fiche résumant les points essentiels avec un bref commentaire (questions à revoir, prolongements possibles, difficultés etc.).

– Le **groupe de parole (focus group)** va permettre de recueillir l'avis d'un petit groupe de personnes sous forme d'une discussion libre mais structurée. Nous proposons une fiche technique sur le focus group pour permettre aux MGC de l'organiser et d'y jouer le rôle d'animateur (voir page ci-contre). Dans notre exemple du village touché par un nombre anormal de diarrhées, un focus group apporterait beaucoup d'informations sur l'analyse faite par la population elle-même de la situation. Le fil conducteur pourrait être le suivant :

1. Nous allons parler des maladies des enfants, quelles sont les maladies les plus répandues au village ?
2. Pour les enfants diarrhéiques que je vois souvent, avez-vous des explications sur les causes ?
3. Que faites-vous pour soigner ces enfants ? Qu'est-ce qu'il faudrait faire que vous ne pouvez pas faire ?
4. Et pour éviter/prévenir les diarrhées, à votre avis, y a-t-il des solutions ?
5. Est-ce qu'on parle de ce problème au village ? Est-ce que des décisions sont évoquées et qui pourrait les prendre ?

C'est ainsi qu'en combinant plusieurs approches qui se complètent les unes avec les autres, il est possible de parvenir à ce qu'on appelle un diagnostic communautaire. En effet, les cas vus en consultation, l'observation participante, les entretiens ciblés et la discussion en focus group permettront d'obtenir, sur une thématique bien délimitée, une sorte d'état des lieux que l'on pourra utilement compléter avec une documentation (études, articles, communications) sur le sujet.

Focus group (groupe de parole)

Définition : groupe de 4 à 12 personnes, constitué de manière formelle pour traiter un thème précis, obtenir des informations relatives aux idées, croyances, comportements, pratiques concernant la thématique et connaître les attentes du groupe et, à travers lui, des personnes concernées.

Exemples de thèmes :

- pourquoi les jeunes médecins hésitent à s'installer en zones rurales ? (focus group avec des jeunes diplômés et thésards) ;
- au village, que fait-on quand un enfant va mal ou a le corps chaud ? (focus group avec des mères de famille) ;
- dans les familles, qui décide et donne l'argent pour soigner un malade ? et où va-t-on pour les soins ? (focus group avec des mères et pères de famille) ;
- l'espacement des naissances est-il possible pour vous ? quels sont les obstacles et les possibilités existantes ? (focus group avec des jeunes mamans) ;
- autres exemples thématiques : les maladies spécifiques qui inquiètent afin de mieux connaître les interprétations traditionnelles et les pratiques, l'hygiène collective, la scolarisation, sur un projet de développement local etc.

Sélection des participants : Ils sont choisis en fonction du thème en veillant à constituer un groupe représentatif et homogène pour que la parole soit libre et fluide (âge, sexe, statut social...). Éviter les personnes qui ont des rapports hiérarchiques, des différences de génération, des interdits entre eux (lignage) etc.

Chaque participant doit être volontaire pour participer au focus group.

L'animation du focus group : L'animateur joue le rôle de facilitateur. Neutre, ouvert, il ne porte aucun jugement et ne donne pas d'avis. Il facilite et stimule la discussion :

- relance : x vient de dire quelque chose de très intéressant, êtes-vous d'accord ?
- encourage ceux qui s'expriment peu : y, vous pensez aussi ce que x vient de dire ?
- résume : peut-on dire, pour résumer ce qui vient d'être discuté, ceci ou plutôt cela ? sur quoi êtes-vous d'accord ? est-ce différent ?
- recentre : il me semble qu'on s'écarte du sujet, qu'en pensez-vous ? etc.

Il faut faire progresser la discussion grâce à un fil conducteur préparé à l'avance : 4 ou 5 questions clés sur le thème que l'animateur garde pour lui et qu'il énoncera au fur et à mesure pour faire avancer le débat et obtenir plus de précisions (questions générales au début, plus ciblées ensuite).

Il est souhaitable que l'animateur ait, à côté de lui, un observateur neutre qui prend des notes (mots clés, citations, locutions vernaculaires etc.). Celui-ci peut intervenir également pour aider l'animateur (demander des précisions, relancer etc.). L'enregistrement est possible si le groupe est d'accord, ce qui permettra de compléter les notes et d'approfondir le contenu de la discussion.

Déroulement et durée de la séance : Il faut choisir un lieu convivial et neutre (hors institution), avec un dispositif facilitant les échanges de parole (cercle en général), chacun se plaçant où il le souhaite.

Les participants sont prévenus à l'avance du thème de la discussion et de ce qui est attendu : liberté de parole, confidentialité. Aucun support car c'est la parole qui seule importe (pas de tableau, ni paperboard ou feuilles pour écrire etc.).

L'animateur se présente (ainsi que l'observateur) pour rappeler l'objectif de la rencontre, le thème à discuter et la règle du jeu : libre expression, respect des autres (les dominants qui monopolisent la parole seront aimablement contenus).

Chaque participant se présente à son tour.

L'animateur lance la discussion avec une question très générale ou une annonce du genre « on dit que (énoncée d'un point de vue commun), est-ce vrai ? Ensuite rebondir sur les divers points de vue des participants.

Lorsque la discussion s'épuise et commence à « tourner en rond », relancer avec une nouvelle question prévue à l'avance dans le fil conducteur.

En général un focus group dure 1 h30 à 2h. On sent le moment où le sujet semble s'épuiser (redondances, répétitions, silences plus nombreux etc.). Il faut savoir arrêter et toujours conclure en résumant brièvement, avec l'aide du groupe, ce qui a été dit d'essentiel.

Ne jamais donner d'argent mais prévoir des boissons et une petite collation en guise de remerciements.

Le MGC ainsi que les personnes qui se sont impliquées avec lui auront alors une « grille de lecture » assez précise à plusieurs niveaux :

- santé publique locale : importance du problème et retentissement sur la population, y compris économique ;
- socioculturel : savoirs et représentations ; interdits ; pratiques réelles ; enjeux sociaux ;
- politique : existence ou non d'une dynamique de changement : forces positives, difficultés, opportunités, menaces.

Ce diagnostic est une aide à la décision : les conditions sont-elles réunies pour aller plus loin ? Si la réponse est oui, cela veut dire qu'il est possible de lancer une action. L'étape suivante peut alors s'engager.

3/ Fixer un objectif et un plan d'action

Un groupe de personnes a décidé de s'investir dans une action et va, en conséquence, devoir s'organiser. Le MGC a tout intérêt à garder sa position de facilitateur/médiateur et de conseiller technique. De par sa position sociale, il pourra contribuer à l'élargissement du groupe, favoriser un consensus communautaire, en particulier en obtenant le soutien des autorités administratives et traditionnelles, ainsi que celui des divers agents et relais sanitaires locaux.

– La détermination de l'objectif.

C'est le plus difficile car, en général, on a tendance à confondre l'objectif qui est le but de l'action avec les moyens. Par exemple, créer un jardin potager, poser une borne fontaine, fournir une trousse médicale d'urgence pour l'école ou construire une infirmerie ne sont pas des objectifs mais des moyens. En effet le but n'est pas énoncé, ni le résultat que l'on veut atteindre. Il vaudrait mieux dire, en reprenant l'ordre de ces exemples :

1. diversifier l'alimentation des enfants à la cantine de l'école¹ pour 115 enfants (moyen : jardin potager) ;
2. lutter contre les diarrhées en rendant l'eau potable accessible à douze familles (moyen : installer une borne fontaine) ;

1. Nombre d'écoles rurales n'ont pas de cantine et les enfants ne font que deux repas par jour, tôt le matin et le soir au retour chez eux. Tous les MGC devraient s'impliquer, avec les instituteurs et l'APE, dans des activités de santé à l'école : visite médicale des élèves, premiers secours, hygiène individuelle et collective, éducation sexuelle (prévention des grossesses précoces), etc. La santé scolaire, trop souvent délaissée, mériterait un chapitre à elle seule.

3. améliorer la santé scolaire en formant trois instituteurs au secourisme (moyen : trousse médicale d'urgence) ;
4. améliorer l'accessibilité à des soins de qualité au village (450 habitants) en organisant une consultation médicale hebdomadaire (moyen : un poste infirmier qui servira de lieu de consultation).

Le MGC pourra aider le groupe dans cette réflexion sur le but que l'on se fixe en commun et la détermination du résultat précis qui est souhaité au terme de l'action.

– Le plan d'action.

Il va falloir ensuite arrêter :

1. Les activités à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif. Exemples :
 - choisir avec la communauté villageoise, l'APE et le directeur de l'école un terrain (jardin potager) ;
 - identifier un organisme compétent pour résoudre l'approvisionnement en eau potable avec un devis (borne fontaine ou autre) ;
 - former trois instituteurs en secourisme et en hygiène ;
 - négocier avec le responsable du district sanitaire, obtenir un plan type et identifier un entrepreneur (infirmerie villageoise).

Selon l'importance de l'action, une ou plusieurs activités devront être envisagées et détaillées (où, quand, comment, qui fait quoi ?).

2. Les moyens en termes de :
 - ressources humaines nécessaires (formateurs, expertise-conseil, intervenants techniques, etc.) ;
 - ressources matérielles (plans et devis, listes de matériels et d'équipements etc.).
3. Le budget nécessaire avec :
 - les dépenses (intervenants, constructions/équipements, déplacements, frais divers) ;
 - les recettes (sources financières, aides en nature, dons, etc.).

Un budget doit être équilibré dès le départ pour éviter les déconvenues ou l'abandon du projet qui entraîneront un sentiment d'échec collectif toujours dommageable.

4. La durée avec un calendrier par activité. Ce calendrier doit être réaliste, en sachant que les projets avancent plus lentement qu'on ne le souhaite et que l'enthousiasme du début rencontrera des imprévus et/ou des obstacles qu'il faudra surmonter.

4/ Évaluer le résultat final

À la fin de l'action, il est souhaitable que le groupe s'autoévalue en répondant à quelques questions simples :

- Le résultat obtenu correspond-il à celui que nous avons fixé? Autrement dit, l'objectif est-il atteint?
- Si oui, quelles sont les difficultés imprévues que nous avons rencontrées? Comment les avons-nous résolues? Aurions-nous pu les prévoir?
- Si non, quels sont les obstacles qui ont empêché le résultat escompté? Pourquoi n'avons-nous pas réussi à les surmonter? Aurait-on pu faire mieux?
- L'action est-elle pertinente (répond au besoin identifié)? Est-elle viable (correspond aux possibilités financières et matérielles des bénéficiaires)? Est-elle durable (pourra perdurer/se renouveler dans le temps)?

Ce bilan s'appelle une capitalisation qui permettra au groupe d'analyser les forces et les faiblesses de l'action et d'en retirer les enseignements pour l'avenir.

► À retenir

- Dans une démarche de développement, il vaut mieux agir à partir de quelques personnes motivées: la participation communautaire se construit avec un petit groupe qui va ensuite essayer de s'élargir à la communauté villageoise, sans chercher nécessairement à impliquer tout le monde.
- L'important est de faire en sorte que ce « groupe réformateur » devienne sujet de sa propre démarche, le MGC pouvant l'aider à se structurer du fait de sa position sociale et de ses compétences.
- Le dialogue doit être permanent et ouvert, à l'intérieur du groupe réformateur mais aussi avec la communauté en recherchant un consensus le plus large possible.

4. La bonne communication

La mobilisation sociale nécessite, comme support, de bien communiquer. Ce n'est pas évident pour les médecins qui n'ont jamais eu de formation à ce sujet durant leurs longues études. Ils ont surtout adopté une attitude passive devant leurs

professeurs de la Faculté (cours magistraux). Dans les services hospitaliers, c'est la confidentialité qui est la règle, ce fameux « colloque singulier » entre le médecin et son patient. Ainsi, au moment de son installation, le MGC est une personne plutôt discrète, réservée, préférant les relations interpersonnelles dans l'intimité de la consultation. Il n'est pas porté à se mettre en avant, redoute le discours en public dont il ne connaît pas les règles et n'a pas encore l'assurance et l'estime de soi nécessaires qui permet d'être à l'aise pour parler devant un auditoire.

Dans la communauté villageoise où il est installé, où tout le monde connaît tout le monde, ce sont les circonstances qui vont obliger le MGC à franchir le pas. Les notables vont l'interpeller, solliciter l'avis de leur docteur sur toute sorte de problèmes, l'obliger à dire « quelque chose ». C'est là que la communication commence : communiquer, c'est se faire comprendre.

Essayons d'expliquer cette « mécanique » en la décomposant :

1/ **Le message.** C'est le contenu informatif que le MGC va essayer de transmettre. Pour que cette information soit de qualité, elle doit répondre à deux critères :

- être exacte, c'est-à-dire être vraie, démontrable avec des arguments scientifiques et des preuves. Cela veut dire qu'il faut éviter de dire des choses approximatives, que l'on ne sait pas bien. Pour être convaincant, il faut bien connaître la question ;
- être compréhensible, c'est-à-dire accessible aux gens de façon à leur permettre d'accéder au sens et à la logique des choses. Cela veut dire parler, sans trahir le contenu du message, avec le langage local des gens en utilisant des dictons, des images symboliques, les expressions populaires.

2/ **L'émetteur.** C'est le locuteur, celui qui parle pour faire passer le message, ici le MGC qui doit respecter les codes culturels liés à la prise de parole, très différents d'une société à l'autre. L'excentricité est à éviter (vestimentaire, attitudes) car elle détourne l'attention des gens qui « *vous regardent comme une vedette de cinéma mais ne vous écoutent plus* ».

3/ **Le récepteur** est représenté par ce qu'on appelle encore « la cible » : un groupe plus ou moins large de gens concernés par le message. Il va entendre et écouter avec attention mais il faut savoir que, même dans les meilleures conditions, il y a toujours une déperdition significative entre ce que l'on veut dire et ce que le public cible comprend vraiment :

- Ce que l'on veut dire : 100 %

- Ce que l'on dit effectivement : 70 %
- Ce que l'autre écoute : 50 %
- Ce que l'autre comprend effectivement : 40 %

Si on ajoute que la mémorisation de l'écouter ne sera guère plus de 50 % de ce qu'il a compris et 25 % huit jours après, on mesure à quel point se faire comprendre est difficile !

4/ **La rétroaction** (feed back). Il s'agit, dans la mesure du possible, de vérifier si le message a bien été compris. Il ne suffit pas de poser la question car, bien sûr, l'auditoire va répondre oui ! D'où l'importance d'entrer en dialogue avec l'auditoire ainsi que nous l'avons évoqué pour le focus group, de laisser s'exprimer les diverses opinions. Et de demander enfin à l'auditoire de reformuler le message avant de conclure pour savoir ce qui a été vraiment compris et compléter si besoin.

► À retenir

- La communication est un échange qui doit s'appuyer sur une information exacte et accessible. Le message, pour être convaincant sera concis (pas trop long) et clair (compréhensible par le public cible).
- On a toujours tendance à en dire trop : il faut simplifier sans déformer. D'où l'importance de résumer, d'illustrer avec des formules ou des images symboliques, de répéter ce qui est important, d'obtenir une rétro-information sur ce qui a été réellement compris.
- L'attitude empathique qui permet de comprendre tout en gardant le contrôle de ses émotions implique ouverture d'esprit, écoute, dialogue. À partir de cette attitude globale le MGC est en mesure d'adapter son approche du problème en fonction du contexte et des circonstances :
 - directive dans les situations graves ou urgentes (épidémie, malade en danger, situation d'urgence) ;
 - non directive et participative lorsque la décision doit être partagée, qu'il s'agisse du traitement d'un malade ou d'une action de développement.

5. Le MGC chef d'équipe

Lorsque le MGC s'installe avec un contrat dans une structure existante (associative, confessionnelle, communale), il va devoir assurer le rôle de « chef de poste » avec une équipe soignante déjà en place dont il devient le responsable.

C'est le cas par exemple au Mali pour les MGC qui s'installent dans un centre de santé communautaire (CSCOM). Cette situation n'est pas sans poser quelques problèmes que l'on peut énoncer sous la forme d'une question : comment agir avec mon personnel et imposer mon autorité ?

En général ce personnel paramédical comprend un ou deux aides-soignants, une matrone, un gérant de pharmacie, un gardien. Le niveau de compétence est variable en raison de formations disparates, souvent sommaires (quelques mois à l'hôpital de référence). Les habitudes acquises sont, en général, loin d'être satisfaisantes. Les plus âgés sont souvent considérés par les villageois comme de vrais docteurs qui, parfois, profitant de la crédulité générale, développent une activité parallèle en privé. Le cloisonnement est la règle, chacun travaillant dans son coin, contrôlant son territoire sans manifester beaucoup d'intérêt pour le fonctionnement global du centre de santé.

Dans un premier temps le personnel va chercher à savoir qui est ce jeune médecin et, sans en avoir l'air, tester ses capacités en de multiples occasions au cours des diverses activités de la journée. C'est dans cette phase cruciale que le MGC doit acquérir sa légitimité vis-à-vis de son personnel, faire naître la confiance et gagner la partie. Et c'est d'abord sur la compétence qu'il va être jugé, faite de savoir, de savoir être et de savoir faire (voir chapitre 4). Faire preuve d'autoritarisme pour montrer qu'on est le chef n'est pas la bonne attitude et nous conseillons de convaincre par la preuve, en travaillant tour à tour auprès de chaque membre du personnel qui appréciera ainsi votre polyvalence et votre compétence, ainsi que l'intérêt porté au travail et aux préoccupations de chacun.

Il sera possible alors, dans un deuxième temps, d'exercer son rôle de *leader* (au sens de meneur et non de chef) afin de créer un esprit d'équipe autour d'un objectif commun et partagé : la qualité des soins offerts à la population. Progressivement, avec détermination mais sans brusquerie, le MGC devra travailler avec son personnel sur les points suivants :

1/ La répartition des tâches : qui fait quoi ?

En général chacun a des tâches bien définies en rapport avec son type de compétence mais, à y regarder de plus près, certaines activités relèvent d'un travail d'équipe pour lequel le rôle de chacun nécessite d'être partagé. Exemples : la stratégie avancée, l'IEC, la permanence des soins, l'hygiène-désinfection, l'accueil et le circuit du malade... Il va être nécessaire de revoir les descriptions de poste de

chaque agent en distinguant bien avec les intéressés eux-mêmes :

- les tâches qui sont spécifiques au poste ;
- les tâches qui sont partagées avec d'autres (voire avec l'équipe entière).

Ce travail réalisé à partir du « paquet d'activités » délivré par la structure de santé devra, pour être opérationnel, faire l'objet d'un document écrit validé par l'ensemble du personnel.

2/ L'intégration et la coordination des soins :

Le travail précédent aura permis le décloisonnement et une adhésion vers un objectif commun : la qualité des soins. À partir de là, le rôle du MGC sera déterminant pour son équipe s'il parvient à créer un climat favorable et motivant basé sur quelques principes simples :

- favoriser la circulation et l'échange d'information au sein de l'équipe ;
- être attentif aux conditions de travail (matérielles, statutaires, financières) de chaque agent ;
- responsabiliser autant que possible les membres de l'équipe (savoir déléguer en s'assurant ensuite que l'activité est bien faite) ;
- veiller au respect des mêmes règles pour tous (règlement intérieur) et être le garant d'une gestion transparente ;
- représenter et valoriser son équipe soignante à l'extérieur.

Il n'y a pas de recettes toutes faites car chaque équipe est différente, les contextes ne sont jamais identiques, sans parler des MGC eux-mêmes qui ont des personnalités variées.

L'important est d'avoir toujours ces principes à l'esprit, d'essayer de les mettre en pratique au jour le jour en observant bien ce qui marche et ce qui ne marche pas, de saisir les opportunités qui s'offrent pour améliorer ses capacités de *management*², soit en suivant des formations spécifiques, soit en demandant conseil à des aînés ou à des professionnels confrontés aux mêmes types de responsabilités.

3/ Renforcer l'esprit d'équipe

Pour maintenir et renforcer l'esprit d'équipe, deux activités sont indispensables et doivent se tenir régulièrement : les réunions d'équipe et la formation interne.

2. Management : « ensemble de connaissances concernant l'organisation et la gestion d'une entreprise » (dictionnaire Le Robert). On peut considérer le centre de santé avec son personnel comme une petite entreprise, sachant toutefois que les médecins n'ont aucune connaissance en la matière et doivent, par conséquent, se former « sur le tas ».

Les réunions d'équipe, hebdomadaires ou bimensuelles, sont en général perçues comme contraignantes et ennuyeuses. Pour éviter cet écueil, il faut bien les préparer à partir de ce que l'on attend de ces réunions, à savoir :

- un échange d'informations entre tous les membres ;
- la planification des activités à venir ;
- la résolution des problèmes identifiés ;
- la gestion des conflits si nécessaire.

Le MGC doit prévoir, ou faire préparer, un ordre du jour et mener la réunion de façon interactive pour permettre l'expression de chaque membre de l'équipe, utiliser sa capacité d'être directif ou non directif selon la situation. Un procès verbal ou compte rendu permettra de garder une trace des points discutés et des décisions prises.

La formation interne représente un soutien professionnel pour l'équipe, très valorisante car elle renforce la confiance en soi et le désir de faire bien. Le MGC a un rôle inestimable à ce niveau qu'il peut exercer de deux façons :

- par des supervisions formatives auprès des soignants de son équipe, à tour de rôle. Elles se font sur le mode du compagnonnage en partageant une activité (ex : CPN avec la matrone, suivi nutritionnel des enfants, PF etc.) pour identifier les problèmes, les insuffisances et les améliorer ;
- par des séances mensuelles de formation en équipe sur un sujet choisi en commun. Une bonne formule est de partir d'une étude de cas présentée par un membre de l'équipe, en rapport avec le thème choisi, à partir duquel le groupe, animé par le médecin, pourra s'auto-former.

En définitive, le MGC chef d'équipe obtiendra satisfaction dans la mesure où il sera reconnu et respecté pour sa vision d'ensemble, son attitude à la fois ferme et souple, sa volonté de développer les capacités de chaque membre de son équipe, sa position neutre et juste.

L'association communautaire ou le comité de gestion

Nous terminerons ce paragraphe en évoquant les relations du MGC « chef de poste » avec l'association de santé communautaire qui gère le centre de santé – le cas du Mali – ou le comité de gestion dans d'autres pays. Les diverses études faites sur le sujet montrent que la relation entre les médecins et ces organes gestionnaires sont extrêmement variables d'une structure à l'autre, allant de la

plus grande confiance au conflit irréductible ayant parfois entraîné le départ du médecin avec, entre ces deux extrêmes, des situations intermédiaires plus ou moins satisfaisantes.

Les principales difficultés évoquées par les MGC relèvent de plusieurs causes qui peuvent se cumuler entre elles :

- les membres de ces organes gestionnaires sont des personnes peu qualifiées en milieu rural, parfois imposées sans être représentatives de la communauté ;
- les conflits de pouvoir entre les membres de l'association communautaire/ comité de gestion ;
- l'absence de transparence permettant une gestion opaque (détournements) ;
- le manque de considération pour le rôle du chef de poste traité comme un simple exécutant ;
- le manque d'intérêt pour les objectifs de santé et la mobilisation sociale.

Rappelons l'importance du contrat signé par le MGC avec la structure d'accueil (chapitre 4) qui doit bien définir la position et le rôle du médecin-directeur. Celui-ci doit être considéré comme un partenaire de l'association gestionnaire. Le MGC a intérêt à exiger dès le départ le respect des droits et des devoirs de chaque partie, la transparence et un esprit de collaboration constructive conçu dans l'intérêt de la population.

6. Conclusion

La santé n'est pas qu'une affaire de professionnels. L'implication active du patient, de sa famille et des différents groupes sociaux qui constituent la communauté joue un rôle déterminant.

Ceci nécessite un dialogue entre les soignants et la population, à une échelle qui doit être calibrée en fonction des besoins ressentis, des problèmes posés, des opportunités qui se présentent.

Les messages inadaptés, incompréhensibles, voire choquants expliquent souvent les résistances au changement dénoncées par les soignants.

Les médecins ne sont pas formés à ce type d'approche, interactive et participative, préférant rester dans une relation personnalisée, celle du colloque singulier qui leur est familière et les rassure quant à leur statut professionnel.

Se lancer dans l'arène représente un risque, une mise en danger qui n'est pas évidente sur le terrain devant des situations aux enjeux toujours complexes.

C'est pourquoi nous avons choisi d'être pragmatique, de montrer le chemin à partir d'exemples concrets, convaincus qu'il n'y avait pas dans ce domaine de la communication et de la mobilisation sociale une stratégie « clé en main ». À chacun d'inventer la meilleure voie en fonction de ses possibilités et du ressenti qu'il éprouve dans sa vie de médecin et de villageois, habitant d'une localité dont il est le seul à savoir jusqu'où peuvent aller ses initiatives et son engagement.

20. Itinéraires thérapeutiques : le marché de la santé

1. Introduction

Vous êtes, dans votre localité et aux alentours, le représentant de la médecine moderne que les populations considèrent comme la « médecine des blancs », celle des *toubabs* si vous exercez en Afrique francophone et celle des *vahazas* si vous exercez à Madagascar. De plus, venant de la grande ville du pays où vous avez fait vos études, elles ont tendance à vous considérer comme un étranger même si vous êtes natif du pays. Cette double position – étranger pratiquant une médecine venue d'un monde lointain – n'est pas toujours confortable : elle fascine mais, en même temps, on s'en méfie.

En milieu rural, vous l'avez constaté, les pratiques traditionnelles sont encore très vivaces contrairement au milieu urbain où elles s'estompent de plus en plus. Vous déplorez souvent l'attitude des familles qui vous amènent leurs malades trop tard après avoir épuisé, sans résultat, les recours traditionnels et vous êtes parfois choqué par des pratiques néfastes qui aggravent le cas de ces patients au lieu de l'améliorer. L'attitude à adopter n'est pas évidente car vous savez que la maladie, interprétée par le sens commun, n'est pas la même que la vôtre. Pour les gens de votre territoire, il y a les maladies « pour l'hôpital » (la biomédecine) et d'autres, les plus nombreuses, qui relèvent des guérisseurs et des remèdes traditionnels car la médecine moderne ne les connaît pas¹.

Chaque famille, en réalité, cherche à soigner les siens selon l'explication qu'elle donne à la façon dont la maladie est apparue et les symptômes visibles qu'elle observe. Elle se mobilise aussi en fonction des recours disponibles dans son environnement, de ses moyens financiers, des conseils de voisins ou d'amis. Vous-même avez sans doute des souvenirs d'enfance où, petit malade, on vous a

1. Un célèbre chirurgien, René Leriche, disait qu'il y avait « la maladie du médecin » et « la maladie du malade », montrant ainsi l'écart parfois considérable qu'il y a entre le regard scientifique du professionnel et la vision du patient sur sa propre maladie. Cet écart tend à se réduire dans les pays développés, en lien avec la généralisation de l'instruction et le rôle important de l'information, mais n'a pas disparu pour autant.

emmené chez un guérisseur ou un marabout qui « sait », fort impressionné par ce personnage, ses paroles souvent énigmatiques, ses gestes pour « neutraliser le mal », ses prescriptions. Vous avez peut-être aussi connu ces « piqueurs sauvages » comme on les nomme au Bénin, des charlatans sans vraie formation – ils ont fréquenté parfois quelques mois un dispensaire – qui prennent les attributs de la médecine moderne (blouse, matériel, médicaments), des escrocs qui profitent en toute impunité de la crédulité des populations et qui font beaucoup de dégâts².

Médecin de famille, au contact de la population et sachant tout ce qui s'y passe, vous êtes conscient d'être un recours parmi d'autres, confronté à la concurrence, d'où l'image du marché qui fait le titre de ce chapitre. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le MGC, le dispensaire ou l'hôpital n'ont pas une position centrale dans la distribution des soins et c'est cette situation problématique, par bien des côtés difficiles à saisir, que nous allons tenter de comprendre. Nous aborderons ce sujet avec une vision globale en laissant à chacun d'entre vous le soin de l'adapter en fonction de vos propres observations dans le contexte particulier qui est le vôtre.

2. Le malheur, la maladie, l'infortune

D'une façon générale, les sociétés traditionnelles considèrent les événements, heureux ou malheureux, comme la marque du destin et la maladie n'est qu'un indicateur de l'infortune parmi d'autres : perdre sa récolte, être victime d'un accident ou confronté au décès d'un parent, faire une mauvaise affaire... Le malheur venu de l'extérieur tombe – je suis « pris » ou « attaqué » –, ce qui implique de trouver une explication. Il faut dès lors répondre à la question du « pourquoi », cette réponse étant nécessaire pour comprendre ce qui arrive et, si possible, trouver une solution pour neutraliser le malheur tombé sur soi³.

La maladie étant comprise comme une menace pour l'individu et son entourage, sa survenue nécessite une identification : c'est quoi, c'est qui ? Les études

2. À titre d'exemple, citons les injections mal faites qui lèsent le nerf sciatique laissant, à titre définitif, une boiterie liée à une paralysie plus ou moins étendue d'un membre inférieur. Actuellement cette pathologie iatrogène est beaucoup plus répandue que la poliomyélite !

3. Le sentiment de persécution domine souvent, le malade se sentant victime et agressé dans son intégrité.

anthropologiques⁴ se rejoignent largement pour constater que les différentes cultures classent les maladies en deux grandes catégories qui répondent à des logiques différentes :

– **Les maladies naturelles** souvent appelées « maladies de Dieu ». Ce sont des maladies que tout le monde a plus ou moins en soi et peuvent se réveiller dans certaines circonstances (excès alimentaire, fatigue liée à un travail intense, exposition prolongée au soleil etc.) ou que l'on attrape par hasard (facteurs saisonniers : maladies du vent, de l'hivernage) ou par contamination (enjambement d'urine ou de déjections d'un malade par exemple). Ce sont des maladies « populaires » en ce sens qu'elles sont très connues, souvent évoquées devant tel ou tel symptôme qui permet de les reconnaître et de les nommer. Certaines sont évolutives, parfois avec de longues rémissions, comparées à un serpent ou à un arbre qui pousse en soi avec des ramifications, « boit le sang » et finit par empoisonner progressivement l'individu. Parfois la maladie reste interne mais elle peut aussi « sortir » (hémorroïdes, hernie, hydrocèle, kyste etc.). À ce stade, la médecine occidentale est en général recommandée car elle peut extirper le mal alors que les recours traditionnels sont épuisés.

Le champ de ces maladies populaires est très vaste et, si le MGC écoute bien ses malades, ce sont elles qu'ils évoqueront avec leurs caractéristiques propres selon l'ère culturelle où il exerce. Elles se caractérisent par une configuration de symptômes disparates, sortes de syndromes populaires empiriques sans rapport avec les nosologies médicales⁵.

– **Les maladies surnaturelles** encore appelées magico-religieuses. Elles répondent à une autre logique où il s'agit d'identifier un responsable et non plus seulement de nommer une maladie. On n'est plus dans la question « c'est quoi ? » (logique de nomination) mais on va chercher à répondre à la question « c'est qui ? » (logique d'imputation).

Cette démarche est engagée lorsque les symptômes sont apparus dans des circonstances particulières n'évoquant pas une entité nosologique populaire

4. Nous faisons référence à des auteurs comme A. Zampleni, M. Augé, N. Sindzingre, J. Benoist, D. Bonnet, J.P. Olivier de Sardan, Y. Jaffré...

5. Citons quelques noms de maladies populaires en Afrique de l'Ouest, sans équivalence biomédicale (Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P 1999) : suma (Guinée), keefi (maladie peule), sumaya et sayi (Mali), gamma (maladie dogon), kooko (Burkina Faso), yeyni et weyno (Niger, Mali, Bénin), la maladie de l'oiseau (Afrique de l'Ouest). À signaler cependant que certaines maladies épidémiques saisonnières (maladies du vent) comme la rougeole et la méningite sont, par contre, assez bien identifiées.

connue. Elle peut aussi être envisagée devant l'évolution déroutante d'une maladie populaire laissant penser à l'action perturbatrice d'un ancêtre, d'un mauvais génie ou d'un sorcier. Les maladies mentales et l'épilepsie, ou encore la stérilité féminine, se prêtent particulièrement bien à ce genre d'interprétation. Dans ce dernier cas – qui comprend non seulement l'infécondité mais aussi les fausses couches à répétition, la mort in-utero, les naissances anormales, etc. – la quête en responsabilité est quasi systématique. C'est pourquoi les grossesses, dans nombre de sociétés traditionnelles, sont annoncées le plus tardivement possible afin d'éviter qu'un être maléfique « ne gâte l'enfant ».

Lorsque le malade ou son entourage soupçonne une cause surnaturelle, le recours à un spécialiste (guérisseur, marabout, devin...) est obligatoire car c'est lui qui pourra *a posteriori*, en reconstituant l'histoire de la maladie, identifier la cause du mal et neutraliser l'agent responsable par un rituel thérapeutique destiné à le satisfaire ou le combattre. Il peut s'agir d'agents humains (magie maléfique, sorcellerie), d'extra-humains (génies de la brousse, ancêtres) ou de la transgression d'un interdit (fady en malgache) lié au lignage ou au groupe d'appartenance.

Ces causes magico-religieuses sont d'autant plus prégnantes que la vie locale est éloignée de la modernité, sans électricité, où les enfants ne doivent plus sortir des cases et des courées la nuit tombée après « le petit soir ». On craint les prédateurs mais aussi les mauvais esprits. Cette surnature omniprésente a tendance à s'estomper dans les villes, remplacée par d'autres formes magico-religieuses (recours aux saints, cultes prophétiques, cartomancie, horoscope, etc.).

La maladie de l'oiseau

La maladie de l'oiseau (kônônyama en bambara) nous servira d'exemple car elle est nommée ainsi dans de nombreuses sociétés ouest-africaines⁶ et représente un modèle assez caractéristique de ce que l'on entend par « maladie traditionnelle » ou « entité nosologique populaire ». En effet, elle s'est construite sur « *une analogie entre les convulsions associées à certaines maladies infantiles et les battements d'ailes d'un oiseau responsable de ces troubles* » (D. Bonnet). Un lien causal s'est établi entre la façon dont l'oiseau secoue ses ailes et les convulsions de l'enfant. Mais quel oiseau ? Les descriptions varient

6. Kono = oiseau ; Niama = force vitale de l'être (notion complexe d'une force positive qui peut devenir négative dans certaines circonstances).

autour d'oiseaux nocturnes – hibou ou chouette (notamment la chevêchette perlée) et l'engoulement à balancier ont été décrits – mais on est plutôt dans l'ordre du mythe, à la frontière entre la nature et la surnature.

Ce modèle explicatif populaire est très éloigné de la biomédecine car elle englobe un ensemble de pathologies convulsivantes et les pertes de connaissance (convulsions fébriles, épilepsies, tétanos, accès pernicioseux, syncopes etc.). La contamination se fait par contact sous forme de rencontres réelles ou symboliques de la mère et son enfant avec l'oiseau : survol de l'oiseau à la tombée de la nuit, marche sur des traces, une simple ombre qui passe, l'audition de cris d'oiseaux, voire une scène vue en rêve impliquant un oiseau...⁷

La maladie de l'oiseau est considérée le plus souvent comme une maladie naturelle mais peut, si le tableau convulsif persiste ou s'aggrave, changer de catégorie, l'oiseau devenant le vecteur d'un génie maléfique ou d'un sorcier. Ce passage du naturel au surnaturel est fréquent, montrant ainsi que les catégories nosologiques traditionnelles ne sont pas fixes mais instables, variables en fonction des évolutions que le schéma ci-dessous tente d'illustrer.

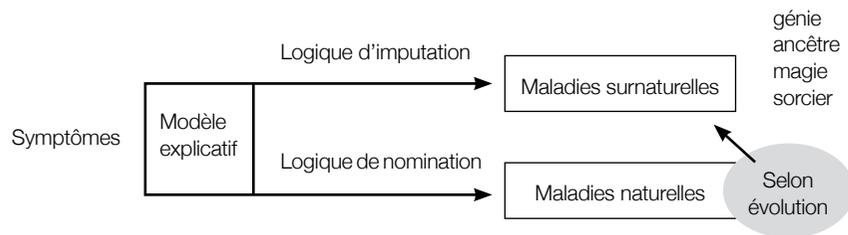


Schéma explicatif d'après J.P. Olivier de Sardan

7. Les animaux sont souvent « assimilables à des génies ou considérés comme des montures de génies » (D. Bonnet) et, dans certaines circonstances, la rencontre animale peut se transformer en maladies nommées comme telles (maladie du lièvre, du serpent, de la tortue, du crapaud, etc.) ou se révéler bien plus tard (diagnostic a posteriori).

Paradigme

C'est la manière de voir et de comprendre les choses, une vision du monde qui fait sens. Au sens collectif, le paradigme correspond à l'ensemble des expériences, des croyances et des valeurs qui permet aux individus de comprendre le monde et d'agir en fonction de cette compréhension. Il représente un système d'explication considéré comme vrai, une communauté de pensée largement acceptée par tous ceux qui partagent ce système.

► À retenir

- Les maladies naturelles (de Dieu), les plus nombreuses, et les maladies surnaturelles (magico-religieuses) répondent à des modèles explicatifs qui permettent d'identifier le malheur tombé sur soi et d'engager une quête thérapeutique pour essayer de résoudre le problème.
- Ces modèles explicatifs ne sont pas fixes et vont évoluer selon les circonstances, ce qui permet des « diagnostics » successifs *a posteriori*.
- Selon les ères culturelles, on retrouve des modèles/maladies similaires ou très proches avec des noms différents. Intériorisés socialement, ces modèles fonctionnent comme des « passeurs de sens » (y compris en ville ou, par exemple, on continue à parler de maladie de l'oiseau alors que les oiseaux incriminés n'existent pas en zones urbaines).
- Ces entités nosologiques traditionnelles ne correspondent pas au classement scientifique des maladies de la médecine moderne car les systèmes d'explication respectifs appartiennent à des paradigmes qui n'ont aucun rapport⁸ (encadré).
- Une maladie qui dure se transforme et il faut, en conséquence, chercher une autre cause, changer de stratégie thérapeutique. C'est pourquoi la maladie chronique, notion biomédicale, est difficile à comprendre et à faire admettre.
- Les personnels de santé ont tendance à sous-estimer, voire dénigrer les

8. C'est la raison pour laquelle les tentatives faites pour développer des « passerelles » entre tradipraticiens et médecins sont en grande partie illusoire : on ne peut pas comparer ce qui n'est pas comparable. Ces collaborations, soutenues par l'OMS, mettant l'accent sur la complémentarité « des deux ordres de médecine », n'ont guère eu de résultats convaincants sauf dans le domaine des maladies mentales où l'approche interculturelle, à la suite de H. Collomb à Dakar, a été d'une indéniable fécondité en permettant l'interprétation des syndromes psychiatriques selon les codes de la culture.

maladies vernaculaires (locales), ou encore à les simplifier pour établir des correspondances terme à terme avec la biomédecine : telle maladie veut dire palu, telle autre devient hernie, ou encore rhumatisme... alors qu'en réalité, il s'agit d'entités nosologiques beaucoup plus complexes.

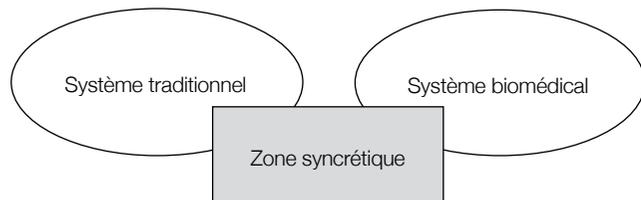
2. La quête thérapeutique

Pour comprendre l'importance de cette quête thérapeutique, il faut partir de « l'événement-maladie » (J. Benoist) qui touche une famille et nécessite une réponse. Mais comme l'écrit justement Y. Jaffré : « *Si tout malade s'interroge sur les causes de son affection, il est aussi et surtout fort impatient de constater les effets d'un traitement* ». La démarche va donc être avant tout pragmatique : ce sont essentiellement les recours disponibles dans l'environnement, leur accessibilité et la perception de leur efficacité en fonction des symptômes du malade qui vont être déterminants. C'est pourquoi l'image du marché est assez satisfaisante, différent selon la localité avec des choix qui ne sont pas les mêmes partout.

Le MGC doit prendre conscience du fait qu'il n'est qu'un recours parmi d'autres et s'intéresser aux autres « soignants », quels qu'ils soient, pour avoir une idée aussi précise que possible des recours disponibles dans son aire de responsabilité.

Quels recours ?

Les malades et leurs familles vont circuler entre trois systèmes, deux d'entre eux étant représentés respectivement par les systèmes traditionnel et biomédical dont nous avons vu qu'ils étaient dans des paradigmes différents, donc étrangers l'un à l'autre. Quant au troisième, il s'agit plutôt d'une interface, une zone grise qui emprunte aux deux systèmes précédents des éléments disparates recombinaés et réinterprétés. Disons qu'il s'agit d'une zone syncrétique intermédiaire selon le schéma suivant :



Qui va prodiguer des soins dans ces trois secteurs ?

- Dans le **système biomédical** ce sont des professionnels de santé qui pratiquent dans des structures agréées (dispensaires publics, privés ou associatifs, cabinets médicaux, cliniques, hôpitaux).
- Dans le **système traditionnel**, beaucoup moins formel car il n'y a pas de corpus savant mais des thérapeutes avec des savoirs empiriques basés sur la tradition et des modes d'apprentissage divers, ce sont les tradipraticiens qui sont, en général, spécialisés dans la prise en charge d'une ou deux maladies populaires ou reconnus pour un savoir très spécifique (traumatologie, morsure de serpent, brûlures).

Les traitements sont très variés faisant appel aux scarifications, aux potions, aux massages, aux applications de pommades et d'emplâtres, aux fumigations et aux lavements. La phytothérapie (feuilles et racines) est très largement utilisée sous forme de décoctions ou de poudres prises en breuvage ou mélangées avec d'autres produits (beurre de karité) pour applications locales. Ces traitements sont presque toujours accompagnés d'un rituel symbolique (prières, formules, sacrifices, offrandes) visant à circonscrire le mal et à activer les forces bénéfiques. Certains tradipraticiens sont réputés pour posséder un pouvoir capable d'identifier la cause surnaturelle des maladies (et de l'infortune en général), à l'aide parfois de techniques divinatoires ésotériques et compliquées. Ils possèdent une force « magique » qui leur permet de neutraliser l'agent responsable. On vient les consulter, parfois de fort loin, pour bénéficier du rituel magico-religieux qui est, pour le malade-victime, promesse de guérison⁹. Dans certains cultes comme au Bénin, le malade peut devenir un adepte du prêtre guérisseur montrant ainsi qu'il existe des connexions étroites entre thérapeutique et phénomène religieux.

- Dans la **zone syncrétique**, située en interface entre les deux systèmes précédents, on trouve un ensemble hétéroclite de recours informels qu'il est difficile de classer mais qui ont pour caractéristique d'emprunter leurs techniques de soins aux systèmes traditionnel et moderne en un mélange plus ou moins bricolé :

9. Ces rituels dépendent des zones culturelles. En milieu animiste, ce sont souvent des sacrifices réparateurs alors qu'en terre d'Islam les sourates du Coran serviront de support maraboutique (breuvage, amulette). Au Sud Bénin et à Madagascar les recours divinatoires avec des rituels de possession sont plus largement pratiqués.

- L'automédication. Elle comprend les recettes traditionnelles qui se transmettent de génération en génération. À partir d'un ensemble de symptômes qui évoquent une maladie populaire on va, en première intention, utiliser un « remède de grand-mère » conseillé par un parent ou acheté à l'étalage d'un herboriste. Parfois, selon la même démarche, c'est un médicament moderne déjà utilisé dans des circonstances similaires que l'on prend, donné par un voisin ou acheté à l'épicerie du village. La vente illicite de médicaments étant très répandue, il est facile de les trouver aussi au marché (les pharmacies-par-terre) avec les conseils du vendeur qui se base, ignorant la pharmacologie des produits, sur la couleur des gélules et des comprimés pour les vendre à l'unité sur des critères les plus fantaisistes. C'est ainsi que sont consommés *larga manu* des antibiotiques, anti-inflammatoires, antispasmodiques, antipaludéens etc. Les médications traditionnelles et modernes se conjuguent ainsi au gré des savoirs empiriques et des opportunités.
- Les ambulants ou colporteurs. Mobiles, souvent insaisissables, ils circulent de village en village avec des gris-gris, des préparations magiques, de la phytothérapie et des médicaments de contrebande. Certains font des injections avec des produits non identifiés utilisés à titre préventif ou curatif, d'où l'expression réaliste de « piqueurs sauvages » qui leur est donnée au Bénin.
- Les cabinets illicites. Ces sont des soignants de diverses origines qui pratiquent à leur domicile: aide soignant retraité, ancien bénévole d'un dispensaire public, secouriste ou matrone rapidement formés dans l'un des programmes SSP qui se sont multipliés ces dernières décennies etc. Livrés à eux-mêmes, la plupart exerce dans des conditions d'hygiène déplorables, inconscients de leurs limites. Cette catégorie disparate s'est multipliée dans certaines régions, supplantant de façon caricaturale des soins modernes absents ou disqualifiés par leur médiocrité.
- Les cultes prophétiques. Sous forme de sectes, ces cultes se sont beaucoup développés au siècle dernier à côté des grandes religions avec souvent, comme support, des pratiques de thérapie collective visant à lutter contre toutes sortes d'envoûtements maléfiques ou diaboliques. Les adeptes en restent souvent captifs: l'éloignement, en effet, provoquerait immanquablement une rechute, la pratique régulière du culte jouant une sorte de rôle prophylactique.

Itinéraires

C'est ce vaste « champ de la santé » que les malades et leurs familles vont utiliser en circulant entre les différents secteurs que nous venons de décrire, choisissant l'offre qui leur convient le mieux. Le système de soins tel qu'il est vu par les médecins (et le Ministère de la Santé) n'est donc pas représentatif de la totalité du champ des recours vu par la population. En réalité, celle-ci se trouve confrontée à un pluralisme thérapeutique, plus ou moins étendu et diversifié selon la zone géographique concernée, au milieu duquel elle va devoir s'orienter. Plusieurs critères vont intervenir et se combiner entre eux. Nous en distinguerons trois :

1/ La perception causale de la maladie.

En milieu rural où l'analphabétisme est encore majoritaire, ce sont les perceptions traditionnelles qui prédominent alors que dans les milieux urbains les plus éduqués on assiste à un basculement vers les modèles explicatifs de la biomédecine qui conduit davantage à s'adresser à la médecine moderne en première intention.

Comme la plupart des maladies sont, sauf exception, perçues comme naturelles, du moins au début, c'est l'automédication qui est très largement utilisée d'emblée en zones rurales. Cette attitude est à la fois pragmatique et économique car elle permet d'attendre « pour voir » et de se limiter au minimum de dépenses¹⁰. Ensuite seulement, en fonction de l'évolution et des symptômes, on va s'adresser aux recours thérapeutiques accessibles et jugés efficaces.

2/ La notion d'efficience.

Tous les types de soins peuvent être sollicités sous réserve qu'ils soient jugés efficaces, c'est-à-dire accessibles géographiquement avec un bon rapport coût/efficacité. Nous utilisons volontairement un langage moderne pour montrer qu'en tous temps et en tous lieux les humains raisonnent de la même manière sauf que les mots – et les maux ! – n'ont pas toujours le même sens. Concernant le coût par exemple, l'argent n'est pas le seul paramètre car il faudra, selon le type de recours, intégrer le déplacement, un don en nature, l'achat d'un animal pour le sacrifice réparateur etc. L'investissement consenti dépendra aussi de la place du malade dans le lignage, l'importance des uns n'étant pas toujours

¹⁰. Attitude logique: Il ne faut pas oublier que nos propres défenses immunitaires permettent de guérir nombre d'épisodes infectieux, ce qui fait d'ailleurs le succès d'une partie des traitements traditionnels ou alternatifs.

égale à celle des autres. Quant à la notion d'efficacité, elle est sujette à bien des interprétations, l'efficacité vue du côté des patients n'étant pas identique à l'efficacité médicale fondée sur l'analyse de l'état physiopathologique.

3/ Le processus de décision.

Si l'automédication ne donne pas de résultat, ou si l'affection semble d'emblée sérieuse, c'est en général le chef de famille qui décide. Il faut donc attendre son accord même s'il est absent ou en voyage. Bien souvent les itinéraires traditionnels sont d'abord privilégiés car « à l'hôpital (c.à.d. au centre de santé), ils ne connaissent pas nos maladies ». À l'intérieur des familles, les discussions sont parfois vives entre les générations mais ce sont les vieux qui détiennent l'autorité, imposant souvent la tradition contre l'avis des jeunes¹¹.

Les itinéraires thérapeutiques vont ainsi emprunter des voies qui dépendront de nombreux facteurs et des expériences antérieures. Ils vont aussi se construire au fur et à mesure de façon pragmatique sur des relations subtiles entre la demande de soins et l'offre disponible. Une cause magico-religieuse est-elle fortement suspectée ? On va chercher un guérisseur réputé « très fort », quitte à faire de nombreux kilomètres. Devant un traumatisme, on va plutôt s'adresser à un guérisseur rebouteux. On ira voir également tel soignant à son domicile avec une vieille ordonnance pour faire la piqûre qui avait si bien réussi la dernière fois, ou se rendre au centre de santé pour la vaccination qui protège contre toutes sortes de maladies, etc. Ce sont, la plupart du temps, des itinéraires en zigzag qui font des allers-retours entre les trois secteurs : traditionnel, moderne et synchrétique.

Des observations récentes ont montré que le « facteur culturel » était moins déterminant qu'on ne le pensait : « les pratiques sanitaires des populations ne sont pas figées, culturellement définies une fois pour toutes, mais elles dépendent très largement de l'offre disponible et de l'appréciation qui en est faite » (L. Touré). Le facteur économique est important mais doit être également relativisé pour la même raison, les gens étant prêts à « mettre le prix » devant une prestation, traditionnelle ou moderne, qu'ils estiment satisfaisante.

11. Dans le beau film *Toro Si Té* de Daisy Lamothe (prix du festival du Film du Réel, 2006), une jeune fille se présente au Dr Seydou Konaté avec une infection évoluée de sa jambe. Elle répond au médecin qui l'interroge : « mon père a mis un produit traditionnel qui a aggravé le mal, mon frère n'était pas d'accord. Si j'avais décidé moi-même, je serai venue plus tôt ».

À ce propos, il convient de noter que les structures de santé biomédicales sont elles-mêmes responsables de leur défection par les malades si on considère :

- la fréquence des absences des soignants : l'infirmier ou le médecin n'est pas là, personne ne sait quand il reviendra et il faut s'en retourner ou aller ailleurs pour chercher un autre recours ;
- le comportement des personnels de santé : indifférence, non respect des codes sociaux, racket ;
- la mauvaise prise en charge clinique : absence d'écoute, examen bref et impersonnel, pas de suivi.

Ces constats navrants résument brièvement les enquêtes qualitatives faites ces dernières années montrant, quel que soit le pays, la grande médiocrité des soins délivrés par les structures du système biomédical.

Il est donc insuffisant d'accuser l'ignorance des gens – « ils sont bêtes et font n'importe quoi ! ». Les villages évoluent, même dans les zones les plus reculées. La médecine moderne se vulgarise comme le coca cola sous l'effet de la généralisation des moyens d'information et de la circulation des hommes. Même les guérisseurs utilisent les mots de la biomédecine, parlant de microbes comparés à « des larves de grenouilles qui mangent le ventre ». Emprunts et réinterprétations se conjuguent avec des itinéraires thérapeutiques sans frontières, successifs ou simultanés. Le MGC, placé dans cette configuration du marché de la santé est constamment partagé entre des sentiments contraires : la satisfaction d'être consulté en première intention et l'amertume d'intervenir en bout de chaîne pour un malade qui a traîné de recours en recours et pour lequel il ne peut plus rien faire.

3. Guérisseur ou charlatan ?

Lorsqu'on évoque les pratiques dites traditionnelles, il est difficile pour un médecin de ne pas évoquer les pratiques néfastes dont il a constaté les effets parfois dramatiques.

Citons les emplâtres effectués avec un mélange de tabac chiqué et de bouse de vache, les plantes macérées dans le dolo (bière de mil), le mal d'oreille traité par l'urine de chien, la section du cordon ombilical avec une lame septique provoquant le tétanos, les incantations effectuées sur le ventre d'une jeune femme mourante pour « faire venir l'enfant » ou ce village qui refuse les soins pour un

malade qui a une volumineuse tumeur au visage et disant : « *cette maladie n'est pas pour vous !* »

Et que dire de ces pratiques recyclées sous couvert de modernité comme l'utilisation abusive et inappropriée de perfusions ou ces traitements soi-disant curatifs avec promesse de guérison du cancer ou des MST/Sida ! Au Mali par exemple, le cystocèle est devenu une MST, le traitement consistant à appliquer des produits corrosifs pour nécroser la muqueuse et « *faire sortir le mal* ». Ce procédé inhumain entraîne des infections pouvant aller jusqu'aux fistules vésico-vaginales...

On comprend dès lors que le MGC en première ligne, devant ces situations fréquentes, soit révolté et interrogatif sur l'attitude à adopter. Faut-il condamner ou fermer les yeux ? C'est une raison pour essayer de faire le *distinguo* entre les « vrais » guérisseurs que l'on peut appeler tradipraticiens et les « faux » guérisseurs ou charlatans :

- les tradipraticiens sont, en général, de simples paysans ou des personnes ayant un statut social particulier (forgeron, marabout, prêtre) qui vaquent à leurs occupations sans faire de publicité. Ils exercent rarement à plein temps et leur talent se limite à des savoirs ciblés sur quelques maladies populaires, des savoirs-faires spécifiques ou des pouvoirs reconnus qui en font des spécialistes magico-religieux. Leurs connaissances et leurs procédés thérapeutiques sont des secrets transmis de père en fils ou par un maître. Ils sont à la fois respectés et craints pour leur pouvoir. L'étendue de leur réputation est variable, pouvant rester locale ou transmise de bouche à oreille à de grandes distances.
- Les charlatans ont un profil différent en ce sens qu'ils vivent de leur pratique. Ils sont entreprenants et « *cherchent l'argent* » en profitant de la crédulité des gens : toutes les occasions sont bonnes pour séduire le client et le manipuler. Ce type de guérisseur est particulièrement fréquent dans le secteur syncrétique décrit plus haut, jouant sur les registres traditionnel et moderne. Leur réputation est souvent sulfureuse, marquée par des histoires qui courent sur leur dos les obligeant parfois à quitter les lieux. Dans certains pays, ils ont obtenus la carte officielle de tradipraticien ce qui leur donne une légitimité et les rend encore plus redoutables.

Ce *distinguo* entre tradipraticien et charlatan est sans doute trop schématique, à nuancer selon les personnes car il faut insister sur le fait que les trois

systèmes décrits plus haut ne sont pas étanches. Cependant, il permettra au MGC de fixer son attitude :

- Une attitude de respect envers le tradipraticien en se plaçant du point de vue du malade et de sa famille pour qui la tradition en tant que telle n'existe pas puisqu'elle est leur vie présente. Le bon tradipraticien a lui-même conscience de ses limites et peut adresser ses patients au MGC s'il a confiance, voire le consulter ce qui est loin d'être exceptionnel. En effet, dans le système traditionnel, le diagnostic et le traitement peuvent être dissociés facilement : en nommant la maladie (logique de nomination) ou en révélant l'agent causal (logique d'imputation) le tradipraticien lève l'obstacle, acte symbolique essentiel qui ouvre la voie vers un traitement possible, traditionnel ou biomédical. Cette disjonction est difficile à comprendre mais montre combien nous sommes ici dans un registre différent qui doit répondre d'abord à une demande de sens. La population, en général, ne voit pas d'opposition entre ces deux recours attribuant à l'un et à l'autre des rôles différents. Le partage entre recours traditionnel et recours biomédical est, en fait, largement pratiqué et parfois conseillé par les tradipraticiens eux-mêmes.
- Une attitude beaucoup plus réprobatrice avec les « soignants » qui ont des pratiques nocives tout en évitant l'affrontement direct qui risquerait de cliver la population et d'engager un cycle conflictuel épuisant. Tout en gardant une attitude ferme, sans compromission, le MGC a tout intérêt à transmettre ses constatations au niveau des autorités sanitaires et à porter le problème devant les représentants de la population. C'est, en effet, à ces instances représentatives de se mobiliser et de prendre les dispositions nécessaires au nom de la santé publique d'une part, et de la communauté d'autre part.

► En pratique

- Le MGC, de fait, cohabite avec d'autres types de soignants ayant des références non compatibles avec les siennes. Dans ces conditions il ne semble ni utile, ni souhaitable d'espérer un dialogue médecin-guérisseur, tout en gardant une attitude de respect envers ceux qui sont reconnus par la population et lui rendent service.
- Par contre, l'écoute socio-anthropologique des malades est importante. Elle permettra au MGC de comprendre les nosologies populaires locales ainsi que les itinéraires thérapeutiques de ses patients et de mieux situer sa position dans l'ensemble des recours.

– La consultation, dans un climat de confiance, est le meilleur moment pour recueillir ces données à partir des mots du malade ou de son accompagnant, sans chercher d'équivalent médical terme à terme car « *le même mot envoie un message différent selon qu'il est employé par le moderne ou par le traditionnel, tout en donnant une illusion d'identité* » (J. Benoist) :

- Comment désigne-t-il la maladie ?
- Quels sont les symptômes exprimés et ressentis ?

Il est utile, pour pouvoir ensuite recouper et comparer, de noter ces mots vernaculaires et le sens qui leur est donné sur un carnet réservé à cet usage. Dans cette petite enquête « au fil de la consultation », on pourra aussi saisir l'histoire de la maladie qui fait partie intégrante de « l'observation » en médecine, comprendre la chaîne des événements qui fait la trame des itinéraires thérapeutiques utilisés. Pour exemple, nous citons ici l'itinéraire d'un malade burkinabé cité par Y. Jaffré : « *Un jour j'ai commencé à tousser, puis j'étais courbatu, j'avais froid, j'avais chaud. On est allé cueillir des feuilles. J'ai fait une fumigation avec, j'ai transpiré. En ce moment, on disait que c'était le « jokajo » (terme recouvrant un ensemble de pathologies : ictère, fièvre, paludisme); la toux s'est ajoutée, j'avais mal à la poitrine, je n'arrivais pas à me coucher (...). À cause de cela, on est allé chercher une poudre noire avec laquelle je devais faire des fumigations. Je l'ai fait également, mais ça s'aggravait encore. Certains ont fini par dire que c'était le « kooko » (hémorroïde, prolapsus rectal...), que j'avais des saletés dans le ventre (...). Mes vomissements étaient jaunes, mes urines également, j'avais des vertiges, c'est pourquoi on soignait aussi le « jokajo-gwé » (...). Comme je ne guérissais pas, quelqu'un m'a dit qu'à Bobo Dioulasso, il y avait un docteur qui pouvait me soigner. Je ne voulais pas continuer à souffrir. Je suis venu ici, il y a du mieux, je respire bien, je ne me fatigue pas, j'ai de l'appétit. ».*

Cet exemple montre qu'en écoutant bien les malades – ce qui suppose aussi de penser à leur poser les bonnes questions ! –, c'est toute une vision nouvelle qui apparaît, riche d'informations sur le vécu des patients, leurs pratiques réelles et l'interprétation qu'ils donnent aux symptômes de leurs maladies.

4. Pour conclure

Les personnels de santé ont trop souvent une attitude de dédain vis-à-vis des populations rurales, pour leur ignorance et leurs conduites supposées

irrationnelles. C'est une position confortable qui permet de ne pas se poser de questions et de se rassurer soi-même.

En réalité, depuis toujours, les hommes construisent leurs modèles explicatifs avec les moyens logiques dont ils disposent un peu comme le bricoleur qui prend les « moyens du bord » pour créer un objet utile dont il pourra se servir. Il s'agit d'un mode de raisonnement qui a sa propre cohérence. Avec la pensée scientifique – dont la biomédecine se réclame – la démarche est différente, comparable à celle de l'ingénieur qui base son raisonnement sur l'expérimentation et la vérification¹².

Ces deux logiques ont leur propre rationalité mais selon des approches différentes :

- d'un côté une compréhension de la maladie et de ses causes à partir de sa représentation en termes de perception et de vécu ;
- de l'autre, une compréhension de la maladie basée sur l'analyse des dysfonctionnements biologiques et psychiques¹³.

Ainsi, pour le MGC, comprendre avec finesse ces processus cognitifs, faits de croyances et de pratiques, lui permettra d'approcher les modèles explicatifs qu'utilisent quotidiennement ses patients et l'ensemble de la société dans laquelle il vit. À partir des mots et des conduites concrètes, il sera mieux à même d'induire des changements appropriés, sans autoritarisme ni brusquerie. Éloigné du tradipraticien par son approche scientifique, il s'en rapprochera aux yeux de ses malades en devenant un praticien guérisseur moderne, accessible et digne de confiance.

12. Allusion à l'étude de Lévi-Strauss, anthropologue, dans son livre *La pensée sauvage*. Il compare la rationalité du bricoleur et la rationalité de l'ingénieur qui ont, toutes les deux, leur propre cohérence.

13. En anglais, le mot *illness* correspond à la perception subjective de la maladie, le mot *disease* à l'état du corps malade et *sickness* à la dimension sociale de la maladie (J. Benoist). En français, le mot *maladie* ne permet pas de distinguer ces trois dimensions.

21. Éthique et déontologie médicale

1. Introduction

L'éthique et la déontologie sont des sujets dont on parle peu. Lorsqu'on les évoque, c'est généralement pour rappeler les grands principes de la morale médicale dont chacun sait qu'ils sont particulièrement malmenés. Vous n'êtes pas dupe et vous souffrez vous-même de nombreuses entorses à ces règles que vous constatez tous les jours et qu'il vous est sans doute arrivé de vivre dans les services hospitaliers où vous vous êtes formé.

Ce décalage entre l'idéal professionnel et la réalité du quotidien, la plupart d'entre vous l'ont éprouvé dans leur propre itinéraire. Le désir de devenir médecin, en effet, s'est le plus souvent construit autour de valeurs fortement humanistes : soulager la souffrance, soigner les démunis et ses proches, rendre service à la population. Pour parler de cet « idéal type » et justifier ce choix, vous évoquez souvent le mot « vocation », faisant référence à telle ou telle personne de votre famille ou de votre entourage qui fut pour vous un modèle à suivre. Et puis, au cours des études médicales et des nombreux stages hospitaliers, cet idéal pré-universitaire fut durement confronté à la réalité des pratiques « en vrai » : maltraitance des malades, dominations hiérarchiques, malversations financières, favoritisme et exclusion des plus pauvres, etc. Vous êtes, comme on dit, « tombé de haut ». Certains d'entre vous parlent d'un véritable désenchantement professionnel accompagné d'une grande déception, difficile à surmonter, sur laquelle nous reviendrons dans ce chapitre.

Ce qui frappe lorsqu'on regarde avec un peu de recul le fonctionnement des structures sanitaires en Afrique et à Madagascar, c'est la grande incompréhension qui existe entre les soignants et les soignés :

- pour les soignés, on peut parler dans bien des cas d'une espérance déçue alors qu'ils sont prêts à faire confiance, conscients de l'efficacité des techniques biomédicales mais rebutés et souvent choqués par tout ce qui entoure le « prendre soin » ;
- pour les soignants, il s'agit d'un sentiment d'exaspération avec l'impression d'être toujours « entre deux » : entre les exigences des procédures et le manque

de moyens, entre le savoir scientifique et les interprétations populaires, entre la langue officielle et les langues locales, entre la neutralité professionnelle et les pressions familiales etc. Nous examinerons cette double contrainte (*double bind* en anglais) responsable d'une tension intérieure permanente qui explique une bonne partie du mal être des soignants.

Face à toutes ces questions qui touchent à l'éthique et à la déontologie, vous vous sentez bien seul car il n'y a pas encore d'instances régulatrices en capacité de mettre véritablement de l'ordre (Ordres professionnels¹, tutelle de l'État) ou de jouer un rôle éminent (Académie, instances scientifiques ou éthiques). Avec toutes sortes de dérives et une offre de soins hétéroclite et souvent illégale, vous êtes en réalité dans une sorte de jungle, livré à vous-même pour vous forger vos propres convictions.

Ce chapitre est donc important. Le sujet étant particulièrement vaste, nous allons concentrer notre réflexion sur la démarche éthique dans une pratique médicale de proximité.

2. Le serment d'Hippocrate

Au moment de sa thèse le nouveau diplômé prononce le serment d'Hippocrate qu'il fait sien pour pratiquer la médecine selon la grande tradition médicale dont nous nous réclamons tous. En effet Hippocrate, médecin grec de l'Antiquité (IV^e siècle av. J.C), est considéré comme le précurseur et le père de la médecine moderne. Il est utile de rappeler ici les trois raisons pour lesquelles cet ancêtre prestigieux reste encore aujourd'hui notre référence historique :

- **Sa méthode.** Dans ses écrits, Hippocrate préconise une démarche déductive à partir de l'observation scrupuleuse des symptômes et des faits (exemple bien connu, sa description de *l'hippocratisme digital* – ou doigts hippocratiques – dû à un trouble circulatoire en rapport avec une insuffisance respiratoire chronique). Il refuse toute théorie *a priori*, au profit d'une déduction logique reposant sur l'expérience, annonçant déjà la médecine expérimentale de Claude Bernard (1813-1878) vingt-trois siècles avant lui !

1. Signalons que l'Ordre National des Médecins de Madagascar a fait, sous l'impulsion du Dr Jean Louis Robinson, un travail remarquable d'organisation de la profession : code déontologique, statistiques nationales, organisation de conseils régionaux, élections avec renouvellement des élus, guides pratiques, etc.

– **Son enseignement.** Il fonda la première école de médecine sur l'île grecque de Cos, puis une seconde à la fin de sa vie. Son enseignement, à la fois médical et philosophique, en fit un « chef d'école » exceptionnel.

– **Son éthique.** Il rédigea pour les jeunes médecins un serment parvenu jusqu'à nous. On y retrouve les principes déontologiques et humanistes qui nous guident toujours, à savoir :

- le respect des maîtres et l'engagement de transmettre son savoir ;
- l'engagement de ne pas nuire et de toujours exercer dans l'intérêt du malade ;
- le principe du secret médical est énoncé, ainsi que celui de la probité dans l'exercice professionnel que l'on peut résumer par les mots clés suivants : droiture, honnêteté, intégrité.

Le serment prononcé aujourd'hui n'est plus le serment d'origine mais une adaptation faite par les pays en respectant ces grands principes. Cette adaptation tient compte de l'évolution des mœurs et des normes éthiques propres à chaque pays. Nous proposons ci-dessous, à titre d'exemple, le serment d'Hippocrate du Mali. Cette entrée en matière permet d'ouvrir une réflexion sur l'éthique et la déontologie médicale.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au Nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je ne permettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

Qu'est-ce que **l'éthique** ? Le mot a une origine grecque : *ethos* = *mœurs*. Il définit le vivre ensemble, les valeurs communes intériorisées par chacun qui visent à une société la meilleure possible. C'est « *l'ensemble des normes transmises de génération en génération* » (Etienne Fenouillet) qui permet le discernement entre le bien et le mal et structure notre rapport personnel à l'Autre. On comprend ainsi que l'éthique s'inscrit dans la culture d'une société. Elle n'existe pas « en soi » mais dans les particularités d'une société à un moment donné. De ce fait, l'éthique est évolutive et ses valeurs peuvent se modifier dans le temps.

À Madagascar, par exemple, le *fihavanana* exprime une façon d'être spécifique, constitutive de l'éthique malgache, qui dicte le comportement. À l'affrontement, mal considéré, il convient de préférer le sens du compromis, de ne pas condamner, de chercher une solution honorable. Il s'agit d'une norme éthique admise par tous.

La démarche éthique est toujours reliée aux convictions socioculturelles environnantes : les statuts hommes/femmes, le regard sur les handicapés², l'homosexualité, la perception de la fécondité, de la vie, de la mort etc. Elle commence par le respect de l'autre et de ses convictions. Elle est ensuite, pour chacun d'entre nous, une adaptation par rapport à nos propres convictions et aux exigences de notre pratique. Hippocrate montre qu'on peut être novateur en la matière dans sa propre société. L'éthique est un questionnement avec des réponses qui ne sont jamais définitives.

Avec l'avancée de la science (fécondation assistée, greffe d'organes, manipulation génétique...) une démarche spécifiquement médicale de l'éthique – la bioéthique – a vu le jour pour réfléchir et statuer sur des questions nouvelles et difficiles. Deux grands principes sont constamment énoncés : la primauté de la personne sur la science, le respect et l'intégrité de l'être humain.

La déontologie, quant à elle, vient du mot grec *ontos* = *devoir*. Elle vise à garantir et pérenniser les valeurs morales d'une profession, ensemble de normes professionnelles à caractère impératif et collectif que chaque praticien se doit d'observer sous peine de sanction. Le code de déontologie énumère les obligations et les devoirs sous forme de préceptes (articles) qui font loi.

2. Le regard sur les handicapés est très différent d'une société à l'autre, égalitaire dans les pays nordiques, compassionnel dans les pays latins. Pour les sociétés les plus traditionnelles, le handicap reste une malédiction d'origine surnaturelle.

L'Ordre National des Médecins de Madagascar (ONM) a adopté, lors des Assises nationales en 1998 et après un long travail, un code de déontologie publié par décret qui comporte 107 articles qui traitent des points suivants :

- titre 1 : devoirs généraux des médecins ;
- titre 2 ; devoirs des médecins envers les patients ;
- titre 3 : devoirs de confraternité des médecins ;
- titre 4 : devoirs des médecins envers les autres professionnels de santé ;
- titre 5 : l'exercice de la profession médicale ;
- titre 6 : dispositions diverses.

Ce code de déontologie est remis aux jeunes diplômés lors de leur inscription au Tableau de l'ONM.

► Pour résumer

On voit ainsi que si l'éthique et la déontologie sont liées, elles ne se superposent pas. La première est un questionnement et une confrontation entre les perceptions sociales et soi-même sur ce qui est juste, en particulier pour tout ce qui concerne la pratique médicale dans son rapport à sa propre culture. La seconde est un code réglementaire qui fixe les règles morales d'une profession sur la base d'un consensus collectif à un moment donné. L'une nécessite une démarche personnelle sur la finalité de sa propre action tandis que l'autre a pour but de préserver l'unité morale d'une profession. L'éthique et la déontologie peuvent aussi, parfois, se trouver en contradiction devant des situations inédites ou complexes que la société n'a pas encore résolues³.

3. Une éthique malmenée

Après cette présentation générale, essayons d'énoncer et d'analyser les principales difficultés auxquelles les jeunes MGC sont confrontés, en lien avec l'environnement socio-sanitaire dans lequel ils ont fait leur apprentissage professionnel.

3. Citons les questions en rapport avec l'avortement, la contraception, le préservatif, ou liées aux nouvelles technologies comme la procréation médicalement assistée, la recherche sur l'embryon et les thérapies géniques, les dons d'organes, etc.

3.1 Le désenchantement professionnel

Nombreux sont les jeunes médecins qui évoquent, lorsqu'on les écoute, la déception éprouvée au cours de leurs études liée au décalage saisissant entre la théorie et les pratiques, entre leurs attentes et les comportements « en vrai ». Cette dissociation entre l'idéal et le réel est d'autant plus vivement ressentie qu'ils ont fortement idéalisé le métier médical dont l'une des attentes est de permettre à la fois le service des autres et la promotion sociale. Cette double gratification s'avère très vite problématique et engendre souvent de profonds sentiments de frustration sur ces deux plans.

Dans les hôpitaux, lieux d'apprentissage, toutes sortes de dysfonctionnements mettent à mal ce service des autres par une sorte de déconnexion entre le savoir théorique et technique d'une part, et l'ensemble des aspects non-médicaux du soin d'autre part (bureaucratie, moyens, impératifs sociaux, problèmes économiques etc.).

Où l'on découvre :

- le coût des soins et d'achat des produits (longues quêtes à l'extérieur de l'hôpital) avant de pouvoir être soigné. Pas d'argent = pas de soins, ce qui veut dire l'exclusion des plus pauvres ;
- la sélection préférentielle des patients qui « connaissent quelqu'un » ou sont recommandés, contrastant avec la fréquente indifférence portée aux patients anonymes ;
- les pratiques plus ou moins privatisées et tolérées comme la vente parallèle de médicaments, de gants (maternité), ou de menus services rétribués pour arrondir les fins de mois ;
- l'abandon des malades graves pour aller prier, manger avec les collègues ou pour fin de service ;
- la délégation des tâches à du personnel subalterne incompetent, voire à des bénévoles ;
- l'impunité qui règne, même pour des faits graves ;
- les procédures bureaucratiques qui passent devant l'urgence des soins, etc.

Ces dysfonctionnements des soins, récurrents et banalisés, trame du quotidien dans bien des services, ont de graves conséquences sur le devenir des malades, leur ressenti, les drames qui peuvent s'ensuivre. Ce phénomène a bien été

étudié dans les maternités⁴ montrant que la mortalité maternelle n'était pas, bien souvent, liée à l'ignorance des procédures techniques mais à l'accumulation de petites négligences ordinaires du fonctionnement réel des services.

Quant à la promotion sociale, elle est sujette à désillusion dès la formation médicale marquée par l'arbitraire des examens, « les années blanches », le favoritisme dans les plans de carrière et la concurrence. Le début professionnel est souvent chaotique avec des fonctions peu rémunérées alors que l'on a ses premiers enfants à charge, voire des périodes sans emploi obligeant à « *bricoler en ville* » ou à se reconverter dans d'autres activités. Le champ médical lui-même, derrière la respectabilité apparente, cache de nombreux enjeux de pouvoir. Au terme d'un long parcours, on observe souvent une profonde inquiétude parmi les jeunes diplômés qui « *découvrent qu'ils n'ont pas l'autorité professionnelle et sociale qui devait, selon leur modèle de référence, leur revenir de fait* » (Gobatto, 1999).

3.2 Le double bind

Dans ce contexte problématique où l'éthique et la déontologie sont trop souvent malmenées, on pourrait être tenté un peu vite de porter un jugement moral, évoquer le manque de conscience professionnelle par exemple. En réalité, ce n'est pas si simple.

Pour essayer d'expliquer la prégnance de ces comportements, intériorisés par les personnels de santé, nous ferons appel à ce concept anglophone du *double bind* que l'on traduit en français par **double contrainte**⁵. Il désigne deux obligations qui se contrarient en s'interdisant mutuellement. Il peut s'agir :

- de deux préceptes moraux contradictoires : devoir soigner un malade et se rendre à la prière, ou porter la même attention à tous et avoir une attention particulière pour une personne recommandée ou appartenant au cercle familial ;
- de deux situations impossibles à concilier : respecter une procédure technique que l'on connaît bien sans en avoir la possibilité matérielle, ou se contenter d'un petit salaire et devoir subvenir aux besoins d'une grande famille, etc.

Ces doubles injonctions qui tissent la trame des existences des personnels de santé sont autant de nœuds qui perturbent les activités dont la finalité – la

4. Lire « La bataille des femmes », de Yannick Jaffré et coll., éditions Faustroll (disponible gratuitement sur internet).

5. Double bind, littéralement « double lien », est une notion proposée en 1956 par Gregory Bateson et repris par l'école de Palo Alto à propos de la schizophrénie et des thérapies familiales.

qualité des soins – s'avère impossible à atteindre. D'où l'exaspération fréquente des soignants qui se sentent victimes et persécutés par ces contraintes simultanées entre lesquelles ils ne voient pas d'issue. Les comportements traduisent, de diverses façons, cette frustration permanente qui s'exprime selon le caractère de chacun : fausse indifférence ou humour caustique, victimisation marquée par des plaintes permanentes, agressivité (la violence dans les maternités est bien documentée), absentéisme, etc. Il y a des mots qui reviennent en permanence, traduisant bien cet embarras au quotidien pour tenter de satisfaire l'impossible : « *on se débrouille* », « *on se démerde* », « *on bricole* », autant d'expressions ordinaires pour désigner cette « débrouillardise » qui est bien souvent la seule façon de s'en sortir...

Ce phénomène du *double bind* existe aussi dans les pays développés⁶ mais il est massif dans les sociétés en transition où les sphères professionnelles et les sphères du social (au sens large) ne sont pas séparées et restent constamment en interaction. Pour exemple, prenons cette double hiérarchie qui existe de fait dans les hôpitaux, l'une explicite correspondant aux postes occupés et l'autre, implicite, liée aux statuts sociaux des personnes : il sera difficile, voire impossible, pour un chef de service ou un major appartenant à une caste modeste de réprimer un subalterne issu d'une famille noble, ou plus âgé. Le lignage et l'âge sont des repères majeurs.

Dans ce contexte du *double bind*, on peut même dire que le social prime sur le professionnel (à l'inverse des pays développés) entraînant un mal être des soignants conscients de leurs manques, obligés de reporter sur la « malchance » bien des drames dont ils connaissent les véritables causes.

3.3 L'interaction soignant/soigné

Les relations entre les patients et leurs familles avec les soignants, au lieu d'avoir une place centrale, se diluent en périphérie dans ces multiples dysfonctionnements où se multiplient les incompréhensions. Parfois les malades disparaissent, fuyant un univers « inhospitalier » dont ils n'ont pas compris les règles implicites et qui, à leurs yeux, n'a pas su entendre leur souffrance.

6. En France, par exemple, les généralistes subissent une double contrainte professionnelle : un nombre excessif de patients et la frustration d'un manque de temps à leur consacrer qui entraîne un stress permanent pouvant provoquer un *burn out* (syndrome d'épuisement professionnel).

En réalité, la relation se construit souvent sous la forme d'une domination véhiculée par un langage médical et technique inaccessible aux malades. D'abord pour des raisons de traduction, difficile en langue locale. Ensuite parce que la majorité de la population étant peu scolarisée, les soignants pensent qu'elle est incapable de comprendre. Un véritable fossé existe : des patients qui se sentent incompris et en état d'infériorité – « *on ne nous dit rien* » – et des soignants qui se murent derrière une compétence professionnelle portée avec autorité. Le malade, dans cette relation biaisée, n'est pas un interlocuteur. Le dialogue, peu élaboré, est trop souvent réduit à sa plus simple expression – « *on va vous opérer* ». Et derrière cette asymétrie se dissimule cette autre fracture, sociale, entre élites lettrées et gens ordinaires.

Ce déficit relationnel entre soignants et soignés s'inscrit dans un contexte beaucoup plus général de systèmes sanitaires importés au temps colonial sous une forme administrée, aujourd'hui repris par les États et soumis aux grands programmes internationaux qui dictent leurs priorités, les stratégies et les protocoles à suivre. Les soignants sont en réalité des relais chargés de prendre en charge des populations ciblées. La vision collective du soin, vue comme l'éradication ou le contrôle de maladies prioritaires, prédomine toujours. Elle reste éloignée et parfois contradictoire avec une éthique du soin porté à toute personne souffrante qui sollicite une relation thérapeutique attentive et personnalisée⁷.

4. Réfléchir à sa pratique⁸

Ce détour par les comportements ordinaires tels qu'ils sont souvent observés (pas toujours, bien entendu!), matrice existentielle dans laquelle sont formés les élèves des écoles de santé et les étudiants en médecine, permet de mieux comprendre l'importance d'une réflexion éthique en phase avec la réalité. Cette question est très liée à celle de la qualité des soins, devenue aujourd'hui une préoccupation centrale. Elle fait l'objet de discours incantatoires assortis de projets et de formations multiples sur « l'amélioration des soins », basés sur des

7. En Europe, c'est la médecine clinique de proximité (médecin de campagne, de famille, de quartier) qui fut première et non la santé publique. Aujourd'hui, avec le développement des spécialités et des technologies biomédicales, la relation soignant/soigné a tendance à se déshumaniser avec une technicité qui devient dominante et « finit par reléguer la personne au second plan » (Pr. D. Sicard).

8. Ce paragraphe s'inspire des travaux anthropologiques de Yannick Jaffré.

visions idéalisées faisant l'impasse sur le contexte qui dépasse largement le champ médical strict. Les pratiques réelles montrent qu'il ne suffit pas de savoir pour bien faire. Former sans cesse, ajouter des procédures, de nouvelles normes ou des incitations à la performance risquent de désorganiser encore davantage les services de santé sans beaucoup de résultats.

Revenir à l'essentiel

La tradition hippocratique du « prendre soin » à laquelle se réfère la médecine doit, en l'adaptant à chaque contexte, rester la boussole du praticien. On y retrouve la primauté de la personne. D'où l'importance première de considérer l'Autre comme un interlocuteur : « *le malade est un sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner (...) : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves* » (G. Canguihem). À partir de cette conviction, on peut décliner un ensemble de principes essentiels. Citons en particulier :

- La liberté du patient : choix du soignant, acceptation ou refus du traitement, et la liberté du médecin qui peut refuser ses soins sauf en situation d'urgence. Cette double liberté inscrite dans le code de déontologie peut entrer en contradiction avec le droit général qui prescrit l'obligation, pour tout individu, de porter secours à une personne en danger. C'est le cas, par exemple, du médecin qui se voit refuser une transfusion pour raison religieuse, alors qu'elle aurait sauvé le malade.
- La responsabilité personnelle des actes qui doivent être conformes aux données objectives de la science au moment où ils sont effectués. Deux préceptes sont associés à cette responsabilité : *primum non nocere* (d'abord, ne pas nuire) et le refus de l'acharnement thérapeutique.
- Le secret professionnel qui va de pair avec la confidentialité, parfois si difficile à obtenir dans le tumulte des consultations, le va-et-vient des malades et de leurs accompagnants. Le MGC devra faire preuve d'exigence à ce sujet et savoir, par exemple, mettre à l'écart un(e) accompagnant(e) qui empêche une expression libre utile au diagnostic (grossesse, MST/Sida) ou à une prise en charge adaptée (PF, counselling).
- L'utilisation du « tact et mesure », c'est-à-dire l'appréciation juste de la valeur de l'acte en regard des possibilités contributives du patient et soigner gratuitement l'indigent. C'est la pratique des MGC installés en privé, soucieux d'établir

leur tarification avec l'accord de la communauté villageoise, de faciliter les possibilités de crédits, d'aider le nécessiteux.

Nous avons là le « noyau dur » des valeurs de l'acte médical pour guider les attitudes et les gestes des médecins communautaires dans leur travail quotidien où « le souci de l'autre » s'accorde avec une attitude éthique consistant à « être à l'écoute de la présence de l'autre, de son visage et nouer avec lui des relations de l'ordre de la responsabilité » (Lévinas).

Comment faire ?

Ce retour aux valeurs du « prendre soin » ne se limite donc pas à l'acte technique mais l'englobe dans une construction relationnelle spécifique. C'est en intégrant en soi ce vouloir éthique, plutôt qu'à partir des seules normes apprises ou imposées, que les MGC posséderont une pratique de qualité à la fois technique et humaine. Voici sept propositions pour y parvenir :

1/ Veiller sur son lieu d'exercice, cabinet médical ou centre de santé, qui doit être calme et accueillant. Ceux qui viennent de loin, les broussards anonymes, reçoivent les renseignements nécessaires et s'y sentent à l'aise. Les urgences sont prises en charge en priorité. Personne ne se sent marginalisé ou exclu. Les malades, en effet, ont besoin d'être rassurés dans un espace qui leur apporte un sentiment de sécurité. Deux conditions sont nécessaires :

- relationnelle : pouvoir s'exprimer, être considéré et entendu ;
- professionnelle : être examiné et traité de façon attentive.

C'est en répondant à cette dualité des registres, physique (l'examen du corps) et subjective (l'échange relationnel) que la confiance s'établit comme réponse satisfaisante à la demande globale du patient.

2/ Elargir le diagnostic médical, autant que faire se peut, à un diagnostic de la personne (situation, particularités socio-affectives, économiques, etc.) de façon à la connaître dans son contexte et de pouvoir anticiper ses difficultés. Cela suppose un bon niveau d'écoute et de compréhension dans le langage familier du patient⁹.

9. Démarche fort éloignée des algorithmes et des arbres décisionnels censés améliorer la prise de décision. Ils peuvent servir d'aide-mémoire mais guère plus. Voir chapitre 23 : le diagnostic de situation.

3/ Respecter le droit à l'information. Il suppose que le malade (et/ou sa famille) est considéré comme un interlocuteur, capable de compréhension. Ce droit de savoir permet aux patients d'exercer leur liberté mais il est parfois difficile à appliquer : les explications médicales ne sont pas toujours comprises ou elles peuvent être rejetées pour d'autres motifs (culturels, religieux), ou encore par déni devant une affection grave ou stigmatisante. Devant de telles situations, le médecin adapte son attitude au fil du temps en faisant la part entre le risque pathologique et ce que le malade est capable d'entendre et d'accepter.

4/ Être garant de la permanence et de la continuité des soins, la médecine de proximité étant incompatible avec les absences répétées qui sont le principal facteur d'angoisse des malades, d'autant qu'ils viennent parfois de fort loin. Les dispositions sont prises pour qu'il y ait toujours une présence au CMC en mesure d'informer le patient et de joindre le MGC (le téléphone portable est fonctionnel presque partout). La disponibilité dans le temps est LE facteur essentiel de confiance des familles vis-à-vis de LEUR médecin.

5/ Créer de nouveaux espaces relationnels avec les patients pour humaniser davantage la relation et la fidéliser dans la durée. Cette opportunité peut être saisie avec la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées qui favorise « la mise en place de dispositifs particuliers (...), par exemple, de recevoir les malades en dehors des heures d'affluence, de déléguer à un membre de la famille la surveillance du traitement ou d'inscrire le suivi thérapeutique dans l'univers domestique. De tels modes de prise en charge laissent une place considérable à la négociation (...) et on peut parler de nouvelles dynamiques relationnelles » (Fatoumata Hane). Nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'importance des rendez-vous, des visites à domicile et, de façon plus générale, sur la mobilité des MGC allant auprès des familles et des diverses communautés de son aire de responsabilité. C'est important pour que la relation médecin/patient ne se localise pas uniquement sur des épisodes pathologiques mais puisse aussi interagir avec des histoires de vie et avec les familles qui jouent un rôle « souvent déterminant pour la poursuite ou non du traitement »¹⁰.

10. La prudence s'applique là aussi : le code de déontologie précise que le médecin ne doit pas « s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients ».

6/ Être attentif au parcours des malades référés dans les hôpitaux. Venant de la campagne, ils risquent d'être ces patients anonymes souvent maltraités. Le fait de bien remplir la fiche de référence, de prévenir le service ou de rendre visite à ces malades durant leur hospitalisation est d'une importance capitale pour anticiper ou dénouer les problèmes qui mettent souvent les familles dans un grand désarroi.

7/ Travailler sur les pratiques avec ses pairs. Ces échanges de pratiques, à partir d'études de cas ou d'histoires de vie apportées par chaque participant, permettent de partager ses difficultés et de s'enrichir mutuellement. Nous reviendrons sur ces échanges de pratiques entre pairs dans le chapitre 23.

L'ensemble de ces dispositions permettra à chaque MGC de construire sa démarche éthique personnelle en y associant son équipe de façon à créer un cercle vertueux favorable à une pratique de proximité de qualité.

5. Conclusion

Avec ce chapitre, nous n'avons fait qu'effleurer un vaste sujet. Nous avons essayé de montrer la place respective de l'éthique et de la déontologie professionnelle : l'éthique est une exigence personnelle inscrite dans une société particulière tandis que la déontologie est un code moral qu'il faut respecter.

L'éthique se situe entre l'universel et le particulier. En effet, partout dans le monde et au long de leur histoire, les hommes se sont posés les mêmes questions essentielles mais ils n'ont pas apporté les mêmes réponses. C'est ce qui explique les particularités culturelles qui contiennent leurs propres normes éthiques, elles-mêmes évolutives car les cultures se transforment avec le temps. Avec la mondialisation, les cultures s'entrechoquent et oscillent entre crispation et transformation. Et les religions, dans ce domaine, sont d'un poids considérable.

Le MGC, dans sa pratique, entre modernité et tradition, est au cœur de ces tensions. Il les vit au quotidien¹¹. C'est pourquoi l'éthique est pour lui un enjeu majeur, le repère entre ce qu'il doit faire et ce qu'il ne peut pas faire. La bonne distance et l'empathie dont nous avons souvent parlé dans ces pages sont nécessaires pour se protéger, garder le recul nécessaire, mais elles ne doivent

11. De part sa culture biomédicale, le MGC se situe dans un « entre-deux » culturel qui le met dans une position particulière. De ce fait, il joue de façon plus ou moins consciente le rôle de médiateur/interprète dans des sociétés en mutation.

pas servir d'alibi. L'éthique est une interpellation - une exigence - qui commande parfois d'agir et de prendre position à contre courant.

C'est la raison pour laquelle les MGC doivent pouvoir partager leurs interrogations et leurs convictions entre pairs dans le cadre de réflexions communes. Malheureusement les systèmes de santé, sous contrainte, sont davantage préoccupés par la standardisation des actes sur des groupes ciblés que par une approche centrée sur les patients, englobant toutes les pathologies. Il en résulte un manque d'autonomie des soignants que les MGC devront conquérir au nom d'une « éthique de responsabilité » qui est au fondement de la qualité des soins.

22. Le certificat médical

1. Introduction

Dans la prolongation du chapitre précédent, nous allons aborder le certificat médical pour lequel vous êtes souvent sollicités, pour de bonnes raisons mais parfois aussi de façon abusive. Peut-être n'êtes-vous pas toujours à l'aise avec la rédaction de ce document qui engage votre responsabilité, y compris pénale pour des faits qui relèvent de la justice.

« *Docteur, je viens juste pour un certificat...* » phrase souvent entendue pour des situations banales comme l'absence scolaire, un certificat de bonne santé, un arrêt de travail de quelques jours. Mais parfois vous voyez arriver une famille qui exige un certificat de virginité pour pouvoir marier leur fille ou des gens énervés, après une bagarre, voulant un certificat de coups et blessures et mettant la pression pour qu'il soit à charge contre l'agresseur supposé.

Dans tous les cas, le certificat médical doit respecter la vérité et être exact. Vous devez éviter le « certificat de complaisance » accordé par gentillesse ou sous l'effet d'une insistance à laquelle on cède par faiblesse.

Le mieux, sans doute, est de s'abriter derrière les obligations du code de déontologie et de rédiger chaque certificat selon les règles. C'est la meilleure façon d'éviter toute imprudence qui pourrait avoir des conséquences graves¹.

2. La législation

Un certain nombre de principes moraux et juridiques sont inscrits dans le code de déontologie et la loi. Nous allons les rappeler :

- L'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.
- Le certificat médical est l'attestation écrite des constatations cliniques et para-cliniques, positives ou négatives, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical.

¹. Nous allons suivre les recommandations du Dr Etienne H. Feno, membre du Conseil de l'Ordre de Madagascar, exposées à la formation des MGC à Antananarivo.

- Il engage la responsabilité disciplinaire, pénale et civile du médecin.
- La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute professionnelle grave pouvant être traduite devant la juridiction de l'Ordre des Médecins ou devant le tribunal correctionnel (puni par le code pénal : emprisonnement plus amende).
- Si la faute est uniquement professionnelle, c'est l'Ordre des Médecins qui est compétent pour statuer.
- Si la faute, en plus, engage le droit commun (faute pénale), elle est portée devant le tribunal qui juge.

3. Les règles générales

Le certificat médical doit être rédigé avec circonspection (retenue, prudence) dans des termes mesurés et objectifs, de manière précise et sans ambiguïté. Il doit être demandé par le patient lui-même et remis en mains propres. Il doit être lisible et compréhensible.

Pas de certificat sans examen soigneux et attentif du patient. Il faut s'en tenir uniquement à ses constatations. Noter les examens complémentaires au besoin.

3.1 Le support

Un certificat médical peut être rédigé sur son papier ordonnance ou sur papier libre qui doit indiquer :

- nom et prénom du médecin ;
- adresse professionnelle ;
- n° d'inscription à l'Ordre des Médecins ;
- date de l'examen.

3.2 La rédaction

La formulation est importante : il ne faut rien affirmer que l'on n'ait effectivement constaté soi-même. Les déclarations du demandeur lui seront toujours attribuées : « *me déclare se nommer* », « *me dit avoir été victime de...* », « *il aurait perdu connaissance* », etc.

Le certificat doit indiquer l'identité de la personne (« *me déclare se nommer* »), le sexe, l'âge et l'adresse.

En cas d'accident ou d'allégation de coups et blessures, utiliser le conditionnel : « *se dit victime d'un accident (ou de coups et blessures) survenu tel jour à telle*

heure (en toute lettre), dans telle circonstance ». Puis rapporter les plaintes ressenties : « depuis lors il dit se plaindre de... », etc.

Ensuite décrire les constatations cliniques – « l'examen clinique montre... » –, les résultats des examens éventuels (radio). Ne pas mettre de diagnostic clinique.

Si une conclusion s'impose, elle doit être précise :

- nombre de jours de repos ;
- arrêt de travail avec sa durée ;
- l'incapacité temporaire de travail (ITT) s'il y a lieu².

Cette ITT est définie comme étant le laps de temps (période) pendant lequel la personne ou la victime ne pourra accomplir ou subira une gêne importante dans l'accomplissement des actes usuels de la vie (se laver, manger, s'habiller...). À ne pas confondre avec l'arrêt de travail.

Le certificat médical se termine par la mention : « *certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour servir et faire valoir ce que de droit* ».

La signature doit être manuscrite + cachet.

3.3 La délivrance

Prendre le temps de relire avant de signer un certificat médical.

Ne jamais remettre le certificat à une tierce personne, sauf exception. Il doit être remis directement, en mains propres, au demandeur.

Ne jamais antidater ou postdater.

Il est recommandé de garder une copie de tous les certificats pour éviter les erreurs ou contradictions ou litiges.

Le demandeur peut demander un certificat écrit en langue locale, ce qui est possible si le médecin s'estime capable et si la dite-langue est reconnue officiellement (le cas de la langue malgache). Le médecin doit se remettre aux soins d'un traducteur assermenté pour les langues qu'il ne connaît pas.

Le secret professionnel doit être respecté mais le patient est libre de l'usage qu'il fera du certificat et de ses secrets.

2. En matière d'accident du travail, de maladie professionnelle, de coups et blessures, se rappeler que le certificat initial et les certificats de prolongation ont une importance primordiale pour sauvegarder les droits du patient. C'est la durée de l'ITT qui détermine la juridiction compétente (et non l'arrêt de travail).

3.4 Le cas particulier de la réquisition

La réquisition est établie par un officier de police judiciaire, un magistrat ou une autorité civile. Le médecin doit être requis nommément (nom, adresse, mission). Il faut avoir la réquisition en mains avant de commencer l'examen du malade et ne répondre qu'à la question posée.

Le certificat doit être remis à l'autorité requérante en même temps que le mémoire d'honoraires conforme à la réglementation.

4. Les différents types de certificats

- Certains certificats sont obligatoires : décès (cas particulier de la mort suspecte), hospitalisation, maladies à déclaration obligatoire, certificats dépendants de la législation sociale (arrêts maladie, de travail, scolaires, maladies professionnelles), certificats relatifs à la procréation (prénuptiaux, pré et post-natals, naissance, IVG), pensions militaires, certificat sur réquisition.
- En dehors de ces cas, le certificat médical n'est pas obligatoire et laissé à l'appréciation du médecin qui peut refuser une demande qui ne lui semble pas justifiée. C'est le cas, par exemple, pour les demandes de certificats de coups et blessures.

5. Exemples de certificat

Nous proposons tout d'abord un **certificat médical simplifié** pour des attestations (capacité pour, aptitudes...) ou des constatations (guérison, arrêt maladie...) concernant des personnes que l'on suit régulièrement et dont on est sûr de l'identité.

Je soussigné, Docteur....., avoir examiné ce jour..... (nom et prénom), âgé(e) de..... ans, demeurant à (nom du village), et pouvoir dire qu'il (elle) :

- est apte à la pratique sportive (mentionner le sport) ;
- est guéri(e) de son affection et en capacité de reprendre l'école ;
- ne présente aucun signe de maladies contagieuses aujourd'hui décelables ;
- présente une affection qui nécessite trois jours de repos à son domicile ;
- etc..., etc... ;

Certificat rédigé pour servir et valoir ce que de droit le (date).

Signature :

Certificat de coups et blessures

Je soussigné,....., docteur en médecine, certifie avoir examiné le quinze mai deux mille dix à onze heures, à mon cabinet, une dame qui m'a déclaré se nommer....., être née le..... et demeurer à.....

Elle me dit avoir été victime d'une agression et avoir été frappée par plusieurs individus, à coup de pieds et de poings ce même jour vers 8 heures à son domicile. Elle se plaint de céphalées occipitales et de douleurs de la région pelvienne. Elle n'aurait pas perdu connaissance.

À l'examen je constate..... (description précise des lésions constatées). Son état de santé nécessite la prise d'antalgiques ainsi qu'une incapacité temporaire totale de six jours sauf complications éventuelles. Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en mains propres pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature :

Certificat de décès

Je soussigné,....., docteur en médecine, certifie avoir constaté le décès de cause naturelle de Monsieur, Madame..... (nom, prénom, date de naissance) le (date), à (heure et lieu).

Fait à....., le.....

Signature

Certificat pour le transport d'un corps

Je soussigné,....., docteur en médecine, certifie que Monsieur, Madame, Mademoiselle..... décédé(e) le..... à..... est mort(e) d'une affection non épidémique et non contagieuse.

Le transfert de son corps à..... peut donc être autorisé sans danger pour la santé publique.

Délivré à la famille à sa demande, pour permettre le transport de la dépouille sur le lieu de son inhumation.

Fait à..... le.....

Signature

Signalement d'un enfant en danger

Monsieur le Procureur,

Je porte à votre connaissance la situation d'untel (nom, prénom, date de naissance, adresse) que j'ai examiné ce jour (heure, mois, année). Rapporter des dires éventuels au conditionnel et citer les paroles entre guillemets

« »

L'examen de l'enfant met en évidence (description succincte des lésions, mais un examen normal n'empêche pas de faire un signalement, notamment en cas d'abus sexuels).....

Ces signes et ses dires m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur,.....

Signez et datez et identification du signalant.

Fait à..... le.....

Signature

Certificat de protection juridique

Je soussigné, docteur..... certifie avoir examiné le.....

Madame, Monsieur.....

Né(e) le..... demeurant.....

Cette personne présente une altération de ses facultés physiques ou mentales, paraissant nécessiter une mesure de protection juridique (curatelle ou tutelle).

Certificat transmis à Monsieur..... Procureur de la République ou juge des tutelles, le.....

Fait à..... le.....

Signature

23. La formation continue des MGC

1. Introduction

Nous avons parlé du désenchantement professionnel, de la réalité quotidienne si éloignée de l'idéal imaginé. Plongé maintenant dans le concret d'une pratique médicale nouvelle, aux avant-postes ou sur la ligne de front pour prendre des expressions militaires, vous avez repris confiance. Dans cette médecine de premier recours, vous êtes seul à prendre vos décisions, responsables de vous-même. Vous respirez un vent de liberté. Cette autonomie est une chance pour réenchanter votre vocation médicale en lui donnant un sens.

A vous maintenant de rendre ce métier intéressant. Le risque existe en effet – nous l'avons dit à plusieurs reprises – d'une « routinisation » que nous constatons malheureusement chez les médecins qui se « broussardisent », gagnés par l'habitude. Certains sont même satisfaits de leur triste sort, sans ambition, loin de tout, dans le même train-train quotidien qu'un agent de santé. Il y a là un danger qu'il ne faut pas sous-estimer, celui du déclassement. Votre volonté va être déterminante pour éviter ce glissement, avec deux attitudes positives qu'il vous faudra constamment réactiver : lutter contre l'isolement et rester curieux.

La formation continue est un formidable levier pour cela, à condition de l'intégrer dans une démarche participative et interactive. Nous allons décrire quelques pistes qui ont été expérimentées avec succès par les MGC du Mali, de Madagascar et du Bénin. Basées sur les échanges entre pairs, c'est-à-dire entre collègues qui pratiquent le même métier, elles ont un double intérêt : améliorer les compétences tout en renforçant l'identité et l'autonomie professionnelles. Ces deux aspects sont étroitement liés. Lutter contre l'isolement dans le cadre d'un réseau de solidarité professionnel vous permettra d'évoluer et de garder confiance en vous-même.

2. Développer et entretenir sa compétence

Revenons brièvement sur la notion de compétence que nous avons abordée au chapitre 4, définie comme un « savoir-agir », une aptitude à combiner et mobiliser les connaissances, les savoir-faire et le savoir-être.

La formation médicale donne les éléments permettant une compétence de base mais ne suffit pas. Seules l'expérience et la formation continue permettront au jeune diplômé de devenir un professionnel confirmé, voire un expert reconnu.

Lorsque le MGC s'installe, nous lui recommandons de faire assez rapidement un inventaire des ressources possibles en termes de formation continue. Il peut se faire selon quatre rubriques :

1/ Pour se documenter

- Livres et revues : les classer et les ranger de sorte qu'ils restent facilement accessibles pour les consulter.
- Les nouveaux média¹ : internet, télémédecine, CD, DVD etc. Ils permettent une ouverture vers le monde extérieur et une mise à jour des connaissances extrêmement utile mais il convient de garder un regard critique avec la question : « *est-ce adapté à ma pratique et au contexte dans lequel je suis ?* ».

2/ Pour s'informer

- Les personnes-ressources : ce sont des professionnels dont on apprécie le savoir et le bon sens (spécialistes, aînés de confiance, enseignants, etc.). Établir un carnet d'adresses avec les coordonnées pour pouvoir les joindre.
- Les institutions et organismes de référence, avec des personnes à contacter : Institut Pasteur, centres de veille sanitaire, de vaccination, spécialisés sur des maladies spécifiques etc.
- Les banques de données télématiques par internet ou intranet dont il convient de sélectionner les plus pertinentes.
- La réception des représentants de l'industrie pharmaceutique, à condition de garder un esprit critique et sans illusion sur l'aspect commercial des visites.

3/ Pour se former

- Les formations ou « revues » organisées au niveau du district ou de la région sanitaire. Chaque MGC doit apprécier l'intérêt ou non d'y participer en fonction du thème et du contexte local.
- Les formations continues classiques, organisées par des organismes professionnels ou de formation, par l'industrie pharmaceutique, etc. Elles ont lieu

1. Tous les MGC n'ont pas encore accès à internet mais les progrès sont rapides laissant prévoir un accès généralisé à une courte échelle de temps.

en général dans la capitale ou dans les grandes villes, peu accessibles aux médecins qui exercent en campagne.

- Les formations ciblées, organisées spécifiquement sur un thème ou une pratique par des organismes spécialisés (exemples: planification familiale, dépistage du cancer du col, VIH/sida...).

4/ Pour échanger avec ses pairs

Prendre contact avec l'association des MGC si elle existe ou avec ses collègues qui exercent la médecine communautaire dans la zone de façon à participer – voire organiser avec eux – un groupe d'échange de pratiques entre pairs (ou « groupe de pairs »). Ou encore, en participant à un réseau de prise en charge d'une maladie chronique ou de recherche-action sur une problématique de santé (voir infra et aussi chapitres 9 et 14).

3. Le groupe d'échange de pratiques entre pairs

Les pairs, ce sont les collègues qui pratiquent le même métier – la médecine de proximité. Il n'y a pas de hiérarchie: tous les membres du groupe sont sur un même pied d'égalité et volontaires pour participer.

Pour qu'un groupe d'échange de pratiques fonctionne bien, il faut réunir plusieurs conditions:

- ne pas être trop nombreux, entre 5 et 12 participants qui se connaissent et sont désireux de se retrouver ensemble;
- avoir des réunions régulières (par exemple une fois par trimestre) de façon à créer une dynamique de groupe qui associe travail et convivialité;
- être organisé avec une méthodologie bien claire, celle-ci pouvant varier d'un groupe à l'autre ou évoluer dans le temps.

Explicitons l'ensemble de ce dispositif tel qu'il fonctionne déjà avec les MGC malgaches et béninois.

3.1. La méthodologie

Échange veut dire *acte réciproque*: chacun va donner quelque chose de soi, c'est-à-dire partager sa pratique. Ce n'est donc pas seulement une discussion sur un sujet mais l'acceptation de confronter ce que l'on fait au regard des autres. Cet échange/confrontation repose sur la présentation par chaque participant d'un

cas concret que l'on soumet au groupe pour en discuter, sans jugement, l'étude de cas cliniques étant le meilleur exemple.

Le cas clinique

- Choisir un cas clinique « illustratif », vu dans les semaines qui précèdent la réunion, soit parce qu'il est représentatif des difficultés que l'on rencontre, soit parce qu'il pose un problème particulier non résolu.
- Rédiger ce cas sur une « fiche type » préalablement distribuée au groupe (*voir modèle ci-contre*). Elle servira de guide pour la présentation du cas qui vise à:
 1. décrire le cas clinique;
 2. préciser les décisions prises;
 3. soulever les questions posées et la manière dont les difficultés ont pu être ou non résolues.
- La présentation ne doit pas excéder dix minutes.
- Le groupe discute ensuite le cas: demande des précisions sur certains points, analyse les difficultés, fait part de son expérience, propose des solutions. Durée: plus ou moins 15 minutes.
- Le groupe doit enfin conclure, en dix minutes environ, selon le principe d'une démarche d'assurance qualité qui consiste à:
 1. trouver un consensus par rapport au cas considéré: ce que l'on aurait pu effectivement faire;
 2. comparer ce consensus aux données de la science et aux référentiels sur les bonnes pratiques existants ou disponibles;
 3. décider enfin les améliorations possibles et la conduite à tenir jugée, au regard du contexte d'exercice, la plus pertinente. C'est cette conclusion du groupe qui est notée sur la fiche du cas clinique.

La durée d'une étude de cas est d'environ 30 minutes de façon à permettre à chaque participant de présenter son propre cas clinique.

Autres possibilités

Afin de diversifier les différentes séances de formation du groupe de pairs, sans modifier la méthodologie, il est possible de:

- Cibler la réunion d'échange de pratiques sur une pathologie ou un syndrome précis: les affections broncho-pulmonaires de l'enfant, les métrorragies, les

Réunion en groupe de pairs le:.....

Cas clinique

Patient

- Initiales :
- Age :
- Sexe :
- Profession :
- Seul/accompagné :
- Situation familiale :
- Mode de vie :

Antécédents

- Antécédents familiaux :
- Antécédents personnels :
- Facteurs de risques :

Motif(s) de consultation selon le patient

Données de l'examen

Diagnostic ou hypothèses diagnostiques

Décisions prises

Conseils, prescriptions, repos, hospitalisation, avis spécialisé, etc.

Facteurs décisionnels

- Le cas entre dans le cadre d'un référentiel? Lequel?

Si non, quels ont été les facteurs décisionnels par rapport :

- au diagnostic médical?
- au patient lui-même?
- au contexte local?

Résumé des problèmes que j'ai rencontrés pour ce cas

Conclusion du groupe de pairs sur le cas

convulsions, les états fébriles, etc. Chaque participant amène un cas clinique se rapportant au sujet choisi par le groupe à la séance précédente.

- Aborder des problèmes plus généraux concernant une pratique, par exemple l'accueil des patients, le dossier médical, les problèmes d'hygiène/désinfection, la tarification, la gestion des médicaments, l'éducation pour la santé, une question éthique, etc. Chaque participant présente, sur le thème proposé, sa pratique et les difficultés qu'il rencontre. Le groupe conclut le tour de table par des recommandations qui font consensus.
- S'intéresser aux parcours de soins des malades avec des « histoires de vie » décrivant des itinéraires thérapeutiques. Chaque participant analyse un cas qu'il a documenté par des entretiens approfondis avec le malade et sa famille: début des symptômes, interprétation, les divers recours, l'évolution etc. (voir chapitre 20). En conclusion le groupe fera une synthèse de ce qu'il a appris sur les « maladies populaires » (les mots pour les dire), les différents types de recours (guérisseurs et charlatans), l'attitude à adopter.
- Travailler sur la prise en charge d'une maladie chronique (HTA, diabète, VIH/sida, tuberculose, épilepsie, rhumatismes chroniques...) à partir du diagnostic de situation d'un malade que chaque participant présentera. À titre d'exemple, nous proposons le « modèle-type » d'un diagnostic de situation pour la prise en charge du diabète² (voir page ci-contre). Cette grille sera distribuée largement à l'avance pour que chacun ait le temps de préparer son diagnostic de situation à partir du cas de l'un de ses patients chroniques. En conclusion, le groupe valide le modèle type proposé ou l'améliore en fonction du contexte d'exercice.

D'autres possibilités peuvent être envisagées selon les besoins et l'imagination de chaque groupe de pairs, mais elles doivent toujours rester dans le même cadre méthodologique qui repose sur une confrontation/discussion à partir d'études de cas devant aboutir à une démarche qualité inscrite dans une conclusion argumentée et acceptée par le groupe.

3.2. L'organisation

Elle est gérée par le groupe lui-même de façon autonome. En général les réunions durent une journée. La date est fixée collectivement, d'une réunion à l'autre, de façon à convenir à tous les participants. Le lieu doit être choisi en commun, pratique (tables, chaises, calme) et accessible (distance acceptable).

2. Ce modèle type peut être repris, en l'adaptant, pour les autres maladies chroniques.

Diagnostic de situation pour la prise en charge du diabète de type II

Analyser la situation du patient:

Au plan biomédical:

- affirmer le diabète au plan diagnostic et en évaluer la sévérité;
- rechercher les facteurs de risques cardiovasculaires associés;
- rechercher d'éventuelles complications;
- rechercher d'éventuelles pathologies associées et leur intrication avec le diabète;
- évaluer les répercussions fonctionnelles des complications;
- évaluer l'état nutritif du patient et faire une enquête alimentaire.

Au plan psycho-relational:

- évaluer l'acceptation qu'a le patient de sa maladie ainsi que sa famille;
- évaluer les capacités de compréhension du patient et son aptitude à modifier ses conduites alimentaires et son hygiène de vie;
- évaluer les capacités d'implication de son entourage dans l'accompagnement du patient diabétique au quotidien.

Au plan socio-environnemental:

- vérifier les conditions d'habitat et d'hygiène;
- s'enquérir des habitudes alimentaires du groupe social;
- vérifier que l'activité professionnelle est compatible avec le stade évolutif du diabète.

Informier le patient:

- des modalités de suivi et de surveillance à court et moyen terme;
- de son état de santé et du potentiel évolutif de la maladie.

Éduquer le patient et son proche entourage:

- à l'observance du traitement proposé;
- à s'approprier les règles hygiéno-diabétiques recommandées;
- à assurer une surveillance régulière de son diabète (rythme des contrôles).

Remplir le dossier médical du patient:

- la situation de départ (diagnostic de situation)
- les suivis réguliers.

Il dépendra de la taille du groupe. Si le groupe est peu nombreux, la réunion peut se tenir à tour de rôle chez l'un des MGC du groupe (c'est le cas à Madagascar pour certains groupes). Les horaires doivent être respectés par tous, en général de 10 h à 17 h, certains médecins qui viennent de loin pouvant arriver la veille au soir. Il n'y a, en principe, pas besoin de budget spécifique ni de perdiems. Le repas doit être un moment de détente, convivial. Les frais sont partagés entre les participants qui sont ainsi partie prenante de LEUR formation continue.

Sur le plan pédagogique:

- Le matériel est réduit : un paper bord, des feutres et du papier.
- Le groupe doit disposer d'un certain nombre de référentiels qui lui serviront dans la démarche d'assurance qualité, notamment :
 - un traité de médecine générale;
 - un traité de sémiologie clinique;
 - un traité de thérapeutique;
 - un traité des actes techniques en médecine générale;
 - le code de déontologie;
 - les protocoles de bonnes pratiques disponibles (protocoles nationaux pour les maladies prioritaires, guides de recommandations, référentiels issus de conférences de consensus, etc.).

En pratique, ces référentiels sont difficiles à rassembler le jour de la réunion. En fonction du ou des contenus de la réunion, chaque participant cherche dans sa propre documentation les référentiels utiles et les apporte. Cette « mutualisation » documentaire permettra au groupe d'élargir ses ressources et de savoir, au fil des réunions, celles dont chacun dispose. Le groupe de pairs dispose également d'une liste de spécialistes de confiance à qui s'adresser pour les interroger sur telle ou telle question non résolue par le groupe, ou pour actualiser ses connaissances. Éventuellement l'un de ces spécialistes peut être invité pour apporter son éclairage lors des discussions.

- À la fin de la réunion, le groupe s'accorde 15 minutes pour fixer la prochaine date de réunion, le lieu et le contenu qui est choisi par consensus (cas cliniques personnels ou sur un thème).

3.3. L'animation

Si le groupe de pairs peut très bien s'auto-organiser, il n'en est pas de même pour l'animation des séances d'échange de pratiques. Il va devoir choisir en son

sein un animateur qui ne sera pas un participant comme les autres, avec un rôle particulier accepté de tous.

Cette fonction d'animateur va consister à :

- permettre un bon déroulement de la séance jusqu'à sa conclusion : il veille au respect de la méthodologie et des horaires ;
- assurer la cohérence du groupe en facilitant l'expression équilibrée et constructive de tous les participants : **stimuler, reformuler, synthétiser, résumer**.

Cette capacité n'étant pas donnée à tous, le groupe va devoir au début « nommer un volontaire ». En général, il y a toujours quelqu'un sur lequel on peut s'accorder sur des critères simples comme savoir s'exprimer tout en étant mesuré et capable d'écouter les autres. Peu à peu d'autres membres se proposeront pour jouer ce rôle lorsque le groupe aura acquis une stabilité avec une confiance suffisante en lui-même.

Un groupe d'échange de pratiques est proche d'un focus group décrit dans le chapitre 19 (voir fiche focus group). Le rôle de l'animateur est le même – faciliter la parole – mais ici le fil conducteur est imposé par la méthodologie et l'animateur doit le faire respecter :

- rappeler l'objectif que le groupe s'est fixé au début de la séance ;
- faire respecter une même durée pour la présentation des études de cas par chaque participant ;
- veiller à ce que chacun puisse s'exprimer lors des discussions ;
- ne pas laisser dévier les interventions et savoir recadrer ;
- être vigilant pour que la ou les conclusions ne soient pas bâclées et s'inscrivent bien dans une démarche d'assurance qualité consensuelle. Elles doivent être validées par le groupe, notées et conservées³

► Pour conclure

Les échanges de pratiques entre pairs, bien organisés par les MGC eux-mêmes, renforcent « l'esprit de corps » et leur autonomie professionnelle. C'est ce que l'on peut comprendre, entre les lignes, en écoutant un panel de MGC malgaches parler de cette expérience (encadré).

3. Le groupe de pairs peut ainsi constituer ses propres référentiels qu'il pourra reconsulter et faire évoluer avec le temps.

Paroles de MGC sur les échanges de pratiques

- C'est un partage d'expérience toujours utile avec des discussions intéressantes sur les formes cliniques et les décisions thérapeutiques ;
- une contribution à l'amélioration des soins ;
- aux pratiques et à la vie professionnelle des MGC ;
- nécessite une bonne préparation préalable : se documenter ;
- une guidance pour bien encadrer les problèmes rencontrés avec les collègues ;
- un savoir acquis pour gérer un groupe de personnes.

Réponses d'un panel de MGC de l'association des médecins de campagne de Madagascar.

4. La recherche-action en réseau

Le concept de recherche-action est né dans les années 1980, postulant que recherche et action peuvent s'unir dans une même activité. Selon Hugon et Seibel, il s'agit de « *transformer la réalité et produire des connaissances sur ces transformations* ». Dans cette démarche les acteurs sont en même temps des chercheurs qui s'impliquent consciemment pour changer la réalité à partir d'une situation circonscrite dans l'espace et dans le temps. Autrement dit, il s'agit de résoudre un problème concret avec des acteurs qui sont eux-mêmes dans une démarche réflexive de questionnement. La recherche-action est un processus collectif qui peut s'appliquer dans de multiples domaines mais il s'avère particulièrement pertinent dans le domaine de la santé avec des médecins praticiens qui sont en prise directe avec des problèmes concrets et situés au cœur des dynamiques de changement.

Nous allons proposer ici une adaptation de ce concept à partir des expériences, déjà évoquées au chapitre 14, réalisées par les MGC du Mali et de Madagascar sur des problématiques liées à la prise en charge de l'épilepsie, de l'hypertension, du VIH/sida et des fièvres palustres.

Un processus en plusieurs étapes

La recherche-action, définie comme un processus réflexif en action, comporte des étapes successives que nous schématiserons de la façon suivante :

1. Identifier un problème

Cette identification doit venir des MGC eux-mêmes, d'un questionnement sur un problème qu'ils rencontrent dans leur pratique pour lequel ils n'ont pas

de réponse évidente et que ne leur apportent pas les référentiels scientifiques ou de bonnes pratiques.

La question s'est ainsi posée pour la prise en charge d'une maladie chronique très stigmatisée comme l'épilepsie, émergente comme l'HTA, le suivi des PV VIH qui habitent loin des villes. Elle s'est posée aussi sur une question technique en rapport avec l'apparition des tests de diagnostic rapides (TDR) pour le paludisme : peut-on mieux connaître les prévalences saisonnières du paludisme et quelle stratégie adopter devant une fièvre ?

Ces types de questionnements sont multiples mais il faut pouvoir les mettre en relation avec des « opportunités », c'est-à-dire des partenaires techniques et financiers que le sujet intéresse car la recherche-action aura nécessairement besoin de soutiens extérieurs pour pouvoir se réaliser⁴.

Lorsque ces conditions sont réunies, le processus peut s'enclencher.

2. Constituer un réseau

Il s'agit maintenant de constituer un groupe de travail restreint de 8 à 10 MGC intéressés par la problématique et prêts à s'engager. Il devra s'adjoindre une ou deux personnes ressources qui pourront accompagner le groupe pour contribuer à établir un cadre de travail, des outils appropriés (fiches d'enquête, protocoles, documents d'évaluation, etc.), des compléments de formation... Par exemple, les deux personnes ressources du réseau fièvres-paludisme (RFP) comprenant 8 MGC ont été un clinicien interniste et un médecin de santé publique.

Les membres du groupe ainsi constitué vont travailler en réseau : ils sont unis par une finalité commune (la recherche-action sur un problème précis) et d'accord pour entretenir des liens de type compagnonnage, non hiérarchiques.

3. Elaborer un dispositif opératoire

Cette étape va se réaliser sous forme d'un ou plusieurs ateliers qui réuniront le groupe pour construire collectivement la problématique choisie de façon à :
– dégager les préoccupations et les opinions (préjugés) de chacun ;

4. C'est ainsi que le réseau action-recherche sur l'épilepsie (RARE) au Mali et le réseau sur l'épilepsie à Madagascar (REM) sont financés par le programme « Impact Epilepsy » de Sanofi-Aventis ; le réseau de prise en charge des PV VIH en milieu rural au Mali a reçu un financement du Fonds Mondial ; le réseau fièvres-paludisme (RFP) à Madagascar a bénéficié d'un financement de la coopération française et le réseau hypertension du Mali (RHYTM) d'un financement européen.

- croiser les regards et les points de vue pour comprendre le problème dans son contexte ;
- inventorier la documentation existante ;
- réaliser si besoin des études/enquêtes préliminaires ;
- cadrer la recherche-action avec une hypothèse ou une stratégie à tester ainsi que les outils nécessaires qui permettront d'en suivre l'évolution ;
- établir un calendrier.

Pour compléter cette préparation une autoformation du groupe par lui-même peut être utile pour mettre les membres du réseau sensiblement au même niveau d'expertise.

4. Mettre en pratique

Chaque membre MGC du réseau va mettre en pratique ce qui a été décidé. À intervalles réguliers, une fois par trimestre ou par semestre, une réunion en atelier permettra de faire le point avec :

- une analyse des points forts et des difficultés ;
- des corrections si nécessaire, en particulier au niveau des outils de la recherche-action (fiches, protocoles, etc.) ;
- un rapport d'étape à partir de la collecte des données recueillies.

5. Établir un bilan final

Le processus a une durée définie au départ, en général une à trois années. Parvenu au terme, un bilan de la recherche-action permettra :

- d'analyser les résultats fondés sur le recueil et le traitement des données ;
- de porter un nouveau regard sur la problématique ;
- de proposer des recommandations sur les mesures qui s'avèrent les plus pertinentes et pour quelles raisons ;
- d'en faire, éventuellement, une publication dans une revue professionnelle.

Signalons enfin, au vu des expériences que nous avons évoquées, l'effet stimulant d'une telle approche, non seulement pour le réseau lui-même, mais pour l'ensemble des MGC qui cherchent à s'approprier les connaissances de leurs collègues. C'est l'effet multiplicateur : les membres du réseau deviennent, dans leurs régions, les référents d'une problématique qu'ils maîtrisent particulièrement bien.

L'exemple du Réseau Fièvres-Paludisme (RFP)

Essayons, à partir de l'exemple des MGC malgaches, d'explicitier schématiquement les étapes que nous venons de décrire.

1. Questionnement: avec l'arrivée des tests de dépistage rapides du paludisme (TDR), nos habitudes de prescriptions doivent-elles ou peuvent-elles changer ? Si oui, comment - sachant qu'actuellement la grande majorité des fièvres sont considérées comme palustres et traitées en conséquence ?

2. Mise en réseau: pour que la recherche-action couvre l'ensemble des 4 régions d'Antananarivo (province centrale située sur les hauts plateaux), les MGC choisissent parmi eux 8 médecins volontaires (2 par région). Deux spécialistes accompagneront ce réseau, un interniste en infectiologie et un épidémiologiste.

3. Dispositif opératoire: plusieurs ateliers permettent de dégager un cadre de recherche :

- Une hypothèse : les TDR devraient non seulement permettre de mieux cibler les traitements antipaludiques mais aussi d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'ensemble des états fébriles.
- Une stratégie : une fiche d'enquête sera remplie dans les hyperthermies > 37°5 dans les deux cas suivants :
 1. enfant de moins de 5 ans quelle que soit la symptomatologie ;
 2. suspicion de paludisme chez l'enfant de plus de 5 ans et chez l'adulte.

Les TDR seront effectués et les cas négatifs contrôlés par goutte épaisse. Trois cas seront inclus chaque jour par les 8 médecins sentinelles pendant un an.

Une auto-formation est réalisée portant sur les états fébriles et le paludisme.

4. Mise en pratique : tous les MGC du réseau ont à disposition les fiches d'enquête (élaborées en atelier), des TDR et des traitements (ACT et quinine) pour les cas de paludisme confirmé.

Des regroupements sont prévus chaque trimestre pour recueillir les données, faire le point et revoir les outils si nécessaire, poursuivre la formation. Le spécialiste interniste se rend auprès de chaque MGC pour une journée de consultation en commun.

5. Bilan : l'étude réalisée du 1^{er} juin 2009 au 30 juin 2010 a permis d'inventorier :
- 1 383 fièvres chez les enfants de moins de 5 ans, dont 10,5 % seulement avaient

un TDR positif. Ces fièvres TDR + sont endémiques toute l'année, en proportion plus élevée de décembre à mai (le double).

- 1 172 fièvres suspectes chez les adultes et les enfants de plus de 5 ans, dont 23,5 % avaient un TDR positif. Ces fièvres TDR + sont endémiques toute l'année, en proportion plus élevée de décembre à mai (1/3 en plus).

Ainsi, l'origine paludique des fièvres s'avère moins élevée qu'attendue. Les habitudes de prescription (question initiale) doivent être revues en conséquence avec une autre approche clinique et thérapeutique des états fébriles sur les Hauts Plateaux, et une éducation des populations mieux adaptée à cette réalité. Des recommandations et une publication sont en cours d'élaboration par le réseau à partir de ces constatations et des nouveaux comportements qu'elles ont provoqués chez les MGC.

5. Conclusion

C'est cette formation continue, permanente, qui permettra au MGC de « garder la flamme ». Même si la démarche personnelle en la matière est importante pour maintenir cette curiosité que nous évoquions dans l'introduction, il ne faut pas rester seul. La dimension collective est essentielle pour rompre l'isolement, se comparer aux autres et s'encourager mutuellement, sentir qu'on appartient à un groupe professionnel solidaire.

La médecine générale communautaire est un métier en construction et son avenir dépendra des MGC eux-mêmes. En se montrant capables d'autonomie, en particulier pour garder un haut niveau de qualification, ils obtiendront une reconnaissance et une légitimité méritées⁵.

C'est en effet collectivement que les MGC parviendront à maintenir l'intérêt du métier. L'échange des pratiques et le travail en réseau sont les vecteurs privilégiés d'une socialisation professionnelle qui les aidera à se construire d'une façon conviviale et solidaire. Et ainsi, d'être fiers de ce qu'ils sont.

5. Il ne faut pas sous-estimer les risques de dérives ou de récupération d'une profession encore fragile. Il sera facile alors, pour les détracteurs et tous ceux qui restent attachés à des systèmes de santé administrés, de discréditer une médicalisation peu organisée jugée inefficace.

24. Quelles formations spécifiques en médecine générale communautaire ?

1. Introduction

Dans ce dernier chapitre, nous nous adresserons plus particulièrement aux responsables des politiques sanitaires et aux universitaires qui auront éprouvé de l'intérêt à la lecture de ce guide rédigé à l'intention des futurs médecins décidés à exercer leur métier en milieu rural, souvent auprès de populations isolées très vulnérables.

La médecine générale communautaire décrite tout au long de ces pages montre qu'il est possible d'exercer valablement la médecine avec peu de moyens, armé de son intelligence et de compétences spécifiques adaptées. Vous avez compris que le MGC pouvait rendre de grands services. Mais, pour cela, il faut qu'il soit bien préparé.

La formation hospitalo-universitaire ne suffit pas. Elle est le socle de base indispensable à la connaissance et à l'exercice de la médecine mais il y manque des éléments importants liés à la pratique de proximité en première ligne. La polyvalence est le maître mot de cette pratique spécifique, capable de combiner une double finalité, individuelle et sociale. La première est centrée sur la personne et sa famille, la seconde est globale afin de répondre aux besoins de la collectivité. C'est ce qui rend ce métier à la fois difficile et passionnant, attractif pour les jeunes qui, nombreux, souhaitent prendre leurs responsabilités. Mais ils ne sont pas préparés, ils n'ont pas « la boîte à outils ». Ils ont, à juste raison, peur de l'échec.

Vous serez sans doute d'accord sur cette formule : « à métier spécifique, formation spécifique ». C'est ce qu'il convient maintenant de développer dans les pays qui comprennent l'intérêt d'un passage aux SSP de II^e génération (voir introduction générale) avec des médecins communautaires bien formés. Nous ouvrons le sujet dans ce chapitre pour contribuer à cette réflexion. Les expériences de formations spécifiques, encore timides, réalisées au Mali, à Madagascar et au Bénin sont un premier exemple. Il convient d'aller plus loin car l'avenir se joue là.

2. Le référentiel métier

Pour engager cette réflexion, il est important de s'appuyer sur un « référentiel métier », à savoir un cadre d'exercice professionnel comportant les points de repères essentiels sur :

- 1/ les principales fonctions ou missions du médecin communautaire ;
- 2/ la description des activités ou tâches en rapport avec ces fonctions ;
- 3/ l'énumération des compétences nécessaires pour réaliser ces activités ;
- 4/ enfin, les aptitudes personnelles favorables à l'exercice du métier.

En effet la construction d'une formation spécifique, sans descriptif des activités et des compétences nécessaires à l'exercice du métier de MGC, risque d'être une sorte de fourre-tout plus ou moins digeste qui conduira le postulant à avoir une tête « bien pleine » mais pas forcément « bien faite ». La polyvalence du métier risque de favoriser des contenus hétéroclites peu structurants pour des jeunes diplômés qui aspirent, de leur côté, à recevoir un enseignement pratique et utilisable. C'est la raison pour laquelle l'élaboration de ce référentiel devra répondre à une stratégie adéquate associant les représentants des professionnels concernés.

Un atelier de conception est tout à fait souhaitable réunissant, selon les particularités de chaque pays, les personnes-ressources institutionnelles, universitaires et de terrain reconnues pour leur « expertise » sur cette thématique. Les MGC eux-mêmes ont intérêt à s'approprier cette réflexion en amont pour être en mesure de présenter la vision de leur métier et d'être ainsi les acteurs à part entière d'un processus d'élaboration qui les concerne directement.

Dans cette perspective, à titre indicatif, nous proposons une synthèse des nombreuses réflexions tenues ces dernières années entre les partenaires des programmes de médicalisation des zones rurales, les MGC eux-mêmes ayant pris une grande part dans cette réflexion. Le tableau ci-contre résume le descriptif des activités et des compétences à partir des quatre principales fonctions du MGC (voir pages suivantes).

L'ensemble des aspects de ce référentiel-type a été développé dans les différents chapitres de ce guide du MGC.

Référentiel du médecin généraliste communautaire

FONCTIONS PROFESSIONNELLES	ACTIVITES ET TÂCHES	COMPETENCES SUR :
Médecin de famille 1/ Clinicien généraliste de proximité (premier recours)	- Examine les patients et prend les bonnes décisions	- La démarche clinique : accueil examen raisonnement diagnostique décision thérapeutique référence
	- Assure les urgences courantes et gère les évacuations	- La prise en charge des urgences vitales et le conditionnement des blessés graves
	- Réalise les gestes de petite chirurgie ambulatoire	- Les gestes techniques définis (liste pays)
2/ Médecin du suivi de la mère et de l'enfant	- Suit le développement de l'enfant - Prend en charge la grossesse et l'accouchement ainsi que la santé reproductive	- Le suivi pédiatrique des enfants - Le suivi pré et post-natal - Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) - La planification familiale (PF)
3/ Médecin de la continuité et de l'accessibilité des soins	- Prend en charge les maladies chroniques et répond aux besoins de santé des familles - Assure l'accessibilité financière et pratique le crédit - Participe aux systèmes assurantiels (mutuelles, forfait...)	- Le « diagnostic de situation » - L'utilisation du dossier médical - La coordination d'une équipe de soins - La rédaction des certificats médicaux et des diverses procédures de prise en charge
Médecin en santé communautaire 1/ Approche collective des besoins sanitaires dans l'aire de responsabilité	- Travaille avec la communauté sur les 8 composantes des SSP : vaccinations, éducation pour la santé, nutrition, maladies transmissibles, eau et assainissement, maladies courantes, PMI, médicaments essentiels	- Les logiques socio-culturelles - Le mobilisation sociale et la communication (IEC) - Les étapes de la participation communautaire

2/ Participation aux stratégies nationales de santé publique.	- Collabore avec le système de soins - Participe à la lutte contre les maladies prioritaires dans son aire de responsabilité - Remplit et transmet les données sanitaires de sa population de référence	- La place et le rôle du MGC dans le système de santé - Les stratégies et protocoles nationaux - Les risques épidémiques - L'analyse des principaux indicateurs de santé
Manageur/Organisateur 1/ Organisation du cabinet/centre médical communautaire (CMC)	- Dirige son équipe soignante - Veille à l'entretien des locaux et des équipements - Assure l'hygiène/désinfection	- Le leadership d'une équipe - La maintenance des équipements - Les techniques et procédures en hygiène/désinfection
2/ Gestion administrative et de la pharmacie	- Tient à jour les registres d'activités et la comptabilité - Gère le stock de médicaments	- Les procédures comptables (bilan mensuel) - Les commandes et la gestion prévisionnelle des médicaments
3/ Gestion du temps et de l'espace sur l'aire de responsabilité	- Organise le planning des activités du CMC - Planifie les activités dans sa zone de référence : stratégie avancée, enquête, consultations décentralisées - Organise la permanence des soins	- La planification des activités - L'analyse des données populationnelles et des besoins attendus - La réalisation d'une enquête ponctuelle (épidémie)
4/ Collaboration avec les responsables locaux	- Entretient de bonnes relations avec les responsables sanitaires, les leaders traditionnels, les élus (maire)	- Les relations publiques et institutionnelles (orales, écrites) - Le fonctionnement de l'entité gestionnaire s'il y a lieu (Asaco, Coges)
Promoteur de la MGC 1/ Formation médicale continue (FMC)	- Entretient et développe ses connaissances et ses savoir-faire	- L'utilisation d'internet et des supports de formation (documentation) - L'échange de pratiques en groupe de pairs - La recherche-action en réseau
2/ Formateur	- Encadre des stagiaires dans son CMC	- La formation en compagnonnage
3/ Solidarité professionnelle	- Participe aux activités professionnelles des MGC	- Les règles générales qui organisent la vie associative

3. Les expériences de formation

La reconnaissance du référentiel professionnel par les instances universitaires pourra servir de base à la certification en médecine générale communautaire. À l'heure où nous écrivons, ce processus est en cours dans les trois pays cités – Mali, Madagascar, Bénin. Nous allons résumer successivement l'expérience de ces trois pays.

Le Mali

En 2003, l'AMC du Mali, l'ONG Santé Sud et l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers décident de collaborer ensemble à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une formation préalable pour les médecins de campagne, de plus en plus nombreux¹. Des universitaires maliens s'associent à cette démarche.

Plusieurs études de terrain ainsi que les témoignages des médecins installés avaient en effet montré des lacunes dans la capacité des médecins à assumer l'ensemble des fonctions d'un MGC en première ligne. Les problèmes concernaient principalement :

- l'adaptation des connaissances cliniques à une pratique rurale isolée ;
- des compétences essentielles pour la pratique mais non enseignées dans le cursus médical (ex : gestion d'une structure de soins ou la communication) ou enseignées dans une optique globale (la santé publique) ;
- l'approche spécifique du métier pour passer d'une culture biomédicale hospitalière à la culture biopsychosociale de la médecine générale communautaire.

L'objectif visait à mieux préparer les médecins à leur nouveau métier, l'hypothèse étant « *qu'un grand nombre des difficultés initiales rencontrées par le jeune médecin de campagne sont liées à un manque de préparation vis-à-vis des réalités du métier et de ce qui est attendu de lui par les patients, les communautés locales et les autorités sanitaires* »

Une formation en situation

Un volet théorique et un volet pratique d'un mois chacun et articulés entre eux ont été conçus de façon à structurer une démarche réflexive sur des thèmes prioritaires, des expériences concrètes et des techniques spécifiques.

1. Rappelons que l'Association des Médecins de Campagne (AMC) du Mali comptait 11 médecins à sa création en 1993 (voir introduction générale). Ils étaient au nombre de 32 en 1998, 86 en 2005 et 120 fin 2010.

Pour le volet théorique quatre modules d'une semaine chacun ont été élaborés pour répondre aux besoins préalablement identifiés :

- **Module clinique** : il ne s'agit pas de reprendre lors de la formation les différents domaines de compétences cliniques (ceci devrait faire l'objet d'une formation continue plutôt que préalable) mais de mener une réflexion sur la démarche clinique comme pierre angulaire de la pratique médicale. Les besoins spécifiques du médecin de campagne sont : 1/ la prise de décision en milieu isolé (restrictions dans les possibilités de référence et d'examen complémentaires), 2/ le suivi des patients individuels dans la durée et dans la globalité.
- **Module gestion** : familiariser les participants avec les lois et règlements liés au fonctionnement d'un centre de santé, avec les compétences et outils pratiques concernant la gestion financière, la gestion des ressources humaines et la gestion des médicaments au niveau d'un centre de santé.
- **Module Santé Publique** : renforcer les capacités à résoudre les problèmes de santé communautaire en associant les soins curatifs, préventifs et promotionnels, à utiliser le système d'information existant pour l'auto-évaluation et la planification locale, à instaurer le dialogue avec la communauté. Le second axe de ce module visait à ce que les participants situent mieux leur propre rôle de médecin communautaire de première ligne au sein du système de soins.
- **Module communication** : améliorer les capacités de communication des médecins ruraux en leur faisant prendre conscience des différences existant entre leurs propres points de vue et ceux des différents acteurs avec lesquels ils sont en interrelation : patients, villageois et représentants du village, membres de l'équipe, autorités locales, autorités de santé régionales. Les thèmes abordés incluent l'étude des comportements socio-anthropologiques, la communication entre le patient et le médecin, l'éducation à la santé et le travail d'équipe.

Le volet pratique consiste en un stage d'un mois chez un aîné expérimenté, maître de stage, sous la forme d'un compagnonnage *in situ* visant à confronter les apports théoriques à la réalité du terrain avec l'aide d'un référentiel.

Une pédagogie de formation d'adultes

La formation étant ciblée sur des jeunes diplômés ayant obtenu leur doctorat en médecine (certains en cours d'installation), la pédagogie de formation d'adultes (andragogique) et les méthodes interactives ont été privilégiées.

À cet effet, l'enseignement des connaissances (domaine de la Faculté) est mis en perspective à travers *le processus d'apprentissage d'un métier* autour de questionnements et de problèmes à résoudre qui utilisent l'expérience des aînés pour stimuler la réflexivité (capacité de douter, de s'auto-évaluer et de s'améliorer).

C'est pourquoi il a été décidé d'intégrer des MGC seniors, choisis sur des critères de compétences et de qualité, comme « référents métier » pour le volet théorique et « maîtres de stage » pour le volet pratique. Dans cette optique de formation professionnelle, les modules ont été structurés avec la participation conjointe de formateurs académiques de la Faculté (experts matière) et de professionnels expérimentés (experts métier) : les référents-maîtres de stage mais aussi des professionnels de terrain comme un médecin chef de district, un responsable d'une mutuelle santé, un anthropologue, etc.

Résultats et perspectives

Cinq formations préalables ou initiales ont eu lieu en 2003, 2004, 2005, 2006 puis en 2009. Une évaluation a été réalisée sur les 65 médecins installés en milieu rural, répartis dans toutes les régions du pays, ayant participé aux 4 premières formations (Monique Van Dormael et al., 2008). On peut insister ici sur les points suivants :

- Les jeunes médecins ont exprimé clairement qu'ils se sentaient mieux préparés pour exercer en milieu rural et la présence de leurs aînés tout au long de la formation a été fortement appréciée, en particulier pour leur rôle de « facilitateurs » (encadré).
- L'approche réflexive andragogique s'est avérée stimulante et positive. Cependant elle se heurte parfois au réflexe étudiant voulant des « digests » ou des solutions « clé en main ».
- Les stages pratiques contribuent fortement à l'ancrage de la formation dans la réalité du métier en permettant :
 - une préparation psychologique (confiance en soi),
 - l'acquisition des savoir-faire indispensables,
 - un début de socialisation professionnelle (intérieurisation d'une culture spécifique et l'appartenance à un groupe).
- L'importance d'une bonne coordination entre les partenaires et les divers intervenants (matière et métier) pour garantir la cohérence des contenus et de l'approche pédagogique.
- Les médecins formés se sont avérés plus stables, si on les compare au turn over des médecins dans le contexte malien².

2. L'évaluation réalisée par l'OMS en 2008 a confirmé une « fidélisation dans le poste » multipliée par deux pour les médecins ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement de Santé Sud.

Paroles de MGC

- *Avec cette formation, je me sens prêt à relever le défi, plus apte à affronter les problèmes qui se posent dans l'exercice de la médecine de campagne.*
- *J'ai appris beaucoup de choses, profité de l'expérience des autres par rapport à ces modules.*
- *Les modules étaient clairs et précis, accessibles.*
- *Le stage m'a permis de comprendre les modules, de voir comment surmonter les difficultés, le courage surtout.*
- *Nous avons les mêmes problèmes, la même situation, cela m'a réconforté et a contribué à m'affermir.*
- *J'ai appris des choses que je ne pouvais pas imaginer, des gestes que je n'avais jamais eu l'occasion de faire à l'hôpital pendant mes études.*
- *Avec le stage, nous avons partagé le vécu quotidien, les aspects socioculturels et techniques, la prise de décision, la gestion du centre. J'ai pris confiance en moi.*

Réponses d'un panel de candidats MGC formés au Mali.

- Si la formation s'avère indispensable, elle n'est cependant pas suffisante pour garantir le « savoir agir », c'est-à-dire un haut niveau de compétence et de performance. Des difficultés peuvent survenir sur l'un ou l'autre aspect du métier, en particulier sur les comportements et attitudes qui s'acquièrent avec le temps et l'expérience. D'où la nécessité d'intégrer la formation préalable dans un dispositif complet d'accompagnement et d'assurance qualité (suivi, échanges de pratiques, travail en réseau, vie associative...).

Cette formation préalable telle qu'elle a été réalisée pendant quatre années avec l'appui inestimable de l'IMT d'Anvers a été reprise en avril 2009 dans les locaux de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) avec l'appui du département d'enseignement et de recherche en santé publique (DER de Santé Publique). Elle a concerné 22 nouveaux médecins déjà installés ou en cours d'installation dans des CSCOMs ruraux. Cette appropriation universitaire ouvre des perspectives vers une formation qualifiante en médecine générale communautaire qui reste à confirmer.

Madagascar

En 2007, une formation spécifique en médecine générale communautaire est mise sur pied en collaboration avec l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo. Inspirés par l'expérience malienne,

Santé Sud et l'AMC-MAD³ proposent une pédagogie participative intégrant plusieurs MGC confirmés. Aux enseignants de l'INSPC vont se joindre, outre ces référents-maîtres de stage, des intervenants extérieurs (directeur régional, médecin inspecteur, cliniciens, etc.).

Le volet théorique se déroule sur 15 jours et aborde le concept de médecine générale communautaire avec un travail sur les principales fonctions (la démarche clinique en situation isolée, la santé communautaire et la mobilisation sociale, l'organisation et la gestion), ainsi que sur certains aspects importants comme la place et le rôle du MGC dans le système de soins, le partenariat public/privé, l'éthique et la déontologie médicales...

Le volet pratique consiste en un stage de 15 jours au cabinet médical communautaire de l'un des référents MGC qui accompagne la formation. Ce compagnonnage prolonge la partie théorique avec une réflexion en miroir qui doit faire l'objet d'une fiche d'autoévaluation rédigée par le stagiaire et cosignée par le référent-maître de stage (fiche d'autoévaluation en page ci-contre).

Résultats et perspectives

Deux formations ont eu lieu, en juin 2007 (11 participants) et en avril 2009 (28 participants). Elles ont donné lieu à la délivrance d'une « *attestation de renforcement de capacités validant la formation théorique et pratique sur la médecine générale communautaire* », signée par le directeur de l'INSPC et le coordinateur de Santé Sud à Madagascar.

Les questionnaires d'évaluation recourent largement les constatations faites au Mali. Les points suivants méritent d'être soulignés :

- La formation est plébiscitée pour son aspect concret et pratique avec des méthodes participatives qui donnent la parole et permettent de rester attentifs (travail en groupe, jeu de rôle, brain storming, etc.)
- L'utilisation libre du français et du malgache est appréciée car elle permet une meilleure compréhension.
- La présence de référents MGC est considérée comme très importante pour connaître la réalité de l'exercice à la campagne, avoir des conseils, se rassurer (encadré).

3. Rappelons que l'Association des Médecins Communautaires de Madagascar (AMC-MAD) regroupe les médecins « privés-communautaires » installés avec le soutien de Santé Sud (voir introduction générale), au nombre de 56 médecins fin 2010.

Fiche d'autoévaluation de stage

Nom du médecin référent:.....

Nom du médecin stagiaire:.....

Lieu du stage:.....

Date du stage:.....

1 La démarche clinique :

Activité centrale du MGC, la clinique doit s'apprécier dès l'accueil du patient jusqu'à sa prise en charge et son suivi. L'attention portera sur: 1/ la communication avec le malade et sa famille, 2/ l'examen médical, 3/ le raisonnement et la décision.

– Ce qui est acquis (que je fais facilement) :

– Ce qui est plus difficile (que je dois améliorer) :

2 L'organisation et la gestion :

Bien organiser l'ensemble de son activité, au cabinet médical communautaire et dans son aire de santé, est indispensable pour maîtriser les diverses et nombreuses contraintes sans se laisser déborder. Les aspects organisationnels liés à l'entretien des matériels, à l'emploi du temps, à la bonne tenue des divers supports (y compris la gestion financière) devront être bien assimilés.

– Ce qui est acquis (que je fais facilement) :

– Ce qui est plus difficile (que je dois améliorer) :

3 Les relations avec la communauté :

La médecine communautaire implique une bonne relation avec l'ensemble des collectivités réparties sur l'aire de santé, sans distinction. Le ou la stagiaire doit pouvoir, accompagné par le médecin référent, nouer des contacts avec les autorités locales, les familles et les divers groupes sociaux qui composent la population.

– Ce qui est acquis (que je fais facilement) :

– Ce qui est plus difficile (que je dois améliorer) :

4 L'interaction avec le système de santé :

Plusieurs modalités de cette interaction peuvent être faites via: 1/ le rapport mensuel d'activités (RMA): un travail sur le lien entre les activités quotidiennes et le RMA (ex: nouveaux et anciens cas, CPN, PF, vaccination, etc.), 2/ référence: en cas d'évacuation du malade (conditionnement et fiche de liaison). 3/ vaccins: commande des vaccins, respect de la chaîne de froid (procédure à respecter), 4/ visites éventuelles au CSB voisin ou au SSD.

– Citer les interactions réalisées :

– Difficultés éventuelles :

5 Appréciations du stage pratique :

A la fin du stage, le ou la stagiaire et le médecin référent rempliront ensemble la fiche d'autoévaluation. Elle n'a pas de valeur normative et restera confidentielle, l'objectif étant de permettre au stagiaire d'évaluer ses propres capacités sur le terrain.

– Opinion du médecin stagiaire :

– Point de vue du médecin référent

Signatures :

Paroles de candidats MGC

- Les référents MGC sont plus proches de la réalité et peuvent nous aider à surmonter les obstacles.
- Ils nous donnent des explications à partir d'études de cas, de ce qui se passe vraiment. Parfois, ça nous effraie...
- Ils nous parlent de leur vie à la campagne, de leurs revenus : on n'aura pas de surprises.
- Leurs témoignages nous ont permis de rassurer nos familles...
- On apprend comment on peut réussir le début de notre installation.
- Grâce à eux, on est très motivé. Ce sont nos guides.

Formation 2009 à Antananarivo.

- La formation est jugée trop courte sur certains aspects, par exemple la communication, les « trucs du métier » (les gestes qui sauvent, l'urgence pédiatrique, la circoncision...).
- Le rôle socioéconomique du MGC, acteur du développement rural, est une révélation qui est, pour certains, motivante.
- La prise de conscience de la nécessité d'une socialisation professionnelle est exprimée par le besoin de se retrouver régulièrement (formation continue, Assises de la MGC) et d'avoir accès à internet.
- La forte revendication pour que la MGC soit reconnue au niveau universitaire (spécialité) et qu'elle puisse faciliter l'accès aux concours de la fonction publique après plusieurs années de pratique.

En 2011, des discussions sont en cours avec l'université et l'INSPC pour une certification de cette formation en médecine générale communautaire. Une maquette a été élaborée comprenant quatre modules théoriques d'une semaine et un module pratique d'un mois suivi d'un mémoire de fin d'étude. À titre indicatif, voici le contenu des modules :

Module 1: La médecine générale communautaire (MGC), concepts et principes généraux.

Concept de la MGC : médecine de famille (MF) + soins de santé primaires (SSP)

Les SSP et leurs huit composantes.

Notion d'anthropologie et d'ethno-médecine : notion de communauté, perception des maladies, recours aux soins de la population (itinéraires thérapeutiques).

Communication (patient ; collectivité ; district sanitaire) et mobilisation sociale (participation communautaire).

Le système de santé malgache (place et rôle du MGC dans le district sanitaire).

Le partenariat public-privé (la convention d'association au service public).

Éthique et déontologie médicale. Le certificat médical.

Module 2: La démarche clinique, la prescription thérapeutique et la prise en charge des maladies chroniques en première ligne.

Rappel des principes fondamentaux de la démarche clinique (exemples). La référence et la contre-référence.

La prescription thérapeutique. Pharmacovigilance. Phytothérapie.

Les maladies chroniques : la transition épidémiologique, les modalités de prise en charge (exemples), le dossier médical individuel.

La formation continue et les échanges de pratique en groupe de pairs (travail en réseau professionnel).

Documentation, publication, télémédecine.

Module 3: Les maladies prioritaires et les grands programmes nationaux ; le risque épidémique et les situations d'urgence.

Les programmes prioritaires dans le PNS

Les composantes de la SR : les urgences gynéco-obstétricales (SOU), la planification familiale

Les urgences médicales et pédiatriques : rappels, conduites à tenir en situation isolée.

Les principales épidémies : protocoles et conduites à tenir en situation isolée.

Module 4: Organisation et gestion du Cabinet Médical Communautaire (CMC) et de son aire de responsabilité.

Caractéristiques d'un CMC et de son équipement. Organisation temporo-spatiale incluant la population de référence. Hygiène-désinfection.

Le paquet d'activités, les indicateurs essentiels, les rapports d'activités et le suivi statistique.

Gestion des médicaments : liste type, commande, stock, réapprovisionnement.

Gestion financière : comptabilité des recettes et des charges. Revenu réel.

Étude de faisabilité : projet personnel d'installation compte tenu de l'état des lieux du site d'implantation et de sa zone d'influence.

Module 5 : Stages pratiques

Stage d'imprégnation dans un service de district de santé.

Stage pratique dans un cabinet de médecine généraliste communautaire (CMC).

Stage pratique dans un centre de référence : maternité et/ou service des urgences.

Le Bénin

L'expérience du Bénin sur cette thématique est toute récente, en partenariat avec l'Université de Parakou (UPar) dont certains des premiers diplômés font le choix d'une installation en milieu rural, accompagnés par Santé Sud⁴.

En mai 2009, un premier atelier de sensibilisation s'est tenu à Parakou durant trois jours auprès de 19 thésards et 2 diplômés de la première promotion de cette jeune Faculté de médecine.

Il s'agissait de leur présenter cette approche communautaire de la médecine générale, le dispositif d'accompagnement pour ceux ou celles qui s'engageraient dans cette voie et d'aborder des domaines nouveaux comme l'approche communautaire, l'étude de faisabilité, le rôle du MGC dans le système de soins, la référence et la contre-référence, les indicateurs essentiels, le travail en réseau de pairs. Et surtout, de répondre à leurs nombreuses questions (encadré).

Paroles de candidats MGC

- Comment pourrai-je concilier la MGC, très intéressante, avec mon désir de faire une spécialité ?
- Avec l'isolement, je risque de devenir un paysan éloigné de ma vie actuelle (loisirs, internet, contacts, etc.).
- De perdre mes connaissances médicales, l'habitude des examens complémentaires, etc.
- Quelle est la liste exhaustive du matériel et des équipements dont je vais disposer ?
- Quelles sont les possibilités de formations continues et de sessions de recyclage ?
- Ce n'est pas facile d'être médecin sans électricité ni eau potable...
- La formation de MGC sera-t-elle diplômante ?
- Le revenu permettra-t-il de vivre correctement ?
- Quelle sera la réaction des villageois vis-à-vis d'une femme seule qui s'installe, sans mari ?
- Les zones isolées sont parfois dépourvues d'écoles, comment faire pour nos enfants ?

Ensemble de questions posées à l'atelier de mai 2009 à Parakou, Bénin.

4. Ce programme a démarré en 2009. Les 6 premiers MGC ont été installés en 2010 et 9 sont en cours d'installation en 2011.

Suite à cette première étape, quelques mois plus tard en décembre 2009, un second atelier sur la formation en médecine générale communautaire réunissait, à Parakou, le Doyen et des enseignants de la Faculté de médecine avec des représentants de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah, du Ministère de la Santé, de Santé Sud et des jeunes médecins. Il s'agissait de réfléchir sur le concept de MGC, sa mise en œuvre dans les autres pays, sa pertinence au Bénin, et d'élaborer un argumentaire que le Doyen pourrait présenter au Conseil de faculté en vue d'introduire la MGC dans le cursus de formation de l'Université de Parakou. Sans vouloir résumer l'ensemble des discussions, retenons quelques éléments qui sont apparus déterminants :

- La MGC joint deux traditions, européenne, clinique et familiale, et africaine, orientée vers les pathologies prioritaires et leur prise en charge collective. Cette pratique conjointe ressort à la fois du privé et du public : les médecins appartiennent au secteur privé mais sont associés au service public via une convention. Ce sont des médecins « privés-communautaires », installés au premier niveau du système de soins, intégrés dans la carte sanitaire.
- Il s'agit d'un nouveau métier au Bénin, il faut donc y réfléchir en termes d'innovation.
- Le Bénin compte 1 médecin pour 7500 habitants mais très mal répartis : 1/32 000 en zones périphériques (Alibori) contre 1/1 000 à Cotonou. Les médecins préfèrent travailler au sud du pays et dans les villes.
- Entre les cursus de formation calqués sur l'Europe et les systèmes de santé qui se sont développés sans lien avec l'Université, il existe un réel hiatus difficile à combler d'autant que le Ministère de la Santé continue à développer, avec les organisations internationales, des programmes que l'Université ne connaît pas ou très peu. Cependant, concernant l'UPar, les enseignants sont souvent sur le terrain et parviennent à faire le lien entre enseignement et besoins des populations (avantage d'une petite Faculté ?).
- L'UPar est consciente des besoins en médecins généralistes en périphérie. Il faut donc combler le vide en offrant une formation immédiate pour les jeunes diplômés qui veulent s'installer dès à présent en zones rurales et préparer une filière spécialisée en médecine générale communautaire (spécialité, master, DES, autre ?..) pour les étudiants en 6^e et 7^e années de médecine.

À l'issue de cet atelier, un groupe de travail placé sous l'autorité du Doyen a été chargé d'élaborer à court terme une formation modulaire avec l'appui de

Santé Sud destinée aux jeunes MGC en cours d'installation, et de piloter à moyen terme la mise en place d'une filière universitaire de formation en MGC en mobilisant des personnes et des institutions ressources, ainsi que les financements nécessaires. Cette orientation pourrait ainsi devenir une spécificité de l'UPar au Bénin. Cette démarche pourrait également s'avérer pertinente pour d'autres facultés de médecine, en particulier dans les petites universités qui naissent dans certains pays pour désenclaver les régions, fixer les emplois et favoriser le développement local.

4. Conclusion

L'arrivée de médecins en première ligne constitue un changement majeur, particulièrement dans les zones rurales où tous les soins de proximité sont dispensés par des aides soignants ou des infirmiers. Cette évolution doit être considérée comme positive en raison de l'impact que l'on peut attendre sur l'ensemble du système de santé. En effet, plusieurs études montrent qu'un système de santé est d'autant plus efficace que sa première ligne est forte. L'enjeu, de ce fait, doit être pensé dans cette perspective globale.

Mais il ne suffit pas d'installer des médecins, peu préparés à assurer des fonctions et des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés. Un accompagnement adéquat s'avère indispensable pour que cette mutation réussisse pleinement. Il doit nécessairement associer les universitaires, les experts concernés et les acteurs de terrain.

Les formations présentées dans ce chapitre se sont élaborées de façon pragmatique pour répondre à l'urgence : préparer des jeunes diplômés désireux d'aller exercer en milieu rural ou en cours d'installation. Ainsi conçues, ce sont des formations professionnelles ciblées sur un métier pour répondre à des besoins précis préalablement identifiés, encadrées par des formateurs alliant une expertise théorique et une expertise professionnelle. D'une part des enseignants ayant une connaissance approfondie des matières étudiées et, d'autre part, des professionnels choisis pour leur expérience. Une complémentarité qui s'est révélée d'une grande richesse en termes d'échanges et d'approche pédagogique. L'assiduité et l'intérêt que ces formations ont suscités prouvent qu'elles répondaient à de fortes attentes.

Ce type de formation, utile pour des candidats à l'installation en première ligne, portera tous ses fruits si elle s'intègre dans une dynamique plus globale avec :

- en amont, une formation en médecine générale communautaire au cours des dernières années du cursus universitaire ;
- en aval, un dispositif d'assurance qualité géré par la profession elle-même, en lien avec l'université, les institutions concernées, les responsables du système de santé.

La voie est ouverte. L'attente des jeunes médecins qui souhaitent exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes – et qui sont prêts pour cela – est immense. Il reste à construire, avec eux, au-delà des susceptibilités légitimes, un avenir qui profitera à tous.

Postface

C'est pour vous, les nouveaux diplômés et les jeunes MGC¹, que ce guide a été écrit. Deux années d'écriture qui ont permis de rassembler pas à pas l'expérience des pionniers qui se sont installés avec courage et, nous l'espérons, d'en dégager l'essentiel.

Nous avons dit les choses comme elles sont, en vrai, évitant la « langue de bois », sans cacher les difficultés ni entretenir des illusions. Nous avons essayé de rester pratiques et concrets en croisant les expériences dans trois pays (chacun ayant ses particularités), retenant ce qui est le plus faisable et le plus concluant. Nous espérons que vous serez nombreux à emprunter ce chemin pour poursuivre cette médicalisation de la première ligne au bénéfice de populations vulnérables qui sont en attente d'une médecine de proximité accessible, efficace et durable.

Durant ces deux années, 46 nouveaux MGC se sont installés. Au total, plus de 200 MGC sont à pied d'œuvre sur le terrain, disponibles auprès d'une population d'environ 2,5 millions d'habitants. Ce n'est pas rien !

Nous l'avons écrit, beaucoup d'efforts et de progrès ont amélioré l'organisation des systèmes de santé et la situation sanitaire des populations. Mais il reste de nombreux défis à relever et des obstacles qui freinent le développement de la santé (Baliq H., 2011)². Parmi ces obstacles l'aide extérieure, de façon paradoxale, est aujourd'hui préoccupante : sa conception dirigiste et technocratique, ainsi que son pouvoir financier, induisent des effets pervers systémiques. Notons, pour ce qui nous concerne :

- la fragmentation des soins, dénoncée par l'OMS, liée à la multiplication des programmes verticaux qui contrarient l'approche globale centrée sur la personne qui est au fondement de l'éthique médicale ;
- le désintérêt pour l'apprentissage des métiers de la santé au profit de savoirs

1. Rappelons que le médecin généraliste communautaire exerce dans un cadre privé-public. N'étant pas fonctionnaire, il vit de ses prestations mais participe au service public dans son aire de responsabilité.

2. Médecin de santé publique, Hubert Baliq est maître de conférences à la Faculté de médecine de Marseille. Coopérant en Afrique depuis 1976, il est actuellement conseiller technique au Ministère de la Santé du Mali.

ponctuels et instables mis en place au gré des stratégies de santé publique, des modes du moment et des opportunités ;

– la pression financière liée à la culture du résultat sur des durées courtes, qui surinvestit l'expertise (bureaux d'étude, consultance...) et la vision managériale en multipliant les procédures contraignantes, les organes de contrôle, d'audit, d'évaluation, etc.³.

L'aide, pourtant nécessaire, finit par exister pour elle-même, une sorte de monde à part déconnecté de la réalité. Imposés de l'extérieur, les objectifs et les réformes restent en général très en deçà des résultats attendus. À quoi sert de multiplier les programmes s'il n'y a pas de capacités locales suffisamment compétentes et responsables ?

Vous l'avez compris, c'est cette responsabilité professionnelle autour des fonctions principales d'un métier qui nous a guidés tout au long de ces pages. À cet égard, l'engagement personnel des premiers MGC fut déterminant : ce sont eux qui ont voulu exercer cette médecine rurale, se sont battus pour faire leurs preuves, exister par eux-mêmes. Ils ont construit leur métier à partir d'une réflexion collective, lentement mûrie au fil du temps. La dynamique n'est pas venue de l'extérieur, même si l'aide et les échanges inter-professionnels furent très utiles.

Il s'agit maintenant de poursuivre cette dynamique des aînés dans une vision multi-pays permettant l'enrichissement réciproque et la solidarité professionnelle, de garder la maîtrise de cette dynamique, avec sa part la plus originale qui associe une pratique de type libéral au service de la personne et une éthique collective au service de la population.

Avril 2011

3. Au fil des années, la multiplication des missions d'experts, des conférences et séminaires de toutes sortes a développé une course aux perdiems qui a pour effet de désinvestir le terrain et de monétariser l'action sanitaire.

Liste des sigles et abréviations

AGR	Activité génératrice de revenu
APE	Association des parents d'élèves
ASACO	Association de santé communautaire
CMC	Centre ou cabinet médical communautaire
COGES	Comité de gestion
CPN	Consultation prénatale
CSB	Centre de santé de base
CSCOM	Centre de santé communautaire
DCI	Dénomination commune internationale des médicaments
FMI	Fonds Monétaire International
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, éducation, communication
INSPC	Institut National de Santé Publique et Communautaire d'Antananarivo (Madagascar))
IRA	Insuffisance respiratoire aiguë
IRSP	Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (Bénin)
JNV	Journées nationales de vaccination
MF	Médecin ou Médecine de famille
MGC	Médecin Généraliste Communautaire ou Médecine Générale Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PED	Pays en développement
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNS	Plan national de santé
RARE	Réseau action recherche sur l'épilepsie au Mali
REM	Réseau sur l'épilepsie à Madagascar
RFP	Réseau fièvres-paludisme
RHYTM	Réseau hypertension du Mali
RMA	Relevé mensuel d'activités
SIS	Système d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR	Santé reproductive
SRO	Soluté de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
TDR	Test de diagnostic rapide
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
VAD	Visite à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie sélectionnée

(dans l'ordre de citation dans le texte)

DESPLATS D., KONE Y., RAZAKARISON C.

Pour une médecine générale communautaire en première ligne.
Médecine Tropicale, 2004, 64 (6) : 539-544.

OMS : rapport sur la santé dans le monde 2008 :

« Les Soins de Santé Primaires, maintenant plus que jamais ».

BALIQUE H.

Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaire du Mali.

In « HOURS B : systèmes et politiques de santé » Karthala éd., Paris, 2001, pp 275-283.

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

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

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

AUDIBERT M, DE ROODENBEKE E.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives.

Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain 2005.

PRUAL A.

La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement : théorie et pratique.

Medecine Tropicale, 2004, 64 (6) : 569-574.

UNICEF / OMS

La pneumonie de l'enfant : un fléau oublié – 2006.

JAFFRE Y, OLIVIER DE SARDAN J.P

Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest.

Karthala éd. Paris, 2003.

DIALLO AB, JAFFRE Y.

La lutte contre la tuberculose vue du « terrain ». Représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée).

Médecine Tropicale, 2004, 64(6) : 619-625

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

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

Médecine Tropicale, 2006, 66 : 437-442. (publication)

FARNARIER G, NIMAGA K, DOUMBO O, DESPLATS D.

Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali.

Revue Neurologique, 2002, 158 (8-9) : 815-818. (publication)

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

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

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

JAFFRE Y, OLIVIER DE SARDAN J.P (sous la direction de)

La construction sociale des maladies

Presses Universitaires de France, 1999.

GOBATO I.

Être médecin au Burkina Fasso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle.

L'Harmattan ed, 1999.

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

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

Human Resources for Health 2008, 6:25 (publication)

BALIQUE H.

Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives.

In « KEROUEDAN D : Santé internationale, les enjeux de santé au Sud »

SciencesPo les Presses, 2011.

Annexes

Annexe 1

Convention de partenariat du médecin généraliste communautaire au Bénin 294

Annexe 2

Modèles et plans de CMC à Madagascar et au Bénin..... 296

Annexe 3

Liste type en médicaments et consommables 299

Annexe 4

Fiches hygiène et désinfection..... 305

Annexe 5

Listes matériel et consommables d'un laboratoire de base 308

Annexe 6

Fiches concernant la prise en charge des maladies épidémiques : choléra, méningite, peste, rougeole 311

Annexe 1

Bénin : convention de partenariat du médecin généraliste communautaire

I. Préambule

Dans le cadre du Programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS) franco-bénois, des médecins généralistes béninois sont appelés à s'installer dans des zones rurales pour assurer auprès des communautés défavorisées une médecine de proximité de qualité. Dans ces conditions ces médecins privés sont partenaires des maires des communes dans lesquelles ils sont installés, sont associés au service public, et sont en lien avec l'université pour des actions de formation et de recherche.

La présente convention de partenariat vient préciser les engagements de chacune des parties impliquées.

II. Engagement des parties concernées

Dans la présente convention :

1. Le docteur médecin généraliste communautaire installé dans le village de, arrondissement de, commune de, s'engage pendant au moins trois (3) ans renouvelables à :

- mettre ses compétences de médecin à la disposition des populations de son aire de responsabilité, et apporter des soins de qualité conformes aux règles de la déontologie médicale;
- appliquer, en tant que médecin privé, des tarifs adaptés aux capacités financières des populations;
- utiliser les médicaments essentiels sous forme générique (sauf cas exceptionnel), et délivrer ces médicaments uniquement sous sa prescription;
- contribuer aux initiatives de la commune en matière de santé, et d'une façon plus générale participer au développement local des communautés;
- s'associer au service public pour les activités de santé publique mises en œuvre par la zone sanitaire dans le cadre de directives du ministère de la santé;
- fournir à la zone sanitaire le rapport mensuel d'activités;
- prévenir le maire de la commune et le coordinateur de la zone sanitaire en cas d'absence dépassant une semaine, et s'efforcer dans ce cas de trouver un remplaçant;
- contribuer aux actions de formation (en particulier de formation continue), et de recherches opérationnelles mises en place par l'université;
- à informer les partenaires de la convention en cas de départ définitif au moins six (6) mois à l'avance, et à prendre les dispositions nécessaires pour assurer sa succession dans de bonnes conditions pour la population.

2. Monsieur représentant la communauté de, maire de la commune de, s'engage à :

- participer au choix du site d'installation du médecin généraliste communautaire afin que ce site corresponde aux besoins de la population;
- faciliter l'accueil et l'installation du médecin, en fonction des capacités propres des communautés et de la commune, en particulier pour l'aménagement, le logement ou l'équipement;
- contribuer, si possible, au fonctionnement du centre médical communautaire (eau, personnel, ...), et à la réalisation d'activités forfaitisées (telles que visites scolaires); associer le médecin à la résolution des problèmes de santé collective au niveau de sa communauté;
- assurer le rôle de médiateur en cas de litige ou de conflit.

3. Le docteur, directeur départemental de la santé du Borgou/Alibori, s'engage à :

- notifier au coordinateur de la zone sanitaire de, l'intégration du docteur, médecin généraliste communautaire installé au village de, dans la carte sanitaire de sa zone sanitaire;
- accepter le caractère particulier et expérimental de cette installation en partenariat privé-public, inscrite dans le cadre du programme PASDS;
- associer le centre médical communautaire de aux activités de santé publique (vaccinations, programmes prioritaires, etc.), et le doter des moyens matériels et consommables (antigènes, vitamine A, etc.) nécessaires;
- doter le centre médical communautaire de des supports d'activités nécessaires à la transmission des données statistiques;
- informer le médecin généraliste communautaire des réunions d'information ou de formation organisées au niveau de la zone sanitaire.

4. L'université de Parakou représentée par, doyen de la Faculté de médecine, s'engage à :

- assurer une formation initiale diplômante en médecine générale communautaire;
- suivre la qualité des prestations des médecins généralistes communautaires, et leur délivrer une formation continue adaptée à la spécificité de leur pratique;
- organiser dans les centres médicaux communautaires des stages pratiques pour les étudiants en médecine, sous la responsabilité d'un maître de stage en la personne du médecin généraliste;
- proposer des thématiques de thèses en médecine en lien avec la médecine communautaire;
- développer des sujets de recherche (recherche-action) à partir de données collectées par les médecins généralistes communautaires.

III. Durée

Cette convention, qui prend effet dès la date de sa signature, est valide pendant toute la durée d'exercice du docteur au centre médical communautaire de, Elle sera automatiquement résiliée au moment de son départ, et devra être renouvelée pour son successeur.

IV. Révision et résiliation

La présente convention peut être améliorée, à condition que les modifications soient acceptées par l'ensemble des parties impliquées, et à l'unanimité.

Une demande de résiliation de la convention peut être demandée par l'une ou l'autre des parties pour des motifs graves. Dans ce cas les raisons évoquées devront être transmises par écrit aux autres parties qui devront se prononcer soit sur la possibilité d'une issue consensuelle, soit sur la nécessité de s'adresser à une juridiction compétente.

Fait en quatre exemplaires, le

Le Maire de la commune de

Le Médecin Généraliste Communautaire

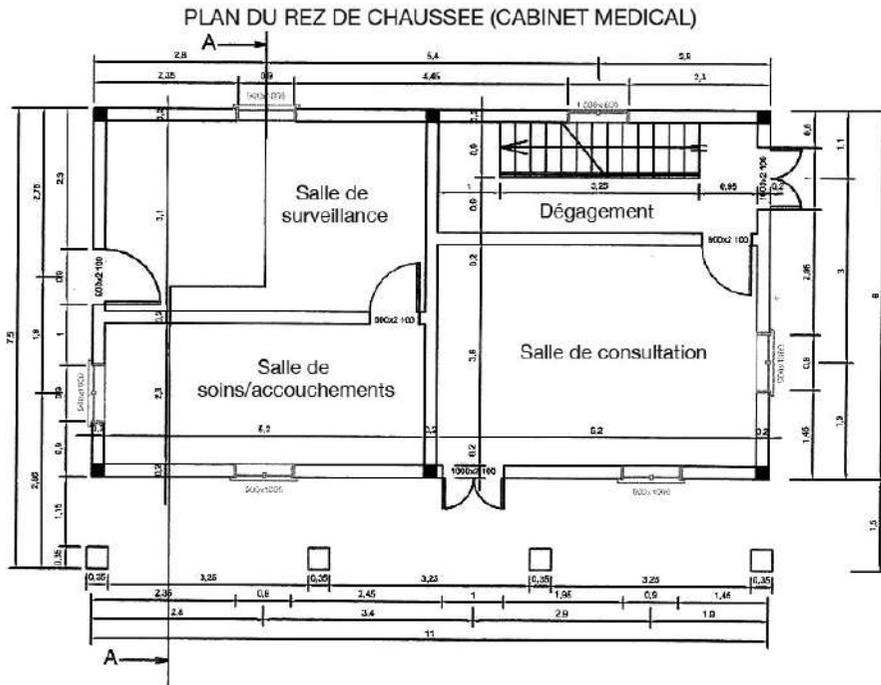
Le Directeur Départemental de
la Santé du Borgou/Alibori

Le Doyen de la Faculté de Médecine de
l'Université de Parakou

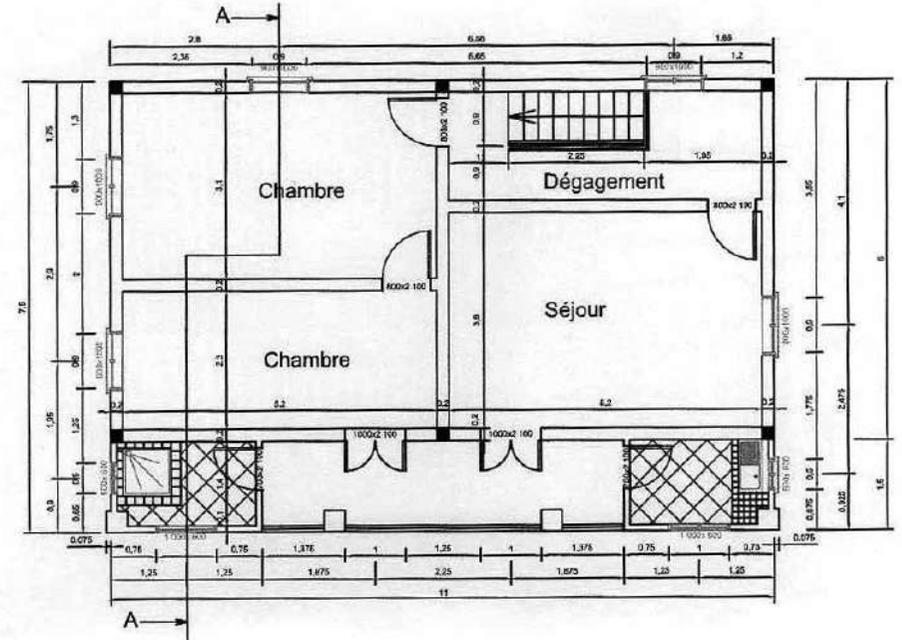
Annexe 2



Plan CMC à Madagascar (cabinet en rez-de-chaussée + logement à l'étage)

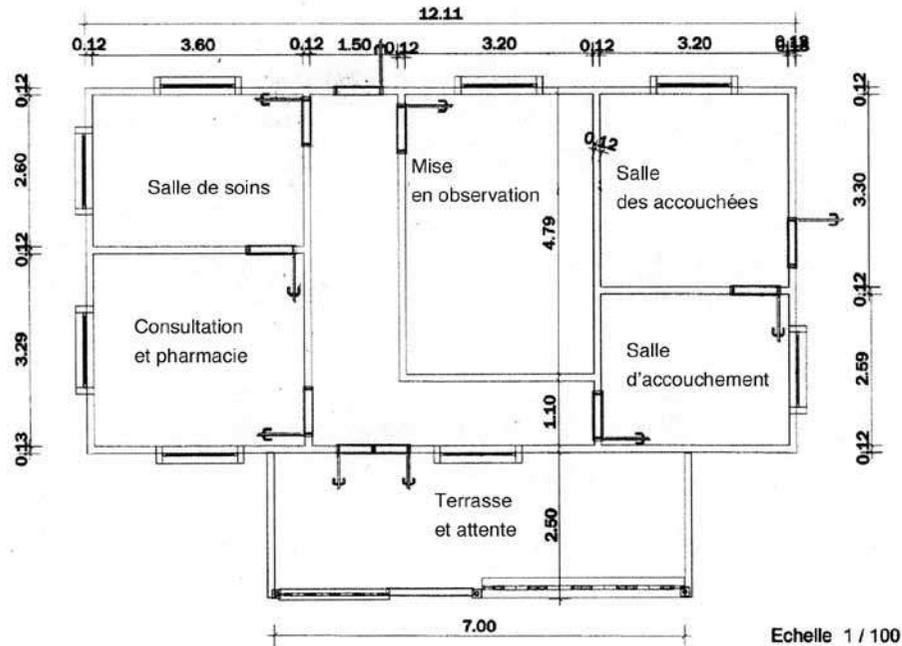


PLAN DE L'ETAGE (Logement)





Plan CMC au Bénin (modèle Tamarou)



Annexe 3

MGC : liste type en médicaments et consommables (DCI, Générique, Spécialité)

I. ANTIPALUDIQUES

Quinine dihydrochloride	QUININE DI-HCL 100 mg/mL amp inj. B/50 QUININE DI-HCL 600 mg/2 mL amp inj. B/50	
Sulfadoxine pyriméthamine	SULFADOXYNE PYRIMETHAMINE 500/25 mg cp B/ 50*3	
Artésunate amodiaquine	CO ARSUCAM 100 mg Ad cp B/6 CO ARSUCAM 100 mg Enf. cp B/3 CO ARSUCAM 25 mg Nn. cp B/3 CO ARSUCAM 50 mg Petit enf. cp B/3	
Quinine sulfate	QUININE SULFATE cp 300 mg B/2*10	

II. ANALGESIQUES ET AINS

Paracétamol	PARACETAMOL 500 mg cp/100*10 PARACETAMOL 100 mg cp/10*10	Efféralgan Doliprane
Ibuprofène	IBUPROFENE cp 200 mg B/10*10 IBUPROFENE cp 200 mg B/10*100 IBUPROFENE cp 400 mg B/10*10	Advil
Acide.acétyl.salicylique	ASPIRINE 500 mg B/10*10	Aspégic
Diclofénac	M-DICLOFENAC 50 mg cp B/10 x 10 m M-DICLOFENAC gel derm T/30 g M-DICLOFENAC 75 mg amp inj B/100	Voltarène
Kétoprofène	PROFENIDE SUPPO 150 mg	Profénid
Paracétamol injectable	PARACETAMOL inj 500 mg et 1 g	Perfalgan

III. CORTICOÏDES

Déxaméthasone	DEXAMETHASONE amp inj 4 mg B/50	Célestène
Hydrocortisone	HYDROCORTISONE amp 100 mg B/100 HYDROCORTISONE ACETATE crème 1 %	
Prednisolone	PREDNISOLONE cp 5 mg B / 100	Solupred

IV. ANTIBACTERIENS et ANTIFONGIQUES

Sulfaméthoxazole-Triméthoprime	COTRIMOXAZOLE 200/40 cp B/ 10*10 COTRIMOXAZOLE 400/80 cp B/ 10*10 COTRIMOXAZOLE 100/20 mg cp B/1 000 M-COTRIMOXAZOLE 240 mg/5 mL susp fl/100 mL	Bactrim
Doxycycline	DOXYCYCLINE cp 100 mg B/10*10	Vibramycine
Tétracycline	TETRACYCLINE 1 % pde opht tbe 5 gr B/50 TETRACYCLINE 3 % pde derm tbe 15 gr B/50	
Erythromycine	M-ERYTHROMYCINE 125 mg sachet B/12 M-ERYTHROMYCINE 250 mg sachet B/12 ERYTHROMYCINE 500 mg cp 10*10	
Phénoxy-méthylpenicilline (péni V)	PENICILLINE V 125/5 mL sol buv 100 mL	
Benzathine benzyl pénicilline	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE 1,2 B/10*1 BENZATHINE BENZYL PENICILLINE 2,4 B/10*1	Extencilline
Ampicilline	AMPICILLINE amp inj 1 g B/50	Totapen
Amoxicilline	AMOXCILLINE 125/5 mL susp orale 60 mL AMOXCILLINE 250/5 mL susp orale 60 mL AMOXCILLINE 250 mg caps B/10*10 AMOXCILLINE 500 mg caps B/10*10 AMOXCILLINE inj 1 g	Clamoxyl
Ciprofloxacine	MI-CIPROFLOXACINE 500 mg cp B/10 CIPROFLOXACINE 500 mg B/10*10	Ciflox
Gentamycine	GENTAMYCINE 80 mg/2 mL B/100 & B/50 GENTAMYCINE collyre	Gentalline
Céfalexine	CEPHADEX cp 500 mg, PPS 125 mg	Céporéxine - Kéforal
Céfadroxil	CEFADROXIL susp 250 mg/5 mL	Accudrox
Cloxacilline	CLOXACILLINE 125/5 mL sol buv 60 mL CLOXACILLINE 500 mg caps 10*10	Orbénine
Ceftriaxone	CEFTRIAZONE 0,5 g fl inj B/10 CEFTRIAZONE 1 g fl inj B/10	Rocéphine
Chloramphénicol (peste)	CHLORAMPHENICOL 1 g fl inj B/10 CHLORAMPHENICOL 250 mg gelu B/10*10 CHLORAMPHENICOL susp 125 mg/5 mL 100 mL CHLORAMPHENICOL collyre 0,5 % fl 10 mL B/10	
Métronidazole	cp 250 mg, 500 mg SUSPENSION 125 mg/5 mL OVULE GYNECOLOGIQUE	Flagyl
Terbinafine	TERBINAFINE crème 1 % TBE 20 gr	Lamisil
Clotrimazole	CLOTRIMAZOLE crème 1 % tbe 20 g Ovule GYNECOLOGIQUE	

V. ANTIPARASITAIRES

Mébandazole	MEBENDAZOLE cp 100 mg B/10*10	Vermox
Albendazole	ALBENDAZOLE 400 mg cp B/500 ALBENDAZOLE 200 mg/5 mL susp 10 mL	Zentel
Benzoate de benzyle	BENZOATE DE BENZYLE 25% fl 1l	Ascabiol
Praziquantel	cp 600 mg	

VI. CARDIOLOGIE

Trinitrine	0,15 mg	Trinitrine simple
Dinitrate d'isosorbide	DINITRATRE D'ISOSORBIDE cp 20 mg	Risordan
Digoxine	DIGOXINE 0,25 mg cp B/10*10	Digoxine
Nifédipine	NIFELAT LP 20 mg cp B/10*10	Adalate
Dihydrochlorothiazide	CP 25 mg (HTA ½ cp par jour)	Esidrex
Alpha méthyl dopa	ALDOMET 250 mg cp B/30 ALDOMET 500 mg cp B/30	Aldomet
Clonidine	CLONIDINE amp inj 0,15 mg/mL	Catapressan
Captopril	CAPTAPRIL 25 mg cp B/30	Lopril
Enalapril	ENALAPRIL 5 mg cp B/30	Rénitec

VII. DIURETIQUES

Furosémide	FUROSEMIDE 40 mg cp B/10*10 FUROSEMIDE amp inj	Lasilix
------------	---	---------

VIII. TRANQUILLISANTS et NEUROLEPTIQUES

Diazépam	DIAZEPAM inj/ cp 10 mg B/10	Valium
Hydroxyzine	ATARAX, ZIN cp 25 mg	Atarax
Chlorpromazine	CHLORPROMAZINE 25 mg cp B/10*10	Largactil

IX. ANTI-EPILEPTIQUES

Phénobarbital	PHENOBARBOTAL 100 mg B/10*10 PHENOBARBITAL 50 mg B/10*10	Gardéнал
Valproate	VALPROATE 250 mg cp VALPROATE 500 mg cp	Dépakine
Carbamazépine	CARBAMAZEPINE 200 mg cp B/10*10 & B/100	Tégrétol

X. GASTRO- INTESTINAL

Aluminium hydroxide	ALUMINIUM HYDROXIDE 500 mg B/10*10	Maalox
Dompéridone	M-DOMPERIDONE susp buv fl/60 mL VOMISTOP (dompéridone) 5 mg/ml fl 30 mL	Motilium
Métoclopramide	METOCLOPRAMIDE 10 mg cp B/ 10*10 METOCLOPRAMIDE 10 mg amp inj B/ 50	Primpéran
Cimétidine	CIMETIDINE 200 mg inj	Tagamet
Ranitidine	RANITIDINE 150 mg cp B/30	Azantac / Raniplex
Oméprazole	OMEPRAZOLE gelu 20 mg B/4*7	Mopral
Atropine	ATROPINE 0,5 mg amp inj B/50 ATROPINE 0,25 mg amp inj B/50	Atropine
Hyoscine butyl bromide	Inj et cp	Buscopan
Phloroglucinol	Inj et cp	Spasfon

XI. OBSTETRIQUE

Oxytocine	OXYTOCINE 5 UI/1 mL amp inj B/ 10	Syntocinon
Méthylergométrine	METHYLERGOMETRINE 0,2 mg amp inj B/10	Méthergin
Misoprostol (gynécologie)	MISOPROSTOL 200 ug cp B/ 4 & B/7*4	Cytotec
Salbutamol	SALBUTAMOL cp 4 mg B/10*10 et amp IM	

XII. ANTIDIABETIQUE

Glibenclamide	GLIBENCLAMIDE 5 mg cp B/10*10 /	Daonil
	MADEGLUCYL sachet	

XIII. ANTI-ASTHMATIQUES

Aminophylline	cp 100 mg	
Salbutamol	SALBUTAMOL cp 4 mg B/10*10 et spray et Inj (Obstétrique)	Ventoline
Béclométasone	Solution pour inhalation	Bécotide spray

XIV. ANTI-ALLERGIQUES

Prométhazine	PROMETHAZINE cp 25 mg B/100	Phénergan, Polaramine
Chlorphéniramine maléate	CHLORPHENIRAMINE 4 mg B/1 000	
Cétirizine	M-CETIRIZINE 10 mg cp B/20	Zyrtec

XV. ANESTHESIQUE LOCAL

Lidocaïne	XYLOCAÏNE 1 % fl 20 mL B/1 XYLOCAÏNE 2 % fl 20 mL B/1 XYLOCAÏNE ADR. 2 % fl 20 mL B/1	
-----------	---	--

XVI VITAMINES ET MINERAUX

Calcium	CALCIUM LACTATE 300 mg cp B/10*10 GLUCONATE DE CALCIUM inj 10 %	
Fer sulfate acide folique	FER SULFATE ACICIDE FOLIQUE cp B/ 10*10	
Multivitamines	MULTIVITAMINE DRG B/10*10	
Pyridoxine (vitB6)	PYRIDOXINE 50 mg cp B/10*10	
Complexe B	VITAMINE B complexe cp 100 mL VITAMINE B complexe inj	
Acide ascorbique (Vit C)	VITAMINE C 500 mg amp inj B/50 VITAMINE C 250 mg cp B/10*10 & B/1 000	

XVII. ANTISEPTIQUES

Alcool 90°	ALCOOL 90°	
Alcool 70°	ALCOOL 70°	
Alcool iodé	ALCOOL IODE FI/1000 mL	
Cétrimide	CETRIMIDE	Cétavlon
Polyvidone iodée	BETADINE (gynéco/dermique/mousseux)	Bétadine
Dakin	DAKIN	
Violet de gentiane	VIOLET DE GENTIANE	
Eau oxygénée	EAU OXYGENEE	
Eugénol	EUGENOL	
Javel		
Permanganate de potassium		
Bicarbonate de sodium		

XVIII. DIVERS

Compresses	
Coton	
Catgut	
Crin avec aiguilles serties	
Perfuseurs	
Gant latex	
Aiguilles	
Seringues	
Micro perfuseurs	
Bande de gaze	
Sparadrap	
Sondes urinaires	

XIX. LIQUIDES

Ringer lactate	RINGER LACTATE fl 500 mL
Sérum salé 0,9 %	SERUM SALE fl 500 mL & fl 1 1000 mL
Sérum glucosé isotonique 5 %	SERUM GLUCOSE ISOTONIQUE fl 500 mL & fl 1000 mL SERUM GLUCOSE ISOTONIQUE fl 250 mL
Sérum glucosé hypertonique	SERUM GLUCOSE HYPERTONIQUE 10 % fl 500 mL SERUM GLUCOSE HYPERTONIQUE 15 % fl 500 mL

XX. LABORATOIRE

Bandelettes urinaires	Albumine, sucre, acétone
Test de grossesse	
TDR Paludisme	
Tests HIV	
Glucomètre	

Annexe 4

	DIFFERENTS TYPES DE LAVAGE DES MAINS	LAVAGE ANTISEPTIQUE	LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS
Q U À N D	<p>LAVAGE SIMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant tout geste nécessitant un contact avec un patient. - Après tout geste avant mis les mains en contact avec un patient ou du matériel souillé. 	<p>LAVAGE ANTISEPTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant un soin aseptique : pose KT veineux, soin de drain ou KT - Après un soin à un malade infecté, un soin très contaminant - Régulièrement: en cas de recrudescence des infections nosocomiales. - Dans les unités de soins à haut risque infectieux. 	<p>LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant tout geste nécessitant une asepsie rigoureuse - Intervention chirurgicale - Pose KT central
C O M M E N T	<ul style="list-style-type: none"> - Avant-bras NUS - Mouiller mains et poignets - Dose de savon dans la paume - Faire mousser pendant 1 min. - Rincer abondamment - Sécher très soigneusement 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant-bras NUS - Mouiller mains et poignets - 1 dose d'antiseptique dans la paume - Faire mousser pendant 1 min. - Rincer abondamment - Sécher très soigneusement <p>Durera 2 à 3 min au total car il comprend également le brossage des ongles qui doit être minutieux</p>	<p>1^{er} lavage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mouiller mains et avant-bras - Mettre 1 dose d'antiseptique dans la paume - Faire mousser et froter durant 2 min → Rincer abondamment <p>2^e lavage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reprendre 1 dose d'antiseptique - Faire mousser et froter durant 3 min - Rincer abondamment - Sécher soigneusement
I M P E R A T I F S	<ul style="list-style-type: none"> - Les ongles courts et sans vernis ainsi que l'absence de bijoux → garantissant la qualité du lavage hygiénique des mains - Si excès de produit ou mauvais rinçage ou mauvais séchage : irritation et dessèchement de la peau - Ne pas se recontaminer en touchant une surface souillée (robinet, poubelle...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem - Idem - Idem 	<p>Un excès de produit, un mauvais rinçage ou un mauvais séchage sont les 3 facteurs favorisant l'irritation et le dessèchement de la peau.</p>

DESINFECTION DES SOLS ET SURFACES PROTOCOLE À L'EAU DE JAVEL

- 1. Nettoyage préalable obligatoire :** balayage humide, lavage manuel selon l'usage habituel
- 2. Préparation d'une solution de javel à 0,55 % soit 1,8°**
Dans un bidon de 5 litres, 150 mL d'eau de javel à 2,6 % (9°), compléter avec de l'eau, agiter, flacon opaque, fermé, étiqueté, à utiliser dans les 24 heures
→ *Ne pas mélanger différents produits détergents ou désinfectants*
- 3. Laisser en contact 5 minutes**
- 4. Rinçage à l'eau claire**

AOI – Santé Sud

PREDESINFECTION – NETTOYAGE DE L'INSTRUMENTATION

- 1. Respect du temps de trempage : 15 minutes**
 - immersion totale des instruments préalablement démontés si besoin
 - renouveler le bain de prédésinfection régulièrement
 - nettoyage et désinfection des bacs de trempage
- 2. Nettoyage manuel – Brossage**
 - Dans la solution de prédésinfection
 - Port de gants de ménage
 - Matériel lavé sur les surfaces lisses, brossé dans les anfractuosités avec une brosse adaptée
- 3. Rinçage abondant à l'eau claire**
- 4. En fin de séance, les bacs sont vidés, nettoyés, rincés puis désinfectés**

AOI – Santé Sud

TRAITEMENT DE L'INSTRUMENTATION : DESINFECTION À LA VAPEUR D'EAU

- **Ne désinfecter à la cocotte-minute que l'instrumentation pré-désinfectée et nettoyée**
- Verser dans le fond de la cocotte-minute la quantité d'eau nécessaire (l'eau doit arriver légèrement en dessous du panier)
- Disposer les instruments sur le support, fermer le couvercle et démarrer la chauffe
- **Quand la soupape crache la vapeur en continu, enclencher la minuterie et décompter 15 minutes**
- Après 15 minutes, couper la source de chaleur, ouvrir la soupape : quand la pression est retombée, ouvrir le couvercle
- Garder le couvercle entrouvert pour sécher au maximum les instruments
- Finir le séchage si nécessaire avec du papier absorbant
- Ranger dans les boîtes avec la pince de transfert

AOI – Santé Sud

Annexe 5

Exemple de matériel de laboratoire	Quantité
Centrifugeuse à main 4 x 15 mL	1
Microscope binoculaire CH20	1
Lampe halogène 6V 20W pour CH20	5
Hémoglobinomètre de Sahli	1
Manche pasteur 200mm sans fil	3
Fil nickel chrome simple L 60 mm	5
Lampe à alcool verre 100 mL	1
Flacon PE 500 ml capuchon à vis	5
Pipette de gower Sahli	3
Tube pour hémoglobinomètre Sahli	3
Entonnoir diam 100 mm-250 mL	2
Eprouvette graduée 50 mL	2
Eprouvette graduée 100 mL	2
Eprouvette graduée 500 mL	1
Flacon à pvt non stérile 60 mL	30
Agitateur de verre D5/6 L 250 mm	8
Becher à bec 100 ml	2
Glucomètre Accu chek active (lecteur seul)	1
Pince à Snip test	1
Pince en bois pour tubes à essais	1
Pissette polyéthylène 250 mL	5
Propipette modèle universel	1
Spéculum vaginal cusco inox 30 mm	2
Cuve et portoir à coloration	1
Support 5 x 12 tubes diam 16 mm	2
Verre à expérience 250 mL	2
Flacon compte gouttes PE 100 mL	2
Boîte rangement 50 lames	1
Pipette 2 ml précision 0,01 mL	5
Pipette 5 ml précision 0,1 mL	5
Pipette 10 ml précision 0,1 mL	5
Pince à disséquer S/Griffe 14,5	2
Minuteur mécanique 60 min	1

Exemple de consommables et réactifs pour 6 mois	
Taille-crayons	1
Règle plate 30 cm plastique	1
Classeur à levier grand format épaisseur 7 cm en carton	2
Paire de ciseaux métalliques	1
Bacs en plastique	3
Tampon PH 7,2 comprimés (boîte de 100)	1
Ecouvillons stériles tige bois (boîte de 100)	1
Ecouvillons stériles pour prélèvements uréthraux homme (boîte de 100)	1
Bandelette urinaire uristix glucose-protéine (boîte de 50)	4
Huile à immersion (250 mL)	1
Lames pour étalement de frottis (boîte de 10)	10
Lamelle couvre objet 22 x 22 mm (boîte de 200)	5
Lancettes uu pour prise de sang (boîte de 200)	3
Tube 13 x 75 mm stérile + bouchon (boîte de 2000)	1
Tubes coniques bouchés pour centrifugation (centrifugation des urines)	50
Vernis à ongle (test d'Emmel)	1
Lancette stériles/softclic ac (boîte de 200)	1
Bandelette Accu chek active (boîte de 50)	2
Active Accu chek control	1
UCG UR/Serum OREA Bandelette (25 tests)	4
Papier PH 5 à 9 rouleaux de 5 m	2
Gant examen latex N/ST TM UU (boîte de 100)	2
Filtre plisse diam 150 mm à plat (boîte de 100)	1
Parafilm 5 cm x 75 m	1
Crayons gras pour écriture sur verre	1
Prévoir 6 bouteilles d'1 L propres en verre avec bouchon	
Giemsa 500 mL	3
Lugol 500 mL	1
Acide chlorhydrique à 37 % - 100 mL (si Hb par technique de Sahli)	1
Bleu de méthylène 250 mL (gonocoques et cytologie)	1
Bâton de colle 40 g	1
Rouleau de scotch	1
Boîte de punaises	1
Gomme	2
Crayons à papier HB (boîte de 12)	1

Gants ménage	3
Pochettes transparentes en plastique perforées (boîte de 100)	1
Javel doses (156 pastilles)	1
Bougies (chauffe-plat)	10
Grosse boîte d'allumettes	2
Cahiers 200 pages reliés petit format (assortis)	6
Feuilles blanches perforées	100
Poudre à récurer 2 fl	2
Sopalin 5 rouleaux	2
Serpillères	4
Poubelle	1
Papier hygiénique pour nettoyage 6 rouleaux	1
Eponges à récurer	4
Eponges simples	4
Chiffons	
Savons	4
Brosse	1

Annexe 6

Choléra

Pour diminuer la létalité, la prise en charge consiste à traiter la déshydratation sévère rapidement :

1. Commencer à donner les fluides intraveineux immédiatement. Si le patient est un enfant et peut boire, donner la SRO en attendant que la voie veineuse soit prête.

Donner 100 mL par kg de solution de Ringer lactate, divisé comme indiqué ci-dessous :

Pour les patients âgés d'au moins 1 an, donner 100 mL par kg IV en 3 heures
 – 30 mL par kg aussi rapidement que possible en 30 minutes ;
 – puis, donner 70 mL par kg pendant les 2 heures et demi suivantes.

Pour les patients âgés de moins de 1 an, donner 100 mL par kg IV en 6 heures :
 – donner 30 mL par kg dans la première heure (répéter une fois si le pouls radial est toujours très faible ou est non détectable après que la première dose de 30 mL par kg ait été donnée) ;
 – puis, donner 70 mL par kg pendant les 5 heures suivantes.

- Réévaluer le patient après les premiers 30 mL par kg et par la suite chaque 1 ou 2 heures. Si la déshydratation ne s'améliore pas, accélérer la voie intraveineuse.
- Donner aussi de la SRO (à peu près 5 mL par kg par heure) dès que le patient peut boire, après 3 à 4 heures pour les bébés de moins de 1 an et après 1 à 2 heures pour les enfants de plus d'1 an.
- Réévaluer le patient après 6 heures (pour les bébés) ou 3 heures (pour les enfants de plus d'1 an). Évaluer la déshydratation puis choisir le plan approprié (Plan A, Plan B, Plan C) pour continuer le traitement.
- Donner l'antibiotique recommandé pour traiter les cas de déshydratations sévères (voir tableau page suivante).
- Donner au patient des informations sur le traitement à domicile avant qu'il ne parte de l'hôpital :
 – En cas de vomissement lors de la prise de la SRO, attendre 10 minutes. Puis redonner la SRO au patient pour finir la dose, mais plus doucement cette fois.

- Continuer la nourriture au sein des nourrissons et des jeunes enfants.
- Revenir pour un traitement dès l'apparition de:
 - nombre croissant de selles liquides;
 - boit et mange mal;
 - soif marquée;
 - vomissements répétés;
 - fièvre;
 - sang dans les selles.

Antibiotiques recommandés pour traiter les patients cholériques sévèrement déshydratés.

Antibiotique	Enfants	Adultes
Doxycycline Dose unique	-	300 mg ¹
Tétracycline 4 fois par jour pdt 3 jours	12,5 mg/kg	500 mg
Sulfaméthoxazole- Triméthoprime (SMX-TMP) 2 fois par jour pdt 3 jours	25/5 mg/kg ²	800/100 mg/kg
Furazolidine 4 fois par jour pdt 3 jours	1,25 mg/kg	100 mg ³
Erythromycine ⁴ adultes : 4 fois par jour pdt 3 jours enfants : 3 fois par jour pdt 3 jours	10 mg/kg	250 mg

1. Doxycycline est le choix de l'OMS comme antibiotique pour adultes (exceptées les femmes enceintes) parce qu'il ne faut qu'une seule dose.
2. SMX- TMP est le choix de l'OMS comme antibiotique pour enfants. Les tétracyclines sont aussi efficaces, mais dans quelques pays, ils ne sont pas disponibles pour traitements pédiatriques.
3. Furazolidine est le choix de l'OMS comme antibiotique pour les femmes enceintes.
4. Erythromycine ou chloramphénicol peuvent être utilisés quand les autres antibiotiques recommandés ne sont pas disponibles, ou si *V. cholerae* présente des résistances à certains antibactériens.

Antibiotiques recommandés pour traiter les cas de diarrhée sanglante causée par *Shigella dysenteriae* type 1.

	ACIDE NALIDIXIQUE Donner 4 fois par jour pendant 5 jours	CIPROFLOXACINE Donner 2 fois par jour pendant 5 jours	COTRIMOXAZOLE (sulphaméthoxazole-triméthoprime) Donner 2 fois par jour pendant 5 jours		
	COMPRIME 250 mg	COMPRIME 250 mg	COMPRIME ADULTE 400/ 80 mg	COMPRIME PEDIATRIQUE 100/20 mg	SIROP 200/40 mg pour 5 mL
Dose Enfant					
3-5 kg	¼	¼	¼	2	5 mL
6-9 kg	½	½	½	2	5 mL
10-14 kg	1	1	1	3	7,5 mL
15-19 kg	1	1	1	3	7,5 mL
20-29 kg	2	2	1	6	15 mL
Dose Adulte	Comprimé 250 mg	Comprimé 250 mg	Comprimé 800/160 mg		

Méningite

La prise en charge a pour objectif de diminuer la létalité et les séquelles en réduisant le délai entre le début de la maladie et la mise en route du traitement. La stratégie est donc de décentraliser les soins au maximum.

Contrairement à la rougeole, le portage asymptomatique est très fréquent en situation épidémique et l'isolement des cas, sans effet sur la transmission, n'est pas justifié.

En situation d'épidémie à méningocoque, le traitement antibiotique à dose unique permet de traiter rapidement un grand nombre de malades âgés d'au moins 2 ans :

On utilise le chloramphénicol huileux ou la ceftriaxone en injection intramusculaire profonde en 2 sites différents.

Attention : la ceftriaxone ne doit pas être utilisée en dose unique si on n'a pas la certitude que le méningocoque est en cause, car les méningites bactériennes à *S. pneumoniae* ou *H. influenzae* nécessitent un traitement de 7 à 10 jours.

Pour les enfants de 2 à 23 mois, la ceftriaxone IM à raison de 100 mg/j pendant 7 jours est le traitement de choix

Pour les nourrissons de moins de 2 mois, en raison de la fréquence des méningites à *Listeria*, il est recommandé de référer l'enfant après une dose d'ampicilline + gentamicine.

La chimioprophylaxie des contacts par les sulfamides, longtemps utilisée, est abandonnée en raison des très nombreuses souches de *N. meningitidis résistantes*. L'utilisation de la rifampicine en prophylaxie de masse présente un risque d'émergence de mycobactéries résistantes, compromettant le traitement de la tuberculose et de la lèpre dans la région.

La chimioprophylaxie n'est pas recommandée.

Posologie du chloramphénicol huileux en dose unique (100 mg/kg sans dépasser 3 g) Traitement de la méningite à méningocoque à partir de 2 ans

Age	2-5 ans	6-9 ans	10-14 ans	≥ 15 ans
Dose	1,5 g	2 g	2,5 g	3 g
Volume	6 mL	8 mL	10 mL	12 mL

Posologie de la ceftriaxone en dose unique (100 mg/kg sans dépasser 4 g) Traitement de la méningite à méningocoque à partir de 2 ans :

Age	2-5 ans	6-9 ans	10-14 ans	≥ 15 ans
Dose	1,5 g	2,5 g	3 g	4 g
Volume	6 mL	10 mL	12 mL	16 mL

Peste

La prise en charge du risque épidémique comprend le contrôle des décès suspects (prélèvements post mortem), le dépistage précoce des cas suspects et les mesures préventives.

1/ Tout mort suspect (décès rapide d'un sujet jeune ayant présenté les symptômes d'une affection pulmonaire grave ou bubonique) doit être examiné à la recherche de bubons aux aines, aux aisselles, au niveau du cou. Le prélèvement post mortem est une mesure d'urgence, à faire en présence de la famille ou d'un membre du *fokonolona*. L'inhumation doit être rapide (avant les résultats de laboratoire) si possible dans le lieu du décès, en limitant au maximum les manipulations, dans un cercueil à paroi métallique interne étanche, scellé, le corps posé sur de la sciure de bois imbibée d'une solution de chlorure de chaux.

2/ La prise en charge précoce des cas nécessite la participation communautaire et comporte successivement :

- le dépistage des malades : « diagnostic de présomption » sur des symptômes suspects : formes buboniques (ganglions hypertrophiés), pulmonaires (toux, crachats sanglants), septicémiques (altération générale brutale), atypiques (prostration ou excitation, t° élevée avec diarrhée) ;
- la déclaration obligatoire à l'autorité la plus proche (médecin chef du SSD) ; le prélèvement bubonique, ou de crachats, ou de sérum : le diagnostic de certitude se fait à partir des frottis et du prélèvement conservé en gélose de Cary Blair transmis au laboratoire central de la peste à l'Institut Pasteur à Madagascar ;
- le traitement de tous les cas suspects immédiatement après le prélèvement, sans attendre la confirmation du laboratoire central (90 % de guérison si le traitement est institué à temps) :
 - peste pulmonaire : streptomycine pendant huit jours ;
 - peste bubonique : streptomycine + sulfamides (cotrimoxazole). Le chloramphénicol ou la tétracycline sont également efficaces. + surveiller la t° : si elle ne chute pas ou remonte au 5^e jour, changer d'antibiotique (passer de la strepto à la tétracycline ou au chloramphénicol) ;
- la chimioprophylaxie pour les sujets contacts (tout sujet vivant au foyer du malade) : sulfamides (sulfadoxine ou cotrimoxazole) ou tétracycline.

– Cas particuliers :

- personnels de santé : surveiller la température 2 fois par jour et traiter systématiquement si fièvre (streptomycine) ;
- écoles ayant eu un cas : pas de fermeture, désinsectisation générale, surveillance avec les instituteurs (t°, bubons), chimioprophylaxie des sujets contacts.

3/ Les mesures préventives :

- traiter tous les malades sur place pour éviter les déplacements ;
- organiser une équipe locale de lutte en lien étroit avec le district sanitaire (SSD), disposant de kits de prélèvement, de stocks de médicaments, de désinfectants et de produits de désinsectisation ;
- mobiliser les acteurs locaux et la population (IEC) ;
- hygiène et assainissement, exclusion des rats, lutte contre les puces.

Important : le MGC, surtout en zone à risque, doit s'enquérir auprès du médecin-chef de son SSD des procédures et protocoles de lutte contre la peste et disposer du kit d'intervention (prélèvements, médicaments).

Rougeole

La prise en charge a pour double objectif de prévenir les complications et réduire la létalité, et de diminuer la transmission en phase éruptive.

L'isolement des cas est justifié pour les rougeoleux car il n'existe pas de portage asymptomatique. Or, le virus étant très contagieux, cette mesure permet de réduire la transmission dans l'entourage des cas.

Il est conseillé d'organiser dans votre centre de santé un système de tri sélectif qui orientera tous les patients suspects de rougeole vers un circuit à part, pour éviter que votre salle d'attente soit un amplificateur de l'épidémie !

S'il est possible de l'organiser, le dépistage actif des cas dans la communauté a pour avantage de prendre en charge précocement les malades, de vacciner l'entourage et de limiter la transmission. Il vous faudra alors former rapidement une équipe d'agents de santé (rappel de la définition du cas, pratique de la vaccination, conseils à donner dans les familles) qui se rendra dans les foyers pour identifier les cas et les référer au centre de santé, vacciner tous les enfants jusqu'à au moins 5 ans dans l'entourage familial des cas, délivrer des

informations sur l'importance de la vaccination, les premiers signes et la gravité de la rougeole, etc.

Les points clés du traitement reposent sur :

- la prévention des complications oculaires : tétracycline pommade ophtalmique à 1 %, 2 applications par jour pendant 5 jours ;
- la prévention de la carence en vitamine A : prise à J1, J2 et J3 de 200 000 UI/ prise après 1 an (100 000 avant 1 an) ;
- la prévention de la stomatite : solution de violet de Gentiane, 2 applications par jour pendant 5 jours ;
- la prévention de la déshydratation : 1 à 2 sachets SRO par jour (selon schémas classiques de l'OMS) ;
- le traitement de la fièvre par paracétamol ou acide acétylsalicylique ;
- un apport protéino-énergétique suffisant (poursuivre allaitement maternel) ;
- le traitement antibiotique si surinfections respiratoires (ou systématique si enfant malnutri) pendant au moins 5 jours : cotrimoxazole 60 mg/kg/j en 2 prises ou ampicilline 100 mg/kg/j en 3 prises.

Les auteurs

Dominique Desplats, médecin généraliste, cofondateur et ancien président de l'ONG Santé Sud, chargé des programmes de médicalisation des zones rurales en Afrique et à Madagascar.

Clément Razakarison, médecin de campagne sur les Hauts Plateaux malgaches, puis coordinateur depuis 2002 du programme d'installation de médecins généralistes communautaires à Madagascar.

Remerciements

Ce travail s'est nourri de l'expérience et des contributions de toutes celles et ceux qui ont participé au développement de la médecine générale communautaire en Afrique et à Madagascar. En particulier :

Les initiateurs de la Faculté de médecine de Bamako (Mali) : Pr Aliou Bâ et Dr Hubert Balique, Pr Philippe Ranque, Sambou Soumaré, Ogobara Doumbo, Dr Georges Soula.

Les coordinateurs de terrain : Dr Isabelle Annaheim-Jamet, Abdoulaye Djimbé, Oumar Ouatarra, Alima Dienta, Yacouba Koné, Seydou Coulibaly, Cheik Mansour Sy au Mali ; Dr Rotsy Rakotoarimanana à Madagascar ; Dr Ismaïl Yacoubou au Bénin.

Les enseignants-formateurs qui ont conçu et participé à la mise en place de formations initiales et continues en médecine générale communautaire :

- Le Pr Jacques Tassy et les Dr Guy Farnarier, Pierre Genton, Dominique Blanc, Bernard Plailly, Alain Libert, Patrick Brunet, Paul Benos, Jean Louis Goriaux, Yves Grandbesançon, Roland Caplain de Santé Sud. Les Dr Christophe Herran et Alexis Thiriez de l'AOI ;
- Monique Van Doermel et le Dr Sylvie Dugas de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers ;
- Les Pr Abdoul Kader Traoré, Sidi Yaya Simaga et les Dr Bouraïma Maïga, Mahamadou Thiero au Mali ;
- Les Pr Justin Ranjalay, Dieudonné Randrianarimanana, de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo ainsi que les

Pr Adeline Raharivelo et Serge Gottot, les Dr Etienne Feno, Rivo Rakotoarivelo et Clairaut Rakotoson ;

- Le Doyen Francis Tognon, le Pr Prosper Ghandao et les enseignants de la Faculté de médecine de Parakou, au Bénin, ainsi que les Dr Edouard Guévert et Victor Dossou.

Les maîtres de stage du Mali, membres de l'Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC) : Kardigué Camara, Moussa Mariko, Sekou Coulibaly, Mamadou N'Dao, Karamako Nimaga, Seydou Konaté, Hamidou Coulibaly.

Les référents MGC, membres de l'Association des Médecins de Campagne de Madagascar (AMC-MAD) et de l'association des médecins de brousse de Tuléar (Tealongo) : Dr Edith Narivolona, Niry Ramaromandray, Elnida Rahelinarivo, Mamy Rakotoninaly, Jocelyn Rakotozanany, Jean Marie Raotozafindramarofotsy.

Les auteurs remercient particulièrement le Dr Roland Caplain pour sa relecture attentive, Maud Desplats pour son patient travail sur le manuscrit et Jeanne Lamarque pour sa correction finale.

Que soit remerciée également l'association suisse Frères de nos Frères pour son soutien indéfectible.

Formation en groupe de pairs à Madagascar.



Imprimé par xxxxxxxx
Dépôt légal : juillet 2011
N° d'édition : xxxx
ISBN 978-2-7466-3645-3