

Hubert Balique, Roland Caplain, Michel Marquis, Dominique Blanc, Patrick Dance

Groupe de travail SANTE SUD

«L'intégration de la médecine générale communautaire dans les politiques publiques»

JUIN 2020

Préambule

La direction de Santé Sud a proposé la création d'un dispositif « Santé Sud Lab » mettant en place des groupes de travail, constitués d'experts métier reconnus par Santé Sud pour leur compétence sur une thématique spécifique. Le but recherché est de capitaliser et d'évaluer l'expertise de Santé Sud, de renforcer une démarche qualité des programmes.

Dans ce cadre, un groupe de travail, intitulé « Intégration de la médecine générale communautaire dans les politiques publiques » a été créé. Son objectif est notamment d'appuyer l'équipe programme dans la mise en œuvre de la convention programme sur la médicalisation des zones rurales au Bénin, en Guinée et au Mali.

Il est attendu des documents de référence et des recommandations d'ordre stratégique, adaptables aux différents pays où intervient Santé Sud.

Ce premier document – « Place de la médicalisation des centres de santé en zone rurale dans le renforcement des systèmes de santé » – est le fruit d'un travail partagé avec les experts du Sud¹. Il décrit la vision des experts métier du Nord et du Sud sur le thème de la médicalisation des zones rurales à partir des expériences antérieures et des réalités du terrain.

Après un état des lieux de la médecine générale communautaire soutenue par Santé Sud, il est proposé un questionnement sur l'évolution de ce concept, sa place dans la médicalisation des zones rurales et le système de santé, et l'intégration de ce cadre d'exercice dans les politiques publiques des différents pays. Il s'agit d'accompagner les acteurs du Sud dans l'institutionnalisation de ce processus afin de le pérenniser.

A partir de ce document général de positionnement, il appartient aux décideurs et acteurs de ces pays de définir leurs propres orientations et d'adapter les diverses propositions ou hypothèses à leur contexte local.

D'autres textes viendront compléter ce document stratégique :

- un référentiel métier des médecins généralistes de la première ligne de soins ;
- un curriculum de formation spécifique des médecins généralistes de la première ligne de soins ;
- un référentiel pour la fonction de "réfèrent maître de stage" (RMS) ;
- une stratégie et des outils de mise en œuvre de la certification des centres de santé ruraux.

¹ Document réalisé avec le concours des experts du Sud :

- Dr Mansour Sy (Santé Sud Mali),
- Dr Karamoko Nimaga (ASP-PSM : Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali),
- Dr Nirry Ramaromandray (Santé Sud Madagascar)
- Dr Abdoulaye Sow (FMG : Fraternité Médicale Guinée).

SOMMAIRE DETAILLE

Avant-propos.....	4
1 Médicalisation des zones rurales: historique et état des lieux.....	5
1.1 Une médicalisation des soins de premier niveau devenue effective.....	5
1.2 Le concept "MGC", socle commun quel que soit le pays.....	7
1.3 Un pré-requis : la formation spécifique à la médecine générale communautaire.....	8
1.4 Une variété de l'institutionnalisation de la MGC.....	9
2 Apports de la médicalisation des centres de santé en zones rurales.....	10
2.1 Le renforcement de l'offre de soins de premier niveau.....	10
2.2 La pleine responsabilisation des structures de santé périphériques.....	12
2.3 L'exercice d'une gouvernance appropriée.....	13
3 Institutionnaliser la médicalisation des zones rurales, comment progresser ?.....	13
3.1 Quel type d'installation : équipe soignante, équipement, rémunération ?.....	13
3.2 Quel mode de pérennisation et de fidélisation ?.....	16
3.3 Quel type de formation spécifique ?.....	16
3.4 Quelle place de la structure médicalisée dans le système de santé ?.....	18
3.5 Quel mode de gestion financière ?.....	23
3.6 Quel dispositif de participation communautaire ?.....	25
4 Recommandations.....	26
5 Conclusion.....	27
Annexe.....	28

Sigles et abréviations

AIMS : Centre d'études et d'appui technique aux institutions de micro-assurance santé

AMC : Association des médecins de campagne

AMC-MAD : Association des médecins généralistes communautaires de Madagascar

AMGCB : Association des médecins généralistes communautaires du Bénin

ASACO : Association de santé communautaire

COMEC-GUI : Collège des Médecins Généralistes Communautaires de Guinée

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSU : Couverture santé universelle

DU : Diplôme universitaire

EPP : Echange de pratique en groupe de pairs

FBR : Financement basé sur les résultats

GAVI : Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation

MGC : Médecine générale communautaire ou médecin généraliste communautaire

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OSC : Organisation de la société civile

PPP : Partenariat public/privé

PRODESS : Programme de développement sanitaire et social

PTF : Partenaire technique et financier

RMA : Rapport mensuel d'activités

RMS : Référent maître de stage

SFI : Société financière internationale

Pour éviter des confusions, certains termes méritent d'être précisés.

Ainsi, il est entendu par médicalisation des zones rurales l'installation de médecins généralistes en première ligne ou, mieux encore, l'installation d'une équipe de santé pluriprofessionnelle dirigée par un médecin généraliste.

La médecine générale communautaire s'appuie sur un médecin généraliste clinicien, formé à la pratique de la santé communautaire, à savoir la santé publique appliquée au niveau local avec la participation des communautés (notion d'empowerment : une collectivité active vis-à-vis de sa propre santé).

La médicalisation des zones rurales vise à :

- renforcer le premier recours en rapprochant une offre de soins de qualité (curatifs, préventifs, promotionnels) auprès des populations rurales ;
- accroître la couverture sanitaire en complémentarité du secteur public qui ne peut pas répondre à lui seul à tous les besoins en santé ;
- offrir un débouché professionnel aux jeunes médecins, issus des Facultés de médecine africaines, autre que la spécialisation ou la fonction publique.

Ce processus repose sur le concept du médecin généraliste communautaire (MGC), conçu et porté par Santé Sud depuis une trentaine d'années, reposant sur une stratégie combinée et équilibrée, associant la médecine générale et la santé communautaire.

Selon WONCA Europe (World family doctors. Caring for people), la médecine générale ou médecine de famille est une pratique clinique orientée vers les soins primaires. Les écoles canadiennes ont une approche différente et ce même terme de médecine de famille fait plus référence à de la médecine interne, une pratique entre la médecine générale et la médecine spécialisée d'organe.

Si dans des pays, tels que le Bénin et la Guinée, une extension du réseau MGC est nécessaire pour atteindre un chiffre seuil et s'étendre à une plus grande partie du pays, il est nécessaire, dès aujourd'hui, de favoriser l'institutionnalisation de la médicalisation des zones rurales dans les politiques nationales de santé des pays où intervient Santé Sud.

Afin que l'ancrage de ce dispositif soit renforcé aux niveaux périphérique et central du système de santé, divers éléments sont à prendre en compte :

- le cadre d'exercice (référentiels) ;
- la formation spécifique à l'exercice professionnel en milieu isolé ;
- les associations professionnelles de MGC ;
- la contractualisation entre les secteurs publics et privés ainsi qu'avec les communes d'accueil (conventions de partenariat) ;
- la participation communautaire ;
- la certification et l'accréditation (conventions, contrats de service public) ;
- la reconnaissance du dispositif et son inscription dans la politique nationale de santé.

1.1 Une médicalisation des soins de premier niveau devenue effective

Jusqu'à ce jour une grande partie des centres de santé des pays d'Afrique subsaharienne, tels que les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) du Burkina Faso, les centres de santé intégrés (CSI) du Niger, les centres de santé d'arrondissement (CSA) du Bénin, les postes de santé (PS) du Sénégal et de Guinée-Conakry ou des centres de santé communautaires (CSCOM) du Mali **sont encore dirigés par des infirmiers** ou des aides-soignants.

De plus, exceptionnels sont les médecins qui ont décidé de s'installer en dehors des villes.

Cependant, l'arrivée importante de nouveaux diplômés, issus des Facultés de médecine, est observée dans tous les pays d'Afrique subsaharienne. Et il est devenu difficile, voire impossible, pour les Etats de procéder à leur recrutement dans la fonction publique, comme ils l'avaient toujours fait avant la mise en place des programmes d'ajustement structurel (PAS) par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque Mondiale à la fin des années 1980. Ainsi au Mali, plus de 200 nouveaux docteurs en médecine arrivent chaque année sur le marché du travail.

Prenant acte du profond changement de la situation de ces professionnels de santé, le Mali a initié, en 1989, l'installation en zone rurale de « médecins de campagne » autonomes, ne relevant pas de la fonction publique.

Grâce à l'engagement et au soutien de la Faculté de médecine de Bamako et de l'ONG Santé Sud, ce sont à ce jour plus de 250 centres de santé ruraux qui bénéficient de la présence permanente d'un docteur en médecine.

Une évaluation, réalisée en 2008 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)², a reconnu le bien-fondé de cette initiative novatrice et le Mali a décidé d'inscrire la médicalisation des CSCOM urbains, périurbains et ruraux dans son programme quinquennal de développement sanitaire et social, le PRODESS IV qui couvre la période 2020-2024.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et à Madagascar, la médicalisation des zones rurales est en fait une évolution normale des systèmes de santé, résultant de la croissance continue du nombre de nouveaux diplômés issus de Facultés de médecine qui se sont elles-mêmes multipliées depuis les indépendances.

Malgré les différences qui les caractérisent, ces pays se retrouvent dans des situations comparables, à savoir un meilleur ratio de médecin par habitant.³

Ainsi, la médicalisation des zones rurales, où vivent plus de 70 % de la population, s'impose naturellement.

La stratégie de ce processus vise à améliorer la qualité de soins et par voie de conséquence, l'accès et le recours des populations aux soins curatifs, aux services de prévention et de promotion de la santé.

1.1.1 **Dès leur première installation**, les médecins de campagne au Mali (1989), puis les médecins généralistes communautaires à Madagascar (1995), au Bénin (2009) et en Guinée (2013) ont été souvent ignorés, et parfois même entravés dans leurs activités, par les autorités sanitaires publiques et une partie des partenaires techniques et financiers.

² OMS : « Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurale au Mali », Etude de cas, Genève, 2009.

³ Exemple du Mali : en 1975, ce pays disposait d'une centaine de docteurs en médecine, soit 1 médecin pour 75 000 habitants. Aujourd'hui, il approche la barre des 10 000 diplômés, soit 1 médecin pour 2 000 habitants.

Les arguments, soulevés par les instances administratives, et bien souvent médicales, pour justifier le rejet de cette innovation, étaient de trois types :

- Les médecins africains non-fonctionnaires refusent de quitter les avantages des villes pour aller s'installer avec leur famille dans des villages.
- Les populations rurales ne disposent pas des capacités financières leur permettant de faire face aux tarifs qui doivent être pratiqués par des médecins.
- La présence de médecins dans les centres de santé ruraux est inutile et coûteuse : les fonctions et les tâches qui relèvent des centres de santé en zone rurale sont parfaitement maîtrisables par des infirmiers.

Ainsi, était partagée l'idée que seules les populations urbaines pouvaient bénéficier de médecins et que les populations rurales devaient se contenter d'infirmiers voire d'agents de santé, alors que le nombre de médecins à la recherche d'un emploi ne cessait de croître avec l'arrivée, chaque année sur le marché du travail, d'un afflux conséquent de nouveaux diplômés.

1.1.2 Les trente années qui se sont écoulées depuis l'installation du premier médecin de campagne au Mali ont prouvé le non-fondé des dénégations relatives à l'installation de médecins en zone rurale comme l'avait déjà montré l'évaluation de l'OMS publiée en 2009 :

- Les médecins ont accepté de s'installer avec leurs familles dans les villages ruraux et ont pu y vivre financièrement et socialement, et y demeurent plusieurs années (4 à 5 ans en moyenne).
- Les populations ont accepté de payer les tarifs demandés et décidés avec leur participation en échange de la disponibilité du médecin et de soins de qualité.
- L'amélioration de la qualité des soins a été ressentie par les patients : soins curatifs de meilleure qualité, continuum prévention/soin/suivi pour les pathologies chroniques, activités promotionnelles et de prévention mieux développées. La confiance des populations entraîne une meilleure fréquentation des centres de santé.

Bien évidemment, il n'est pas envisageable que tous les jeunes diplômés des Facultés de médecine acceptent de s'installer en milieu rural. Mais il semble raisonnable d'admettre que 15 à 20% d'une promotion annuelle pourrait prendre une telle décision si certaines conditions d'ordre professionnel, matériel et financier sont effectivement remplies.

1.1.3 La fidélisation des médecins en milieu rural résulte d'un processus structuré mis en place. Santé Sud a porté au Mali la dynamique d'installation de médecins de campagne en confortant une méthodologie pour développer ces installations : phase de sensibilisation et préparation à la médecine "rurale", phase de recrutement et d'installation, phase de suivi et d'accompagnement.

Suscitant de nouvelles candidatures, l'ONG a accompagné la plupart des médecins de campagne dans leur démarche.

Le Mali possède aujourd'hui un nombre significatif de médecins de campagne répartis sur la majorité des régions : environ 350 dont 250 accompagnés par Santé Sud.

Fort de cette expérience malienne, Santé Sud a successivement proposé cette stratégie à Madagascar, puis au Bénin et en Guinée Conakry en soutenant l'installation de médecins généralistes communautaires (MGC) en zones rurales.

A Madagascar, le développement des installations sur six régions (environ une soixantaine) reste limité en raison de la profonde crise économique et financière que traverse le pays depuis des années.

Au Bénin, le processus n'a pas encore atteint un pool suffisant d'installations (environ une trentaine, réparties dans le nord du pays).

En Guinée Conakry, les installations très récentes de MGC, ciblées dans la région de Labé (une dizaine), sont encore expérimentales.

Ces exemples montrent que la couverture sanitaire de première ligne en zones rurales peut être optimisée via le renforcement et l'extension du nombre d'installations de médecins généralistes communautaires.

Au Mali, l'accompagnement des médecins installés a conduit au regroupement de ces praticiens dans l'Association des Médecins de Campagne (AMC) en 1993. Des associations professionnelles se sont créées dans les autres pays : AMC-MAD à Madagascar, AMGCB au Bénin, COMEC-GUI en Guinée⁴.

En fédérant l'ensemble des MGC installés, ces associations ont pour objectif d'être une instance d'entraide professionnelle, en capacité de promouvoir les bonnes pratiques et de défendre l'exercice de leur métier en partenariat avec le secteur public et les divers décideurs et acteurs locaux (ministère de la santé, collectivités territoriales, représentant des populations, etc.).

1.2 Le concept "MGC", socle commun quel que soit le pays

La médicalisation des zones rurales, portée par Santé Sud, repose sur le concept de médecine générale communautaire.

Comme souligné déjà, ce concept est né d'un constat paradoxal : la présence de jeunes médecins de plus en plus nombreux restant en milieu urbain et sans emploi, alors que la grande majorité des populations (70%) vit dans les zones rurales qui sont, par endroit, de véritables déserts médicaux. Le problème n'est plus une pénurie, mais une mauvaise utilisation des ressources humaines médicales.

L'installation de ces jeunes médecins en zone rurale est basée sur une approche originale, celle du médecin généraliste communautaire qui réunit, dans une même pratique, la fonction de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé : le soin curatif pour l'individu, la médecine préventive et la promotion de la santé d'une communauté, conformément à la stratégie des soins de santé primaires remise à l'honneur par l'OMS dans son rapport annuel en 2008⁵.

Tous les MGC sont installés suivant un dispositif d'accompagnement qui s'est structuré et affiné, en tirant successivement les leçons des expériences précédentes. Les cinq étapes de ce dispositif, communes aux différents pays, sont :

- 1) une formation spécifique sur l'exercice médical en milieu isolé, associant la démarche participative communautaire ;
- 2) une évaluation de la viabilité du site d'installation comprenant une étude démographique, sociale et financière de l'aire de responsabilité ;
- 3) des conditions matérielles (un centre ou cabinet équipé et fonctionnel) ;
- 4) un cadre d'exercice : accord cadre et/ou convention avec la mairie et le service public de santé ;
- 5) un suiti-formatif durant deux ans par un MGC référent maître de stage (RMS) et une mise en réseau permettant une formation continue régulière (Echanges de pratiques en groupe de pairs : EPP).

⁴ Le Collège des Médecins Généralistes Communautaires de Guinée (COMEC-GUI) regroupe les MGC du projet Santé Sud mais aussi des médecins généralistes privés déjà installés.

⁵ « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », rapport annuel OMS, 2008.

Il est intéressant d'approfondir certains aspects de ces étapes concernant la formation et celle de l'institutionnalisation ou cadre d'exercice.

1.3 Un pré-requis : la formation spécifique à la médecine générale communautaire

1.3.1 Les formations spécifiques avant l'installation en tant que MGC

Elles ont pris des formes différentes selon les pays.

- *Au Bénin*, avec l'appui de Santé Sud et de son opérateur local (AIMS : Centre d'études et d'appui technique aux institutions de micro-assurance santé), la Faculté de médecine de Parakou a mis en place un diplôme universitaire de médecine générale communautaire, comprenant une phase théorique (quatre modules d'une semaine chacun) suivie d'un stage pratique de deux semaines.
- *En Guinée*, la première promotion de MGC a bénéficié de la session de formation effectuée au Bénin. Par ailleurs, un diplôme universitaire de médecine de famille est en cours depuis plusieurs années à Conakry.
- *A Madagascar*, une formation préalable à l'installation, théorique et pratique, a été conçue en partenariat avec l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo incluant des enseignants de la Faculté de médecine, des médecins inspecteurs en fonction et des RMS. Les thèmes ont été choisis à partir d'une analyse des besoins par les premiers médecins installés, facilitant ainsi les méthodes pédagogiques participatives.
- *Au Mali*, la conception d'une formation spécifique s'est réalisée avec l'appui de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Malaria Research and Training Center et le soutien d'enseignants de la Faculté de médecine de Bamako : cinq modules théoriques (clinique, gestion, santé publique, communication, méthodologie de la recherche), suivis d'un stage pratique auprès d'un RMS. Ce canevas, repris ensuite par le Département d'enseignement et recherche en santé publique (DERSP) de la Faculté, devrait évoluer vers l'organisation d'un certificat en médecine générale communautaire délivré par l'Université de Bamako.

La diversité de ces expériences en Afrique et à Madagascar constitue un Corpus sur la MGC extrêmement riche : publications et ouvrages⁶ documents pédagogiques, rapports, évaluations pouvant justifier un travail de synthèse et des échanges inter-pays.

1.3.2 Les formations en cours d'exercice

En plus des formations spécifiques à la MGC, un accent particulier a été mis sur ce type de formation qui doit être réalisée dans ses deux dimensions :

- Une formation continue qui permet l'enrichissement des connaissances et des pratiques professionnelles. Elle se déroule sous la forme de journées d'échanges de pratiques en groupe de pairs (EPP), sous la responsabilité et la participation active des MGC

⁶ Bibliographie à jour 1991–2016 (Santé Sud). Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar (téléchargeable sur Google). Urgences en centre médical isolé à Madagascar (Santé Sud).

référents/maîtres de stage (RMS). Il reste à renforcer ce pool de formateurs RMS dans les différents pays d'intervention.

Les associations professionnelles veillent à l'organisation et la réalisation de ces journées de formation continue, ainsi qu'à la mise en place d'un dispositif de prise en charge financière par les médecins eux-mêmes.

- Des formations additionnelles, sont réalisées en fonction des demandes des programmes nationaux ou pour l'utilisation de nouvelles techniques. Les MGC sont intégrés en général dans ces programmes même si leur spécificité d'exercice n'y est pas toujours reconnue.
- Des formations sont assurées par Santé Sud et les RMS dans le cadre de réseaux ou de programmes spécifiques (épilepsie, HTA, VIH/Sida, laboratoire biologique, dossier informatisé, santé mentale, etc.).

Les Référents/maîtres de stage (RMS) sont identifiés par Santé Sud ou les associations professionnelles parmi les MGC installés, sur des critères de réussite professionnelle et de qualités humaines : pratique de la médecine communautaire satisfaisante en termes d'activités et de taux de fréquentation ; bonne insertion communautaire dans l'aire de responsabilité ; relation de confiance avec les services publics de santé ; respect de la convention de partenariat du MGC.

Ils reçoivent une formation spécifique à leur fonction de RMS (cf. document « Référentiel pour la fonction de RMS »).

Ils participent à la formation initiale en médecine générale communautaire comme expert métier (formation théorique) et maître de stage (formation pratique). Ils assurent le suivi-formatif (compagnonnage interne ou mentoring) des nouveaux MGC et accompagnent les médecins en difficulté. Ils organisent la formation continue (réunions trimestrielles d'EPP). Ils développent des activités de recherche-action sur des thématiques professionnelles.

1.4 Une variété de l'institutionnalisation de la MGC

1.4.1 Les installations prennent différentes formes selon les pays, notamment quant au statut du médecin et son mode de rémunération.

- Au Mali, si la majorité des médecins de campagne se sont installés dans des CSCOM gérés par une Association de santé communautaire (ASACO), un nombre limité d'entre eux se sont établis dans des centres de santé confessionnels et quelques-uns dans le secteur privé à but lucratif.

Dans le cadre d'un CSCOM, le médecin signe un contrat de droit privé (salaire + intéressement) avec l'ASACO qui gère le CSCOM lié à l'État par une convention de service public (Convention d'Assistance Mutuelle)

- A Madagascar, le MGC, installé dans un "cabinet médical communautaire", signe une convention d'association au service public, validée par le Ministère de la santé, le Directeur régional et le médecin inspecteur du district.

- Au Bénin, le MGC, installé dans un centre médical communautaire, signe une convention de partenariat multipartite avec le maire de la commune, l'association des MGC du Bénin (AMGCB), le médecin coordinateur de la zone sanitaire, le directeur départemental de la santé et l'Université de Parakou. Cette convention est validée par le Ministère de la santé.

- En Guinée, il existe une convention quadripartite signée entre le MGC, le maire de la commune, le directeur régional de la santé et FMG (association guinéenne porteuse du projet avec Santé Sud).

Dans ces trois derniers pays, le MGC est autonome financièrement, percevant des honoraires en fonction de la tarification et du volume de ses activités. Ses revenus lui permettent de vivre avec sa famille, d'assurer le fonctionnement de son centre et la prise en charge financière de son personnel.

Ainsi, la médicalisation des centres de santé de premier niveau est partiellement institutionnalisée : inscrit dans la pyramide sanitaire, dans le programme quinquennal au Mali avec gestion associative des CSCOM, conventions signées par les représentants du Ministère de la santé à Madagascar, au Bénin et en Guinée.

1.4.2 **Le rôle des associations** des médecins généralistes communautaires ou des médecins de campagne est important dans les négociations pour l'établissement des conventions.

La concertation régulière de ces associations avec les représentants des institutions publiques (santé – aux niveaux central, régional et local – et université) peut permettre :

- de renforcer le partenariat entre acteurs publics et privés pour enclencher un processus de pérennisation de la médicalisation des zones rurales ;
- de structurer le cadre institutionnel d'exercice des MGC (par exemple, un dispositif de certification/accréditation).

Pour la reconnaissance du métier de MGC, de son apport au service public et son inscription dans la politique nationale de santé, des plaidoyers forts sont nécessaires en se basant sur la capitalisation des expériences de Santé Sud dans chacun des pays d'intervention.

2 APPORTS DE LA MEDICALISATION DES CENTRES DE SANTE EN ZONES RURALES

La présence d'un médecin généraliste à la direction des structures de santé rurales peut être déterminante à la fois en termes de médecine curative et de santé publique.

Elle constitue un changement profond dans l'organisation et la gestion des systèmes de santé et ouvre la voie à de nouvelles options stratégiques (Cf. chapitre « Place de la structure médicalisée dans le système de santé », page 20).

Cette présence médicale est déterminante dans trois grands domaines.

2.1 Le renforcement de l'offre de soins de premier niveau

La présence d'un médecin à la direction d'une structure de santé de première ligne permet l'amélioration de la qualité des soins qui y sont dispensés, ainsi que l'élargissement du champ des pathologies prises en charge au niveau de cette structure⁷.

C'est ainsi que des pathologies infectieuses et/ou transmissibles (sida, paludisme, tuberculose, pneumonie, hépatite virale), des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque, épilepsie, drépanocytose, certaines maladies mentales) peuvent être dépistées, diagnostiquées, et selon les cas, traitées et suivies. Des pathologies cancéreuses (col de l'utérus, sein, etc.) peuvent être dépistées. La plupart des urgences médicales⁸, des traumatismes liés aux accidents

⁷ Avec la transition épidémiologique liée à l'augmentation de l'espérance de vie et aux changements de mode d'existence, l'OMS estime que les maladies chroniques, dites de civilisation, vont considérablement augmenter.

⁸ Certains MGC, installés dans des zones très enclavées, notamment à Madagascar, doivent être particulièrement formés à la médecine d'urgence en milieu isolé, car les références sont très compliquées, voire impossibles. Ils sont parfois le premier et seul recours aux soins.

domestiques ou de la voie publique, aux faits de violence, peuvent être pris en charge localement. Ainsi, les références sur un hôpital sont moins nombreuses, plus rapides et plus pertinentes, renforçant l'efficacité du système de santé, tout en réduisant les coûts pour les usagers finalement plus satisfaits.

Grâce à la présence d'un médecin, les familles villageoises peuvent trouver le maximum de réponses à leurs demandes de soins, sans devoir se rendre dans une ville et par conséquent sans perte de temps et d'argent.

Elle permet alors une augmentation de la fréquentation des centres de santé.

Il en résulte :

- une augmentation des ressources propres du centre de santé, qui a pour effet une plus grande stabilité technique et financière ;
- une incitation à l'installation en zone rurale des médecins, ainsi que d'autres professionnels de santé qualifiés ;
- une augmentation des adhésions aux organismes d'assurance maladie volontaire, que sont principalement les mutuelles ;
- l'obtention de meilleurs indicateurs de couverture sanitaire ;
- et en conséquence, un meilleur état de santé de la population.

• L'amélioration de la qualité des prises en charge est assurée par une équipe complète pluri professionnelle dont la coordination et la direction est assurée par le médecin.

Sa composition dépend du contexte du pays, de la zone d'implantation et du niveau d'activités du centre.

Une équipe type comprend autour du médecin :

- un infirmier pour le seconder dans ses activités courantes ;
- une sage-femme ou infirmière obstétricienne pour assurer l'essentiel des activités de santé maternelle et infantile ;
- des aides-soignants pour seconder infirmier et sage-femme ;
- un gardien-manœuvre chargé de la surveillance et de la propreté du centre.

De plus, la présence d'un médecin dans ces structures de première ligne permet l'installation de technologies modernes qui améliorent la qualité de la prise en charge des patients de l'aire géographique.

• L'accès à l'informatique permet :

- la tenue à jour du dossier médical partagé intégrant l'ensemble des données nécessaires au suivi du patient et aux prises de décision ;
- le renforcement de la qualité des soins avec des logiciels d'aide au diagnostic et à la prescription ;
- l'accès à de la connaissance scientifique avec une bibliothèque numérisée et des tutoriels vidéo ;
- la réalisation de documents destinés aux autorités sanitaires : rapport mensuel d'activité (RMA) ou relevé épidémiologique ;
- la communication et l'animation d'un réseau entre les MGC installés, entre les MGC et la Faculté de médecine et les instituts spécialisés ;
- la publication d'études à partir des données du premier niveau de soins.

• Selon les pays et le contexte local, la mise en place d'un laboratoire d'analyses biologiques permet d'effectuer les examens courants tels que taux d'hémoglobine, taux d'hématocrite, groupage/rhésus, glycémie, albuminurie, sérologie HIV, sérologie et recherche de parasite du paludisme, recherche de parasites dans les selles et les urines. D'autres prélèvements effectués sur papier-buvard peuvent être transférés sur un hôpital pour confirmer des diagnostics, comme celui de la drépanocytose, ou

pour des fins de recherche (étude de chimiorésistance) sans exiger de déplacements des patients (Cf. chapitre « Quel type d'installation », page 13).

Cette offre de soins de premier niveau, renforcée par une équipe soignante, s'applique à toute l'aire de santé couverte par le centre, situé en général dans un gros village central. L'aire de santé permet à ce centre de mettre en œuvre l'ensemble des programmes d'action sanitaire au niveau de la dizaine de villages regroupés autour de lui, dans une démarche participative en intégrant les coûts récurrents de ces actions dans ses charges ainsi que les différents programmes développés dans la zone.

Il existe nécessairement de grandes différences non seulement entre les aires de santé de divers pays, mais aussi au sein d'un même pays. Elles peuvent dépasser 10 000 voire 15 000 habitants et les villages les plus éloignés être situés à moins de 15 km du centre, tandis que d'autres atteignent à peine 5 000 habitants avec des villages (ou des campements) pouvant se trouver à plus de 50 kilomètres. La prise en compte de ces différences doit permettre de soutenir les structures les plus isolées (budget, ressources humaines, accompagnement, etc.).

2.2 La pleine responsabilisation des structures de santé périphériques

La présence d'un médecin à la direction des structures de santé de première ligne renforce leur capacité de participation à la mise en œuvre des grands programmes d'action sanitaire, dans le cadre d'une délégation de service public.

Elle leur permet ainsi d'être considérées comme des unités autonomes ayant la responsabilité d'un ensemble de programmes sur l'aire de santé qu'ils couvrent et non comme de simples exécutants, appliquant des directives nationales transmises par le district sanitaire ou la zone sanitaire.

Ces programmes concernent principalement :

- La santé de la mère et de l'enfant, qui regroupe la planification familiale, les consultations pré et postnatales, la protection des accouchements, les consultations des enfants sains, la nutrition, Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME) du VIH, etc.
- La lutte contre les maladies transmissibles, en particulier les vaccinations, la chimio prévention du paludisme saisonnier, le dépistage et le traitement d'affections cibles comme le sida, la tuberculose, le paludisme, les interventions en cas d'épidémie (rôle de médecin sentinelle), etc.
- La lutte contre les maladies non-transmissibles, notamment le dépistage, la prise en charge, le traitement et le suivi d'affections telles que la drépanocytose, l'épilepsie, l'hypertension, le diabète, les cancers du sein et du col de l'utérus à un stade précoce, certaines pathologies mentales courantes, etc.
- L'éducation pour un changement de comportement en ce qui concerne les affections dominantes, l'espacement des naissances, la nutrition, l'hygiène et l'assainissement, etc.
- La mobilisation sociale autour de la gestion du centre de santé, l'engagement d'agents de santé communautaires, l'organisation de campagnes éducatives ou de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, etc.

Selon les pays et dans le cadre de la décentralisation, parallèlement à la tutelle et l'organisation du secteur public, le MGC peut également devenir le conseiller santé du maire et de son conseil municipal, et participer à l'élaboration de la politique de développement socio-sanitaire de la commune.

2.3 L'exercice d'une gouvernance appropriée

La présence d'un médecin à la direction d'une structure de santé de première ligne donne, à cette structure, une plus grande autonomie.

Compte tenu de sa qualification et de ses compétences, le médecin dispose des capacités nécessaires pour assurer, en toute responsabilité, les activités médicales et la gestion de sa structure, la signature des conventions et contrats, ainsi que leur mise en œuvre.

Selon les pays et le système adopté, selon le statut de la structure de santé, le médecin gère la structure en étroite collaboration avec son équipe soignante, avec l'association gestionnaire ou les représentants d'usagers.

Dans cette perspective, la gestion du centre et la conduite des actions de santé reposent sur l'élaboration d'un plan de développement sanitaire et social. Véritable prévision des activités et de leur budget, ce document devrait s'inscrire dans le plan de développement sanitaire et social de son district (ou zone) sanitaire, et de ce fait validé par l'Etat et les partenaires techniques et financiers devant participer à son financement dans le cadre de la contractualisation.

Il est souhaitable que les centres médicalisés ruraux soient dotés d'ordinateurs qui permettent, à l'équipe soignante de gérer ses activités, en utilisant notamment un dossier patient informatisé, ainsi que de tenir à jour la gestion du centre (recettes, dépenses, stock de médicaments, etc.).

De plus, le médecin est en mesure de participer à la régulation des actions de santé, au niveau de son district (ou zone) sanitaire d'appartenance, apportant au médecin chef de district (ou son équivalent selon les pays) et à son équipe, conseils et soutiens concernant les analyses et les prises de décision afin d'améliorer les résultats des différentes interventions.

Il en est de même au niveau de sa commune d'appartenance, auprès du maire et du conseil municipal.

3 INSTITUTIONNALISER LA MEDICALISATION DES ZONES RURALES, COMMENT PROGRESSER ?

3.1 Quel type d'installation : équipe soignante, équipement, rémunération ?

Des choix sont à faire.

3.1.1 Equipe de santé

Selon le contexte du pays, de la zone d'implantation et du niveau d'activités du centre, l'équipe soignante de base (un infirmier, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne et deux aides-soignants) peut être élargie pour répondre aux besoins locaux. Ainsi, selon les ressources financières du centre, peuvent s'adjoindre :

- 1 gestionnaire chargé à la fois de la gestion de la pharmacie et des finances ;
- 1 second infirmier et/ou sage-femme/infirmière obstétricienne.

Dans le cas d'un développement important du centre de santé, l'installation et le recrutement d'un second médecin peuvent être envisagés.

La présence d'une équipe élargie permet d'assurer une permanence continue des soins au centre de santé et de renforcer les activités de stratégie avancée au niveau des villages qui composent l'aire de santé. Elle permet en particulier la mise en place et le suivi continu d'agents de santé

communautaires, contribuant à l'atteinte des résultats du centre en termes d'attraction et donc de fréquentation.

Exemple du Mali : 20 millions d'habitants, 1 240 000 km², une dépense de santé de 50 US\$ environ par habitant et par an.

La population des aires de santé en zone rurale varie de 5 000 à 15 000 habitants selon les zones géographiques (10 000 habitants en moyenne). L'équipe de santé devrait comprendre 9 agents : un médecin, deux infirmiers, deux infirmières obstétriciennes ou sages-femmes, deux aides-soignants, un gestionnaire de pharmacie/comptable et un gardien manœuvre.

Concernant la composition de l'équipe soignante, divers aspects sont à prendre en compte selon les pays :

- La cohabitation entre médecin et sage-femme peut se révéler délicate. Les rôles de chacun et la hiérarchie sont à clarifier dès le départ.
- La présence d'un personnel féminin au niveau des activités de santé maternelle et infantile est souvent nécessaire.

3.1.2 Equipement

• L'« échoscopie », encore aujourd'hui expérimentale, est appelée à se développer rapidement et le MGC devrait pouvoir en bénéficier.

Ce stéthoscope du XXI^e siècle (une sonde reliée à un smartphone ou une tablette) est une aide à la démarche clinique, qui permet de confirmer ou infirmer les hypothèses diagnostiques, comme un placenta prævia, une grossesse extra-utérine, une tumeur abdominale, un globe vésical, une lithiase urinaire, etc. Elle permet aussi les apports de la télémédecine par le partage de l'image dans différentes disciplines comme la dermatologie, la cardiologie ou la neurologie. Cet appareil doit être adapté aux centres de santé ruraux, c'est-à-dire résistant à la chaleur et à la poussière, et d'un coût limité.

• L'implantation d'un laboratoire biologique doit être réfléchi⁹.

Les examens biologiques sont une aide à la démarche clinique en confirmant ou infirmant le diagnostic présumé. Mais le coût de l'investissement, non négligeable, est à prendre en compte : local avec un accès à l'eau et une source d'électricité, microscope, consommables, réactifs, personnel qualifié, etc.

Afin que la qualité et la fiabilité des examens pratiqués, et que la viabilité du laboratoire soient assurées, divers facteurs sont à prendre en compte :

- présence d'un technicien de laboratoire bien formé ;
- pratique régulière des examens (fréquentation suffisante du centre de santé) ;
- respect des normes de propreté et d'hygiène ;
- mise en place d'un recouvrement des coûts (tarification accessible et acceptée par les communautés) ;
- mise en place d'un contrôle qualité avec un laboratoire de référence ;
- intégration du fonctionnement et de la gestion du laboratoire dans l'organisation générale du centre de santé.

L'accord des différentes parties prenantes (équipe médicale, communautés, élus communaux, autorités sanitaires publiques) est nécessaire pour qu'un laboratoire biologique soit implanté.

⁹ Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar (Dominique Desplats et Clément Razakarison/Santé Sud) : le laboratoire de campagne (chapitre 17, pages 181-187).

Les tests de diagnostic rapide (TDR) peuvent être en partie une alternative à l'absence d'un « laboratoire de brousse ». Ils permettent d'obtenir dans un délai bref le diagnostic d'une maladie infectieuse. En zones tropicales, ces tests sont particulièrement intéressants car simples, fiables, rapides et peu coûteux. Ne nécessitant aucun équipement spécial, ils sont bien adaptés aux situations d'urgence et de précarité dans les pays en développement. Interprétés en fonction de la clinique grâce au médecin, les TDR contribuent à une meilleure prise en charge des malades et à une rapidité d'alerte pour les maladies infectieuses à potentiel épidémique.

- Concernant les médicaments¹⁰, chaque centre de santé dispose d'une pharmacie qu'il approvisionne et gère lui-même, placée sous la responsabilité du médecin et uniquement pour les prescriptions effectuées par le centre de santé.

La liste des médicaments et produits répond aux normes fixées dans le pays en privilégiant les médicaments essentiels sous forme générique.

Le MGC dispose d'une dotation initiale en médicaments et consommables calculée pour couvrir les besoins de 3 mois. La vente de ce stock de départ – via les prescriptions faites par le MGC / autres prescripteurs – va permettre de le renouveler (principe du recouvrement des coûts).

L'organisation et la gestion de la pharmacie, la gestion du stock de médicaments doivent être rationnelles et rigoureuses. Elles répondent à des normes précises qui sont enseignées au cours de la formation spécifique du MGC.

La disponibilité permanente des médicaments au niveau du centre de santé est un facteur important favorisant la fréquentation du centre de santé. Une gestion correcte du stock, évitant toute rupture de médicaments, est essentielle.

3.1.3 Rémunération du médecin généraliste de premier niveau

- Au Mali, une vision parallèle de la médicalisation des zones rurales se développe depuis une dizaine d'années, sous l'influence de partenaires techniques et financiers. Ceux-ci ont accepté le bien-fondé de la médicalisation mais ils ont opté pour des affectations dans des CSCOM, soit de fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités territoriales, soit d'agents recrutés sur des contrats à moyen terme grâce aux financements de programmes, comme celui de GAVI.

Cette évolution témoigne d'une rupture avec l'approche de médicalisation soutenue par Santé Sud, qui privilégie l'indépendance financière des médecins généralistes de campagne. Malgré le respect des textes réglementaires et les contraintes liées à la signature de conventions et de contrats de service public, la pleine responsabilité de ces praticiens nous semble essentielle pour obtenir les résultats attendus.

Un des aspects de cette autonomie réside dans leur mode de rémunération. Elle est peu compatible avec un salariat simple. C'est pourquoi il est préconisé d'une part un partage d'honoraires avec le centre à partir de la tarification des actes et d'autre part un intéressement aux résultats, avec la garantie de percevoir un minimum mensuel.

- Dans les autres pays d'intervention, le MGC est autonome financièrement. Il perçoit des honoraires en fonction d'une tarification négociée avec les communautés et du volume de ses activités.

¹⁰ Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar (Dominique Desplats et Clément Razakarison/Santé Sud) : médicaments et consommables (chapitre 8, pages 86-93).

3.2 Quel mode de pérennisation et de fidélisation ?

3.2.1 Pérennisation et renouvellement des infrastructures et équipements

Propriété, usufruit, entretien et renouvellement des infrastructures et des équipements sont à définir entre les différentes parties prenantes afin d'éviter tout litige. Il est recommandé que ces points apparaissent clairement dans les conventions de partenariat avec le secteur public et les collectivités territoriales. De même, d'autres points sont à mentionner tels que la gestion d'un centre vacant et de son stock de médicaments suite à la démission du MGC, la gestion d'un éventuel cabinet secondaire, ou toute autre situation rencontrée selon les pays.

Dans le cadre d'un projet porté par un partenaire financier, le principe généralement admis est que les dotations initiales (locaux, équipements, stocks de médicaments) appartiennent au dit projet. Les bénéficiaires ont en charge l'entretien de ces dotations mises à leur disposition et sont responsables de leur utilisation.

A la fin du projet, le devenir et le renouvellement de ces dotations sont à stipuler dans les conventions de partenariat.

Une attention particulière doit être portée sur certains équipements, fournis par un partenaire financier, dont le coût de renouvellement peut s'avérer excessif pour les acteurs locaux. Faute de capacités financières suffisantes, ces équipements risquent d'être abandonnés (par exemple, les installations solaires, en particulier les batteries).

3.2.2 Fidélisation des ressources humaines

De bonnes conditions de travail et de vie associées à une juste rémunération sont les facteurs essentiels pour fidéliser le personnel soignant.

Il est raisonnable qu'un MGC reste en place cinq années en moyenne. L'important est qu'il soit, le plus rapidement possible, remplacé par un autre MGC à son départ¹¹.

Par ailleurs, les désirs de promotion professionnelle ne devraient pas être contrariés, mais au contraire accompagnés.

L'essentiel est que le centre de santé reste ouvert et fonctionnel quel que soit le médecin ou l'équipe soignante. Ainsi, un turn-over raisonnable est à prendre en compte dans les programmes de médicalisation des zones rurales.

3.3 Quel type de formation spécifique¹² ?

La pratique de la médecine en zone rurale et la direction d'un centre de santé permettent de déterminer le profil des étudiants en médecine et les modalités pédagogiques de leur formation pendant leur cursus universitaire et pendant leur exercice.

A défaut d'une pédagogie adaptée pendant leur formation initiale, il est nécessaire de consolider les compétences des candidats à l'installation par une formation complémentaire aux fonctions et aux tâches spécifiques de l'exercice en milieu rural. Il s'agit pour eux non seulement d'être des cliniciens

¹¹ L'une des causes de départ du MGC est la scolarisation des enfants (absence de classe correspondant à l'âge des enfants en zone rurale).

¹² Cf. documents « Curriculum de formation spécifique des médecins généralistes de la première ligne de soins » et « Référentiel métier des médecins généralistes de la première ligne de soins ».

compétents, mais également de véritables chefs d'entreprise gestionnaires de centres de santé, des promoteurs du développement et de l'amélioration de la qualité des soins.

3.3.1 Plusieurs stratégies sont envisageables

- Formation initiale

Dans un premier temps :

- Sensibiliser, dès leur formation initiale, les futurs médecins à l'exercice en zone rurale, notamment par la mise en place par les Facultés de médecine de stages ruraux dans des structures « universitaires » telles que certains CSCOM ou centres de santé dirigés par des MGC/RMS reconnus et certifiés.
- Préconiser des sujets de thèse sur la MGC.

Dans un second temps :

- Inscrire un module de médecine générale communautaire dans le cursus initial de formation universitaire.

- Formation spécifique

Dans l'attente de l'inscription de la MGC dans le cursus initial universitaire, la formation spécifique est à maintenir pour tout candidat. Elle peut prendre la forme d'un diplôme universitaire (DU) de médecine générale communautaire, comme cela existe au Bénin : formation théorique (4 modules d'une semaine chacun) suivie d'un stage pratique de 2 semaines chez un RMS.

Ce type de formation spécifique pourrait être plus étoffé sur une période plus longue de 6 à 12 mois. Mais les jeunes médecins ont hâte de s'installer et d'avoir des revenus. Une formation plus longue risquerait d'être démotivante.

En revanche, il pourrait être recommandé de compléter la formation pratique du DU de médecine générale communautaire par un second stage de 2 semaines chez un RMS différent ou dans une structure type maternité ou service d'urgence.

Une évolution de la formation vers un diplôme d'études spécialisées (DES) sur 3 ou 4 ans peut être envisagée mais elle s'inscrira dans un contexte différent. En effet, l'objectif de la formation spécifique actuelle, sur une courte durée, est essentiellement opérationnel afin que le MGC puisse rapidement s'installer. Une formation longue de plusieurs années sera l'objet dans un autre profil de carrière.

- Formation complémentaire préalable à l'installation, assurée par des médecins maitres de stages et des médecins de santé publique (référentiel à proposer).
- Formations continues assurées, selon les thèmes, par des spécialistes et des médecins référents : pathologies les plus fréquentes ; gestion du centre ; études épidémiologique et analyse de données ; techniques particulières.

Il est souhaitable que le coût de la formation continue soit inclus dans les montants portés par les conventions et contrats de service public et donc à la charge des structures de santé elles-mêmes.

Le budget correspondant peut être abondé par un partenaire mais intégré dans le budget de la structure et géré par elle (par exemple, prime de formation, frais réels pris en charge).

Il est primordial que la participation à des formations organisées par des partenaires ou projets verticaux ne devienne une source de revenus additionnels non justifiés, comme c'est souvent le cas aujourd'hui. Cela perturbe complètement la continuité des soins et augmente l'absentéisme des médecins dans leurs structures. Les absences de plusieurs jours devraient être planifiées afin que les MGC aient le temps de trouver un remplaçant.

Les revenus complémentaires actuellement obtenus par le biais de telles formations des programmes ou projets qui incitent le médecin à y participer, peuvent être assurés par les primes d'intéressement aux résultats de la structure de soins.

3.3.2 L'exercice de la MGC doit-il évoluer vers une spécialisation ?

A chaque pays d'y réfléchir selon les objectifs de sa politique nationale de santé, sachant que les raisons ayant poussé à faire de la médecine générale une spécialité dans certains pays, notamment en France, ne sont pas nécessairement valables dans d'autres contextes.

➤ *Avantage :*

La spécialisation en médecine générale communautaire peut être un moyen de valoriser l'exercice, d'attirer et de motiver de jeunes médecins.

➤ *Inconvénients :*

- Dans beaucoup de pays, parler de spécialisation est prématuré alors qu'un pool suffisant de MGC n'est pas atteint et/ou réparti sur l'ensemble du territoire.
- La spécialisation, en allongeant le temps des études, peut démotiver des candidats.
- La spécialisation risque d'entraîner l'installation anarchique et individuelle de « médecins généralistes spécialisés », alors que l'objectif est la prise en charge d'une aire de santé par une équipe pluriprofessionnelle.
- Muni de ce titre, certains médecins pourront vouloir de meilleures conditions de travail et se rapprocher des grandes villes, ce qui irait à l'encontre de l'objectif fixé de renforcer la première ligne.

En dehors de la spécialisation, d'autres éléments, notamment la rémunération financière, peuvent valoriser le métier et motiver de jeunes médecins.

3.4 Quelle place de la structure médicalisée dans le système de santé et dans son environnement local ?

3.4.1 Un environnement novateur et évolutif

- Les systèmes de santé, similaires dans de nombreux pays, se heurtent à des constatations comparables d'un pays à l'autre.

Les centres de santé périphériques constituent le fer de lance de l'action sanitaire. Si les hôpitaux ont pour principale mission d'assurer la prise en charge des urgences et des références, c'est sur des centres de premier niveau que reposent la très grande majorité des soins primaires, qu'ils soient curatifs, préventifs ou promotionnels, et donc l'amélioration de l'état de santé de la majorité de la population.

Jusqu'à ce jour, dans la très grande majorité de ces centres, d'importantes faiblesses sont rencontrées en ce qui concerne à la fois le nombre, les qualifications et la motivation des équipes soignantes sur lesquelles reposent leurs activités.

Par ailleurs, on constate que, compte tenu des insuffisances des ressources humaines dans les centres de santé, les grands programmes d'action sanitaire ciblés sur la lutte contre des maladies, telles que le sida, le paludisme ou la tuberculose, et contre des fléaux comme la mortalité maternelle et infantile ou la malnutrition, ne parviennent pas au degré de performance recherché, malgré la mobilisation de ressources financières significatives.

L'analyse des systèmes de santé conduit à mettre un accent particulier sur le renforcement des ressources humaines des structures de santé en milieu rural afin d'être en mesure de jouer le rôle majeur qui leur revient dans la mise en œuvre des politiques de santé.

Il apparaît qu'un système de santé efficace passe par un renforcement des structures de première ligne avec des équipes étoffées, compétentes et motivées et dirigées par un docteur en médecine.

« Pour qu'un système de santé soit fort, il faut que sa première ligne soit forte » (Monique Van Dormael, Institut de médecine tropicale d'Anvers).

- Le modèle dominant des années 80-90 était basé sur une opposition entre une offre publique de soins essentiels relevant exclusivement de l'Etat et de son administration, et une offre privée motivée par la seule logique marchande.

Face aux difficultés et faiblesses constatées, la Banque Mondiale s'est engagée depuis bientôt dix ans dans le développement en santé du partenariat public privé, à travers principalement la Société financière internationale (SFI)¹³.

Parallèlement à cette démarche, le secteur de la santé a été marqué par la promotion du financement basé sur les résultats (FBR), s'appuyant sur les succès de l'expérience rwandaise depuis l'an 2000.

La Banque Mondiale et d'autres partenaires sont venus enrichir le débat sur les relations entre l'Etat, comptable du service public de santé – c'est-à-dire de *l'accès aux soins essentiels de qualité produits aux meilleurs coûts de l'ensemble de la population* – et les établissements producteurs de soins, qu'ils soient publics ou privés. Ce qui les a amenés à sortir de la seule logique administrative basée sur l'application de directives pour épouser la logique managériale ayant pour fondement la recherche de résultats.

Par ailleurs, au-delà de ces questions institutionnelles, face à l'arrivée importante de jeunes médecins sur le marché du travail dans tous les pays d'Afrique subsaharienne et à Madagascar, on commence à assister à une évolution des idées. Certains pays procèdent, depuis quelques années, à des affectations dans des centres de santé ruraux de médecins fonctionnaires ou contractuels. Il s'agit là d'un premier pas, mais qui ne répond pas aux spécificités de la médecine au niveau communautaire et à son potentiel en termes de passage à l'échelle en vue d'obtenir des résultats.

- Une autre approche est apparue ces dernières années pour un monde en meilleure santé à l'horizon 2030.

La communauté internationale s'est engagée dans la mise en œuvre de la couverture santé universelle (CSU) face à la situation alarmante qu'une majorité de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels, plus particulièrement dans les pays les plus pauvres tels que la région du Sahel. Pour l'OMS et la Banque Mondiale¹⁴, l'inclusion de la CSU dans les Objectifs de développement durable (ODD), adoptés en 2015, est l'occasion de promouvoir une approche globale et cohérente de la santé, en se concentrant sur le renforcement des systèmes de santé, notamment en associant pleinement les acteurs de la société civile et les communautés locales.

La CSU est fondée sur le principe que tous les individus devraient avoir accès à des services de santé essentiels de qualité, sans leur occasionner de difficultés financières.

La mise en place de la CSU nécessite une réforme ou une reconstruction des systèmes de santé afin, notamment que l'offre de soins puisse intégrer un secteur privé structuré (initiative de la SFI) et que la contribution des bénéficiaires au financement du système de santé soit mieux reconnue et encadrée.

¹³ SFI (IFC par son abréviation en anglais), membre du Groupe de la Banque mondiale, est la plus importante institution mondiale d'aide au développement dont les activités concernent le secteur privé dans les pays en développement.

¹⁴ OMS-Banque Mondiale : « Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture santé universelle » et « Systèmes de santé pour une couverture santé universelle, une vision commune pour la santé de tous », CSU 2030, Partenariat international de la santé.

«Faute de services de santé de qualité, la couverture maladie universelle n'est qu'une vaine promesse ... nous devons mettre bien davantage l'accent sur l'investissement dans la qualité si nous voulons renforcer la confiance dans les services de santé et donner à chacun la possibilité d'utiliser des services de santé de qualité élevée et centrés sur la personne.» (Déclaration d'Ángel Gurría, secrétaire général de l'OCDE).

3.4.2 Place de la structure médicalisée dans le système de santé

❖ Les principes généraux d'un système de santé ?

- Une unité de base, constituée d'un centre de santé et d'une aire de santé, pour amener l'ensemble de la population au meilleur niveau de santé possible

- Le centre de santé est une structure qui offre des soins de première ligne – curatifs, préventifs ou promotionnels – à la population d'une aire de santé.
- L'aire de santé est une zone géographique précise, dont la population est prise en charge par un centre de santé déterminé.

Les centres de santé peuvent être des structures publiques, privées sans but lucratif (gestion associative) et privées à but lucratif (cabinets, cliniques). L'essentiel est qu'elles disposent des capacités techniques pour mener à bien leurs missions dans le respect de la législation du pays.

La médicalisation des zones rurales, qui a vu le jour au Mali en 1989, constitue un changement profond et permet aux centres de santé de réaliser avec compétence les missions d'action sanitaire qui leur sont confiées.

Comme nous l'avons déjà évoqué, cette médicalisation nécessite :

- La présence aux côtés du médecin d'une équipe constituée d'un nombre approprié de personnels soignants et éventuellement de soutien (gestion et comptabilité), permettant d'assurer les activités au sein du centre de santé et de stratégie avancée.
- Un centre de santé doté des technologies nouvelles : "écho-stéthoscope" adapté au contexte local ; un réseau informatique pour gérer le dossier médical partagé. Selon les besoins locaux, certains centres pourraient bénéficier d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'une possibilité d'évacuation sanitaire.

- Fonctionnalité et résultats de tout centre de santé :

Ils sont indissociables du système de santé, au sein duquel le centre de santé évolue, et de ses quatre grandes composantes que sont :

- La présence d'établissements de référence qui assurent la prise en charge des urgences et des pathologies dépassant les capacités des centres de santé. Ils sont généralement classés en 3 niveaux :
 - 1^{ère} référence, assurée principalement par les hôpitaux de district,
 - 2^{ème} référence, à vocation essentiellement régionale,
 - 3^{ème} référence, à vocation essentiellement nationale.
- La présence de structures de régulation, qui reposent principalement sur l'évaluation dans ses différentes dimensions et sur la responsabilisation aux différents niveaux administratifs en vue de prises de décisions appropriées.
- La présence de structures de soutien, qui concernent essentiellement la formation et la recherche, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables médicaux, ainsi que la disponibilité et la maintenance des équipements.

- L'existence d'un financement du système de santé, qui permet l'indispensable équilibre des comptes de chaque structure tout en assurant l'accès à des soins de qualité pour toute la population en tenant compte des capacités financières de chacun.

Ce financement devrait reposer :

- D'une part sur la tarification des actes, des épisodes ou des séjours, qui peut être assurée de façon directe par les usagers et leur famille, ou de façon indirecte par les mécanismes de la couverture sanitaire universelle.

Les organismes de tiers-payant à mettre en place peuvent associer :

- une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel,
- une assurance maladie volontaire (mutuelles) pour le secteur informel,
- des fonds de solidarité pour les personnes démunies, dans l'incapacité de s'acquitter de la moindre cotisation (indigents),
- et un fonds de paiement du service public pour compenser les exemptions officielles, décrétées par l'Etat pour des groupes sociaux (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, etc.) ou des maladies (VIH, tuberculose, épilepsie, drépanocytose, etc.).
- D'autre part sur l'octroi de subventions, qui sont l'outil principal de la réalisation du service public de santé. Elles proviennent de l'Etat et des collectivités territoriales, ou des partenaires techniques et financiers (PTF).

- Les résultats de ces unités de base, ainsi constituées, dépendent de la prise en considération de plusieurs concepts :

Le service public de santé : il correspond à ce dont l'Etat est comptable vis-à-vis de toutes les personnes présentes sur le territoire national et consiste principalement à assurer l'accès universel aux soins essentiels de qualité. Il comprend des mesures d'intérêt général qui, dans le secteur de la santé, peuvent être réalisées :

- soit par des structures publiques, qui comprennent de simples services ou des établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion ;
- soit par des établissements privés dans le cadre de délégations de service public qui entrent dans le cadre du partenariat public-privé.

La carte sanitaire : elle résulte d'une décision nationale prise par décret qui fixe le type, la localisation et les caractéristiques de toutes les structures de santé, non seulement publiques, mais aussi privées, afin de rationaliser l'offre de soins.

La planification : l'élaboration de plans pluriannuels de développement sanitaire et social est une exigence. Elle s'appuie sur un état des lieux et une analyse approfondie des problèmes de santé pour fixer les objectifs à atteindre, décrire les mesures à prendre, déterminer les ressources à mobiliser et établir un chronogramme, et préciser les modalités d'évaluation et d'ajustement périodique devant accompagner le processus.

L'équilibre des comptes : il doit permettre à chaque structure de santé, publique ou privée, de couvrir la totalité de ses charges par des ressources au moins équivalentes pouvant être apportées par des subventions correspondant à la réalisation du service public de santé.

Les coûts unitaires : la mesure du coût de production de chaque acte, de chaque épisode, de chaque affection est essentielle pour réaliser les analyses, sur lesquelles reposeront les prises de décision en matière de planification et de gestion, ainsi que la réalisation des évaluations. Elle repose sur la mise en place d'une comptabilité analytique que facilite grandement l'informatisation des structures de santé.

La contractualisation : la signature de contrats entre l'Etat – qui en est le garant – et les structures productrices de soins est le mode de réalisation privilégié du service public de santé. Ces contrats concernent aussi bien les secteurs publics que privés dans le cadre du financement basé sur les résultats et du partenariat public-privé.

L'évaluation : elle constitue le troisième pilier de l'action sanitaire avec la décision et la production des soins. Au sein de ce triptyque, elle est le support de toutes les prises de décision et des ajustements nécessaires pour obtenir les résultats recherchés.

L'accréditation des structures de santé¹⁵ : elle est le mécanisme qui permet de garantir la capacité de chaque structure, publique et privée, à mener à bien ses missions de soins. Son attribution repose sur la promulgation officielle de normes et de référentiels des conduites professionnelles. Elle conduit à une classification des structures de santé selon trois catégories : l'habilitation, l'accréditation et l'attribution d'étoiles.

- Les structures habilitées répondent aux normes nationales.
- Les structures accréditées sont des structures habilitées, qui appliquent de façon effective les référentiels des conduites professionnelles.
- Des étoiles sont attribuées aux structures accréditées en fonction de leur degré de performance.

En matière de santé :

Habilitation : autorisation accordée par l'autorité publique pour exercer une fonction ou un pouvoir.

Certification : procédure destinée à faire valider par un organisme le respect du cahier des charges de l'organisation d'une spécificité (par exemple : maintenance, hygiène, urgences, etc.).

Accréditation : procédure qui vise à mesurer la qualité des soins dispensée dans un établissement ou par une équipe soignante.

❖ **Place des centres de santé ruraux dans le processus de médicalisation**

Il est possible aujourd'hui pour les Etats d'assurer une meilleure couverture sanitaire et d'en améliorer la qualité par une médicalisation d'un maximum de structures de niveau primaire ou de premier recours.

Ce processus peut aujourd'hui s'inscrire plus formellement dans la politique de santé des pays qui ont investi dans la formation de nombreux médecins.

Cette médicalisation du premier échelon de la pyramide sanitaire peut intéresser toutes les structures quel que soit leur statut, public ou privé.

Le concept de "médecin généraliste communautaire", à la fois médecin clinicien et médecin de santé publique pour une aire de santé, apparaît aujourd'hui comme une des propositions pertinentes en périphérie pouvant permettre à l'Etat de garantir un service de qualité au niveau primaire, notamment en zone rurale.

Cette médicalisation favorise la délégation de service public au travers de conventions et/ou de contrats entre l'Etat et la structure de santé.

Le préalable à ces signatures serait l'obtention et le renouvellement périodique (par exemple, tous les cinq ans) d'une accréditation de la structure de santé attestant de la qualité des services pouvant y être assurés. La présence d'un médecin dans la structure de santé serait l'une des conditions de cette accréditation et intégrée dans les critères de qualité.

¹⁵ Cf. document « Stratégie et outils de mise en œuvre de la certification des centres de santé ruraux ».

Ainsi construite, la médicalisation des zones rurales ne serait plus limitée aux zones rurales les moins défavorisées : elle pourrait concerner toutes les zones géographiques, y compris les zones soudano-sahéliennes de pays comme le Mali, le Niger, le Tchad, la Mauritanie, etc., qui depuis toujours sont de véritables déserts médicaux.

❖ Place de la structure médicalisée dans son environnement local

Une des solutions pour harmoniser et coordonner les interventions de tous les acteurs et partenaires intervenants est d'élaborer une stratégie consensuelle de développement sanitaire au niveau de l'aire de santé, s'intégrant dans la politique nationale.

La politique de santé de chaque pays prévoit une couverture sanitaire par des structures d'offres de soins de premier niveau, parfois y sont inclus les agents de santé communautaires.

Il apparaît constructif de proposer des échanges formalisés entre les gestionnaires de la structure de premier niveau avec les responsables des autorités publiques périphériques, les collectivités locales (et/ou chefferies), les associations gestionnaires ou d'usagers, les responsables locaux des projets et programmes de santé se déroulant dans la zone, ainsi qu'avec les associations professionnelles de MGC. Sont associées les structures de santé privées de niveau primaire ou secondaire situées dans l'aire de santé.

Chaque pays, chaque région, chaque médecin chef de centre de santé, devrait trouver les meilleures "formules" (périmètre, périodicité, fonctionnement, etc.) afin d'assurer ces concertations pour une planification sanitaire et son suivi au niveau des aires de santé définies dans la politique nationale. Afin d'assurer cette synergie d'action, des comités de pilotages peuvent s'avérer nécessaires.

❖ Place et rôle des associations professionnelles de MGC

Ces organisations de la société civile (OSC), pour les plus récentes, ont besoin d'être renforcées dans leur gouvernance et leurs capacités de concertation avec les partenaires, en particulier publics.

Un accompagnement est nécessaire dans l'élaboration et/ou la mise à jour de leurs projets associatifs et de leurs plans stratégiques de développement afin qu'elles puissent assumer pleinement leurs différents rôles : entraide professionnelle, promotion des bonnes pratiques professionnelles, défense de la médecine générale communautaire, animation de la formation continue via les RMS, représentation des MGC auprès des divers décideurs et acteurs locaux.

3.5 Quel mode de gestion financière ?

3.5.1 Equilibre budgétaire de la structure de santé

Quel que soit son statut, une structure de santé doit fonctionner comme une entreprise de service public. Son directeur doit en conséquence disposer des outils comptables pour élaborer ses comptes prévisionnels et déterminer les besoins de financement devant lui permettre d'assurer l'équilibre de ses comptes en comblant ses déficits.

Pour cela, une simulation des activités et des comptes doit être réalisée pour élaborer les comptes prévisionnels de la structure, et donc déterminer le déficit prévisionnel qui devra être compensé pour équilibrer les comptes.

Dans ce cadre, l'utilisation de l'outil informatique permet d'analyser la productivité des ressources humaines et des équipements, et de calculer les coûts unitaires de production des actes (comprenant les coûts « agents » et les coûts « équipement »).

3.5.2 Une faisabilité budgétaire avec des structures autonomes

Pour permettre l'accès aux soins de la majorité de la population à faibles revenus, les structures publiques ou privées assurant le service public de santé doivent pratiquer pour certaines activités des tarifs inférieurs à leurs coûts de production.

Les comptes de résultat de ces structures sont donc en déséquilibre. A leurs déficits d'exploitation s'ajoutent les actes "gratuits", qui relèvent de la volonté publique et de la décision politique et qui ne peuvent donc pas être l'objet d'une tarification (par exemple, vaccinations, dépistage et traitement de certaines maladies, planification familiale, suivi infantile, etc.).

Aussi les conventions et contrats de service public devraient répondre à trois exigences :

- Compenser la différence entre les coûts unitaires de production des soins et les tarifs pratiqués adaptés à la population, qu'ils soient payés de façon directe par l'utilisateur ou indirecte par les organismes d'assurance maladie, et notamment les mutuelles qui concernent en particulier les populations rurales.
- Assurer la couverture des coûts unitaires de production des soins qui bénéficient d'une gratuité réglementaire (enfants de moins de 5 ans, sida, tuberculose, etc.).
- Apporter le complément nécessaire à l'équilibre des comptes des structures. Compenser notamment les exigences liées à la permanence des soins, à la présence de centres dans des zones où la fréquentation ne peut être que basse, compte tenu de la faible densité de population et des distances à parcourir, ou de centres installés pour des populations particulières, tels que prisons, centres d'hébergements temporaires, de populations déplacées ou nomades.

Ces conventions peuvent s'inscrire à la fois dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR) et du partenariat public-privé (PPP).

Il appartient à l'Etat d'apporter aux structures de santé concernées la rétribution du service public en ajustant le niveau de ses financements à celui des résultats qui étaient attendus de la structure de santé médicalisée.

Toute structure de santé assurant le service public devrait bénéficier d'une subvention d'équilibre¹⁶ de l'Etat et/ou de ses partenaires (contractualisée si structure privée).

Cette subvention d'équilibre, conditionnée à des résultats, lui apportera les ressources additionnelles pour faire face à la fois aux charges variables et aux charges fixes, et principalement à la rémunération des ressources humaines nécessaires et donc possiblement du médecin.

Ces subventions doivent également permettre l'octroi de primes d'intéressement à tous les membres de l'équipe, y compris le médecin, en fonction des résultats significatifs obtenus par la structure de santé.

Dans cette optique, un plaidoyer fort est à entreprendre auprès de tous les acteurs et décideurs concernés.

¹⁶ Le financement d'un tel processus pourrait reposer sur la création d'un fonds commun alimenté par des partenaires techniques et financiers, bilatéraux et/ou multilatéraux et internationaux, selon un mode de gestion garantissant la transparence.

3.6 Quel dispositif de participation communautaire ?

La participation communautaire est un des moyens pour assurer les objectifs des soins de santé primaires depuis la déclaration d'Alma Ata de l'OMS en 1978.

Cette "participation communautaire" a pris de multiples formes d'application variant au cours des années, selon des cycles ou périodes, assurées par les déclarations, défis et objectifs lancés par les institutions internationales : entre autre "la santé pour tous pour l'an 2000", les OMD (objectifs du millénaire), les Objectifs de développement durables (ODD), etc.

Selon P. Freire, la participation communautaire est « le 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 ».

Rappelons que la santé d'une population résulte des actions de prévention et de promotion et des services d'offres de soins de qualité.

Il est constamment entendu que la "communauté"¹⁷ doit participer à l'amélioration de sa propre santé par la prévention, par la gestion de structures de santé, par le paiement de prestations de qualité ou par un prépaiement ou assurances santé.

Communauté : groupe social auquel on s'identifie et dans lequel on voudrait jouer un rôle (Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar).

La participation communautaire peut être institutionnalisée, comme au Mali, par la mise en place d'associations gestionnaires de CSCOM, ou être simplement déclinée par des subventions de collectivités locales, ou encore s'exprimer par des actions de prévention primaire supportées par des agents issus de la communauté, ou encore sollicitée au travers des mutuelles de santé ou de régimes obligatoires solidaires d'assurance maladie, ou encore par des associations d'usagers.

De nombreux projets ou programmes subventionnent cette participation communautaire qui devrait ou pourrait venir de la collectivité. Cela peut aller jusqu'à "salarier" des agents de santé communautaires dans les villages, parfois sans que la communauté ou le centre de santé ne soit impliqué.

Il faut noter que cette politique destinée à couvrir les besoins de santé par des agents de santé communautaires, appliquée depuis les années 80, était peut-être logique à une époque sans ressources professionnelles suffisantes. Mais les résultats sur la prise en charge sanitaire des populations ne sont pas toujours probants.

Il revient aux pays de coordonner toutes ces formes de participations communautaires afin que tous les efforts soient synergiques sur une aire donnée de population.

Il apparaît judicieux que le MGC, à la tête de son équipe, puisse être le coordonnateur de toutes les actions de santé dans l'aire de santé couvert par la structure sanitaire où il exerce. Cela permettrait des prises en charge de qualité et l'assurance d'un lien constant de la communauté avec le centre de santé. Coordonnateur des actions, le MGC devra savoir garder la « bonne distance » avec les communautés, respectueux de l'intérêt collectif, évitant l'emprise d'un groupe ou d'un autre.

Il est nécessaire que les usagers participent et soient aussi informés de la gestion du centre de santé, et deviennent acteurs des actions de santé dans leur zone.

Ce processus d'installation de centres de santé ruraux avec une équipe soignante pluridisciplinaire, favorisant la participation communautaire, doit permettre également de décentraliser les programmes verticaux et de mieux les adapter aux réalités locales du terrain.

¹⁷ Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar (Dominique Desplats et Clément Razakarison/Santé Sud) : la démarche communautaire (chapitre 3, pages 34-41) ; la participation communautaire (chapitre 19, pages 207-214).

1. Il est nécessaire que tous les acteurs et partenaires partagent le concept de la médecine générale communautaire. Ce concept est à adapter au contexte et aux enjeux propres de chaque pays. Il permet de renforcer le système de santé en installant, en première ligne, des équipes soignantes dirigées par un médecin généraliste. Il s'avère utile et nécessaire de poursuivre son développement et son ancrage dans les systèmes de santé.
2. A partir de l'expérience des zones rurales, une réflexion sur la problématique de l'accès à des soins de qualité en zones péri-urbaines reste à développer. En effet, celles-ci connaissent un développement, parfois fulgurant, et une explosion démographique. Les services de santé n'ont pas suivi, provoquant ainsi le mécontentement des populations qui ont de grandes difficultés d'accès à des soins de qualité.
3. La notion d'équipe de santé pluri-professionnelle est à promouvoir. Outre la formation spécifique du MGC pour exercer en milieu isolé, la formation des professionnels de santé, qui l'entourent, devra être prise en compte.
4. Toute nouvelle installation de MGC doit bénéficier de l'outil informatique (dossier médical partagé, gestion des activités médicales, des médicaments, des finances...).
5. Les réalités locales doivent être prises en considération : contexte du pays et de ses capacités (géopolitique, socio-économique, sanitaire, culturel), besoins des populations et de ce qui existe déjà sur le terrain – la médicalisation des structures de santé de premier niveau en zones rurales devenant un objectif de la politique de santé des pays où intervient Santé Sud.
6. La capitalisation des expériences de Santé Sud en matière de médecine générale communautaire doit être finalisée dans le but de tirer les leçons du passé, de mettre en exergue la plus-value, les problématiques générales rencontrées, les bonnes pratiques identifiées et l'impact de ce mode d'exercice.
7. Pour pérenniser la médicalisation des zones rurales, il conviendra de renforcer :
 - la gestion financière autonome des centres de santé ruraux et le processus d'accréditation de ces structures ;
 - la contractualisation Etat-structure de santé ;
 - la synergie entre les différents secteurs d'une aire de santé : privés non lucratifs, autorités publiques, collectivités territoriales ;
 - la démarche communautaire, le dispositif de participation et d'appropriation des communautés au sein des centres de santé médicalisés ;
 - l'intégration des dispositifs concernant les projets et les programmes verticaux.
8. Des pistes sur la formation en médecine générale communautaire devront être précisées avec les responsables des différents pays : cursus au cours de la formation initiale, formation spécifique à l'exercice en milieu isolé, cursus de formation continue, cursus de spécialisation .
9. Des carrières professionnelles, en matière de médecine générale communautaire, devront être développées et accompagnées (subventions, primes d'intéressement liées aux résultats de la structure de santé).

Une évolution en faveur de la médicalisation des zones rurales

L'installation de médecins autonomes en zone rurale sera de plus en plus fréquente étant donnée l'évolution des systèmes de santé, de la démographie médicale et de la demande de soins par des populations de plus en plus conscientes des apports de la médecine moderne. En effet, la plus grande circulation des informations et des connaissances, grâce aux technologies actuelles, change la manière d'envisager la maladie et les soins. Elle conduit les populations, rurales et péri-urbaines, à exiger une offre de santé qui corresponde à leurs attentes.

Cependant, si la médicalisation des zones rurales constitue une avancée affirmée et efficace en rapprochant l'offre de la demande et en améliorant la qualité des soins, elle n'est pas encore suffisamment développée et institutionnalisée.

Il est souhaitable que ce processus s'inscrive dans la politique de santé des pays en prenant en charge la réalisation du service public de santé dans une population cible, que constitue une aire de santé.

Les associations professionnelles de MGC, correctement structurées, sont appelées à être les interlocuteurs reconnus et incontournables auprès des pouvoirs publics et des autres acteurs.

Cette réalisation du service public a un coût. Un plaidoyer est nécessaire pour que sa prise en charge financière revienne à l'Etat, aux systèmes de couverture sanitaire universelle, aux partenaires engagés à côtés de l'Etat pour amener l'ensemble de la population au meilleur état de santé possible. Ce plaidoyer repose en partie sur la capitalisation des expériences de Santé Sud dans les pays d'intervention (Mali, Madagascar, Bénin et Guinée).

Dans les années à venir, la mise en place opérationnelle de la couverture santé universelle va transformer le paysage sanitaire. Les systèmes de santé vont devoir être réformés. Dans cette nouvelle approche, la médicalisation des zones rurales – en particulier le fonctionnement des équipes des centres de santé ruraux et l'exercice des médecins généralistes communautaires – devrait être redéfinie pour y être pleinement intégrée.

Schéma général du système de santé

