

Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde
Institut für Tropische Krankheiten Leopold
Instituto de Medicina Tropical Prince Leopoldo

Health Organization
Cooperating Centre for
Primary Health Care

Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde
Institut für Tropische Krankheiten Leopold
Département de Santé Publique

PROJET DE RECHERCHE « MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT »

ÉTUDE DE CAS « MALI »

**Mission 3-17 décembre 2000
Monique Van Dormael & Sylvie Dugas
Département de santé publique - IMT Anvers**

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| CHAPITRE 1 - CONTEXTE : ÉVOLUTION RÉCENTE DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN | 5 |
| LE SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990 | 5 |
| LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990 | 5 |
| TABLEAU DESCRIPTIF DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN ACTUEL | 7 |
| CONCLUSION | 12 |
| CHAPITRE 2 : LES ENJEUX ACTUELS DE LA PREMIÈRE LIGNE | 13 |
| L'INSTABILITÉ DU PERSONNEL DES CSCOM | 13 |
| LA QUALITÉ DES SOINS AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE LIGNE | 18 |
| LA FIABILITÉ DU RELAIS : LE CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE | 19 |
| LE RÔLE DES ÉQUIPES SOCIO-SANITAIRES DE CERCLE (ESSC) | 20 |
| LA SOLIDARITÉ NATIONALE | 21 |
| LE RÔLE DES COMMUNES | 21 |
| CONCLUSION | 22 |
| CHAPITRE 3 - GENÈSE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE | 23 |
| LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE A BAMAKO | 23 |
| LES MÉDECINS DE CAMPAGNE | 24 |
| CONCLUSION | 25 |
| CHAPITRE 4 - ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA SITUATION DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE | 26 |
| DONNÉES GÉNÉRALES SUR LES MÉDECINS MALIENS | 26 |
| ANALYSE QUANTITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE | 27 |
| ANALYSE QUALITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE | 29 |
| CHAPITRE 5 : LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE AU MALI : LES LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE | 41 |
| UNE EXPÉRIENCE QUI PRÉPARE LE FUTUR | 41 |
| LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE : UNE RÉALITÉ NON MARGINALE | 41 |
| ...UNE RÉALITÉ PORTEUSE DE RISQUES | 42 |
| ...UNE RÉALITÉ PORTEUSE D'ESPOIR : UN POTENTIEL POUR TIRER LE SYSTÈME VERS LE HAUT EN AIDANT À FORMULER ET À RÉSOUDRE LES ENJEUX | 45 |
| CONCLUSION | 48 |
| DOCUMENTS UTILISÉS | 50 |
| ANNEXE 1 : PROGRAMME DE TRAVAIL | 51 |
| ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES | 53 |

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet financé par la coopération belge.

Nous tenons à remercier très chaleureusement le Ministère de la santé publique du Mali qui nous a beaucoup aidé dans l'organisation et la réalisation de cette mission. Nous tenons aussi à remercier l'ensemble des professionnels rencontrés qui ont accepté de nous recevoir et de discuter avec une grande ouverture d'esprit de leur système de santé. Grâce à eux nous avons pu améliorer notre compréhension du système de santé malien. Nous espérons qu'ils se reconnaîtront dans ce document qui s'est nourri de leurs réflexions.

INTRODUCTION

Cette étude sur les médecins de première ligne au Mali s'intègre dans une recherche plus vaste dont l'objectif est d'étudier les stratégies de renforcement de la médecine de première ligne dans différents contextes, et d'en faire une analyse qui puisse nourrir la réflexion de la coopération belge dans ce domaine. Pour ce faire, il est nécessaire de pouvoir confronter différentes situations et en particulier d'analyser deux grands types de contextes :

- Des contextes où la première ligne est essentiellement sous la responsabilité de médecins. L'objectif est alors d'analyser la situation de ces médecins dans le système ainsi que les stratégies utilisées pour renforcer une médecine de première ligne de qualité.
- Des contextes où la première ligne est essentiellement sous la responsabilité de non-médecins (généralement des infirmiers). L'objectif est alors d'analyser dans quelle mesure et à quelles conditions il pourrait être pertinent d'envisager le relais d'infirmiers par des médecins, et, si cela n'est pas pertinent, de voir en quoi le modèle de médecine de famille pourrait être utile au développement de services de première ligne de qualité.

Une étude de cas sur la situation du Mali a été décidée pour les raisons suivantes :

- Le système de soins de santé malien est, depuis une dizaine d'années, dans une dynamique de changement qui concerne au premier plan les services de première ligne.
- Il s'agit d'un contexte où la première ligne est essentiellement sous la responsabilité d'infirmiers.
- On assiste cependant dans le pays au développement progressif d'un réseau de médecins de première ligne, à la fois en milieu urbain et, ce qui est beaucoup plus rare, en milieu rural.
- Le Mali est un pays relativement représentatif de nombreuses situations de pays d'Afrique subsaharienne et les enseignements que l'on peut retirer de cette expérience peuvent à priori être utiles ailleurs.

Les objectifs d'une visite sur le terrain étaient :

1. Visualiser la première ligne dans le système de soins de santé malien et en analyser les principaux enjeux
2. Faire une analyse contextuelle des expériences de médecins chefs de centres de santé : motivations, différents types de structures et de statuts, conséquences de la présence de médecin sur les services offerts, sur leur utilisation et sur l'ensemble du système.
3. Dégager de cette analyse les risques et potentiels liés à la présence de médecins en première ligne au Mali et les leçons que l'on peut en tirer.

La mission s'est déroulée du 3 au 17/12/00. De nombreuses structures de soins ont été visitées et de nombreux entretiens ont eu lieu avec des professionnels de santé de différents niveaux (Cf. programme et personnes rencontrées en annexe)

CHAPITRE 1 - CONTEXTE : ÉVOLUTION RÉCENTE DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN

La déclaration de politique sectorielle de 1990 fait date dans le système de soins de santé malien. Sa mise en œuvre progressive depuis cette date représente une étape importante pour le système de soins de santé du pays.

LE SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990

Le Mali a adopté la stratégie des soins de santé primaires en 1981. Jusqu'en 1990, l'état était le principal fournisseur de soins, tant hospitaliers que de première ligne. Les services de santé périphériques suivaient le découpage administratif en cercles et arrondissements avec :

- Un centre de santé par arrondissement (CSA), soit un total de 286 CSA (Maiga *et al* 1999), correspondant chacun à une population approximative de 30 à 60 000 habitants. Le CSA proposait des activités curatives et préventives sous la responsabilité d'un infirmier. Il n'y avait pas d'approvisionnement organisé du CSA en médicaments (les patients devaient acheter les médicaments disponibles auprès de l'infirmier qui constituait son propre stock privé ou au niveau de points de vente de médicaments, officiels ou non). Il n'y avait pas de recouvrement des coûts, mais les patients payaient au moins les médicaments achetés auprès du centre. La population n'était pas impliquée dans la gestion des CSA. L'infirmier chef de CS était fonctionnaire de l'état, mais le personnel auxiliaire (matrone, aide-infirmier) relevait de l'administration locale.
- Un centre de santé de cercle (CSC), correspondant à une population de 150 000 à 200 000 habitants en moyenne (un cercle regroupant plusieurs arrondissements). Le CSC proposait des soins ambulatoires semblables à ceux du CSA. La différence tenait à la présence d'un médecin et de services tels que le service d'hygiène et le service social. Les CSC n'avaient (à quelques exceptions près) ni de service d'hospitalisation ni d'activité chirurgicale.
- Il y avait également quelques structures de soins confessionnelles, qui ne suivaient pas toujours le découpage administratif.

LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990

LA PHASE DE MATURATION

La décision de s'engager sur la voie de l'initiative de Bamako en 1987 a été une étape décisive. Elle a donné un nouvel élan à un certain nombre d'expériences de centres de santé avec recouvrement des coûts et implication de la population dans une gestion plus communautaire. Les toutes premières expériences de CS communautaires ont ainsi commencé entre 1984 et 1988 dans la région de Kayes dans le cadre du projet PDS appuyé par la Banque Mondiale. Des expériences de CS communautaires sur Bamako ont commencé en 1989. Ces diverses expériences sont venues enrichir la réflexion politique, qui a débouché sur l'élaboration d'un cadre conceptuel de l'initiative de Bamako dans lequel « La décentralisation (avec une nouvelle définition des rôles de chaque échelon) et la responsabilisation effective des populations dans la gestion des centres de santé (du dépôt des médicaments en particulier) avaient dorénavant la même importance que la nécessaire disponibilité du médicament essentiel » (Maiga *et al* 1999), puis sur la déclaration de politique sectorielle de 1990.

Le processus de discussion et de maturation a également permis de déboucher sur un consensus de la part des principaux partenaires à cofinancer le programme national proposé. Le PSPHR (projet santé population et hydraulique rurale), co-financé par différents partenaires (MSP, Banque Mondiale,

UNICEF, USAID, KFW, FED, FAC..) a été un outil privilégié de la mise en place de cette politique sectorielle.

LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990

Elle opte pour le développement d'un système de santé de cercle à deux échelons et propose une évolution majeure: l'état malien fait le choix de ne plus être le fournisseur principal des services de premier échelon et passe le relais aux communautés pour la gestion globale de ces services. Il réoriente son action sur la régulation des services de première ligne et sur l'offre de soins des échelons supérieurs.

Lors de la mise en œuvre, le MSP a effectivement soutenu le développement d'un réseau de CS communautaires (CSCOM), gérés par des ASACO (Associations de santé communautaire), sur la base d'une Convention d'Assistance Mutuelle avec le Ministère de la santé qui définit les engagements et obligations réciproques de chacune des parties.

Pour cela il a utilisé une approche dite populationnelle, et a travaillé en partenariat avec les cercles et les communautés capables de remplir des conditions d'éligibilité à l'aide financière de l'état.

Politique sectorielle de santé 1990 : (Source : déclaration de politique sectorielle 15/12/90)

Objectifs : amélioration de la santé des populations, extension de la couverture sanitaire, recherche d'une plus grande viabilité et d'une plus grande performance.

Stratégies :

- 1. Différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Elle consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux opérationnel (cercle), d'appui (région) et d'orientation (central).*
- 2. La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.*
- 3. La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.*
- 4. La promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire complémentaire du système public.*

Approche populationnelle (Source : déclaration de politique sectorielle 15/12/90)

Pour accroître la couverture et l'utilisation des services, l'approche privilégie le développement de systèmes de santé de cercle et de commune et utilise un processus de planification, d'organisation et de gestion décentralisée selon une approche dite populationnelle qui s'articule autour des principes suivants :

- a) L'étude du milieu et l'élaboration de cartes sanitaires de cercle opérationnelles sur la base de concentrations optimales de population dans les aires géographiques données appelées aire de santé ;*
- b) La différenciation entre les fonctions de soins de santé primaires, de soins de santé de référence et de gestion du système ;*
- c) La réhabilitation et si nécessaire la construction de structures légères de soins comprenant dans un premier temps, un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels au sein des aires de santé et dénommés centres de santé communautaires*
- d) L'organisation de la participation des populations dans la gestion des centres de santé de cercle et dans la réhabilitation/construction et la gestion des centres de santé communautaires.*

Convention d'assistance mutuelle entre le MSP et l'ASACO (source : exemplaire de convention)

Ce texte définit les engagements et obligations réciproques de chacune des parties avec :

Pour le MSP :

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence
- Contribuer à la construction/réhabilitation du CS
- Fournir l'équipement de base et assurer son renouvellement
- Fournir le stock initial de médicaments essentiels (ME) et assurer la disponibilité des ME au niveau régional
- Assurer l'approvisionnement en vaccins au niveau régional
- Assurer la formation initiale du personnel de santé et des membres de l'ASACO
- Assurer un appui technique à la gestion du personnel, du matériel et du médicament essentiel
- Exercer une supervision technique périodique au CS qui portera sur l'organisation et la qualité des soins et sur la gestion du CS.

Pour l'ASACO :

- Assurer en permanence le paquet minimum d'activités (PMA) de soins curatifs, préventifs, d'activités promotionnelles et sociales pour les habitants de l'aire de santé
- Financer en partie les coûts de construction ou rénovation du CS
- Assurer l'entretien des infrastructures et de l'équipement et l'amortissement du petit matériel et de la logistique
- Assurer l'ensemble des dépenses de fonctionnement courant du CS y compris les salaires
- Fournir les rapports d'activités, informations et statistiques au médecin chef de cercle
- Fournir un bilan financier semestriel
- Déclarer officiellement le personnel employé par l'association
- Veiller à la gestion des ME
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO
- Tenir au moins deux fois par an le conseil de gestion de l'aire de santé
- Participer aux conseils de gestion du service socio-sanitaire de cercle.

TABLEAU DESCRIPTIF DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN ACTUEL

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE CERCLE

Les découpages

Sur le plan administratif, le découpage en régions, cercles et arrondissements (dont le chef est nommé par l'état) a fait place depuis 1999 à un découpage en régions, cercles et communes (dont les maires sont élus).

Sur le plan sanitaire, le Mali est divisé en 9 régions (extrêmement diverses sur le plan du contexte géographique, climatique et populationnel), 56 cercles et 784 aires de santé. Le cercle est le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Il est constitué d'un ensemble d'aires de santé, et regroupe une population variable, le plus souvent de 100 à 300 000 habitants mais avec de gros écarts (de 3 700 habitants dans le cercle de Tin-essako à 525 000 habitants dans le cercle de Sikasso). Les aires de santé ne correspondent pas nécessairement aux communes. En revanche, il y a superposition du découpage sanitaire et administratif pour les cercles et les régions.

Fonctions de l'équipe socio-sanitaire de cercle (ESSC)

Chaque cercle, conduit par une équipe socio-sanitaire de cercle (ESSC), a pour objectifs de favoriser le développement d'un réseau de structures de première ligne à raison d'un CS par aire de santé et d'assurer l'offre de services de référence au niveau d'une structure appelée centre de santé de référence (CSRef).

Le rôle de l'ESSC dans le développement du réseau de structures de première ligne est essentiellement de fournir un appui technique à la mise en place de centres de santé communautaires et à la transformation progressive des centres de santé d'arrondissement en CSA revitalisés (=CSAR), c'est à dire fonctionnant comme des CSCOM. Il s'agit d'un rôle de régulation et de support technique puisqu'il n'y a plus de relation d'ordre administratif entre l'ESSC et les personnels de santé des CSCOM (qui sont employés par l'ASACO) ni entre l'ESSC et les ASACOS. En revanche, vis à vis des CSA non revitalisés, l'équipe de cercle est en situation de responsabilité administrative directe.

L'équipe socio-sanitaire de cercle assure par ailleurs un rôle de gestion et de soins au niveau de la structure de référence. L'ESSC au Mali n'est en effet pas une équipe à la fonction uniquement gestionnaire, elle est constituée de professionnels qui exercent simultanément une fonction de soins dans la structure de référence. Le médecin chef de cercle est également le médecin chef du CSRef. Les autres membres de l'ESSC comprennent généralement le ou les autres médecins, une sage-femme, un technicien sanitaire, le chef du service social et un gestionnaire.

L'ESSC est enfin responsable de la coordination de l'ensemble des structures de soins et des intervenants présents sur son territoire et de l'ensemble des activités et programmes proposés par les niveaux supérieurs du MSP.

La structure de référence du cercle : le CSRef

La réforme de 1990 a dans un premier temps mis l'accent sur le développement du réseau de structures de première ligne. C'est quelques années plus tard (dans la deuxième partie des années 90), une fois le processus des CSCOM en marche, que l'effort a pu se concentrer sur la mise place des structures de référence. Nous avons vu qu'avant la réforme de 1990, les centres de santé de cercle assuraient plus ou moins les mêmes fonctions que les CSA, avec pour principale différence la présence d'un médecin. Le premier niveau de référence à proprement parler (avec admissions et activité chirurgicale) était l'hôpital régional.

La terminologie centre de santé de référence (CSRef) adoptée depuis 1990 porte en elle une ambiguïté puisqu'il s'agit bien de structures hospitalières et non de centres de santé. La mise en place de ces CSRef implique donc des changements importants en termes d'infrastructures, de plateau technique, de distribution des ressources humaines adéquates, d'organisation du travail..... Ces changements sont en train de s'opérer progressivement, mais il n'y a pas actuellement de CSRef fonctionnel dans tous les cercles. A noter que dans les cercles chefs lieu de région, l'hôpital régional joue le double rôle de CSRef et d'hôpital de deuxième référence.

L'appellation CSRef, si elle est ambiguë sur la nature de la structure (centre de santé versus hôpital) est en revanche très claire sur le rôle attribué à cette structure dans le système, celui de relais des structures de première ligne. Il y a donc bien une vision de fonctionnement en système de santé avec complémentarité des fonctions entre les différents échelons. La supervision des CS par l'ESSC constitué de professionnels hospitaliers offre aussi la possibilité d'une meilleure coordination des éléments du système.

LES STRUCTURES DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Les différents types de structures de premier échelon

Les données ci-dessous sont données à titre indicatif. Elles ne proviennent pas toutes des mêmes sources ni des mêmes années. Elles ne représentent donc pas un tableau précis et complet à un moment donné.

| Type de structure de première ligne | | Nombre approximatif |
|--|---|------------------------|
| CS privés communautaires à but non lucratif | CSCOM * | 263 |
| | CSAR * | 158 |
| Autres CS à but non lucratif | CSA **** | 128 |
| | CS confessionnels ** | 23 |
| | CS INSP** | 15 |
| | CS associatifs | ?? |
| Premier échelon à but lucratif | Cabinets de consultation privés légaux à but lucratif <u>sur Bamako</u> *** | 77 |

* Données statistiques de la DNSP 1999

** Données du plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007

*** Données de l'inspection générale 2000 pour la ville de Bamako : ce nombre représente seulement les cabinets officiellement déclarés, dont 46 cabinets de consultation médicale, 8 cabinets de consultation de sage-femmes et 23 cabinets de consultation d'infirmiers.

**** Nombre de CSA non revitalisés = total des CSA (286) dont sont retranchés les 158 CSA déjà revitalisés.

Les CS communautaires : CSCOM et CSAR

Au nombre de 421, ils constituent la grande majorité des services de premier échelon. Leur nombre a augmenté de façon très rapide depuis 1992 (cf. tableau ci-dessous)

- Les CSCOM sont les CS créés sur le mode du privé communautaire, avec gestion de la structure par la communauté représentée par une ASACO, sur la base d'une convention d'assistance mutuelle avec le MSP.
- Les CSAR (centres de santé d'arrondissement revitalisé) sont les anciens CSA qui ont évolué vers le statut de CSCOM. Ils ont pour cela suivi secondairement une approche populationnelle, constitué une ASACO, signé une convention d'assistance mutuelle. Leur histoire reste cependant différente : au départ service public, leur interaction initiale avec la communauté ne s'est pas vécue sur les mêmes bases (moindre degré d'implication des communautés dans le financement et la gestion de ces CS). L'autre différence notable est que le chef du CS demeure un fonctionnaire de l'état, au moins dans une phase transitoire.

Hormis les deux différences soulignées ci-dessus, CSCOM et CSAR offrent les mêmes services et ont un fonctionnement identique : une petite équipe de professionnels (le plus souvent 3 ou 4 personnes) proposent un PMA (paquet minimum d'activités) comprenant des services curatifs, préventifs et promotionnels, une disponibilité en médicaments essentiels, un système de recouvrement des coûts avec paiement séparé du service et des médicaments, et une gestion globale sous la responsabilité de l'ASACO, avec supervision technique de l'équipe socio-sanitaire de cercle.

La mise en place de ces structures de soins se fait selon une carte sanitaire théorique établie par les professionnels et discutée avec les communautés. L'approche communautaire inclut un système d'adhésion au CS qui n'est pas standardisé et qui a semble-t-il évolué depuis le début de la mise en place des CSCOM. Il s'agissait au départ d'un système d'adhésion par village ou par quartier. Ce système semble maintenant en perte de vitesse au profit d'un système d'adhésion par famille. Dans les deux cas la carte d'adhérent donne droit à des tarifs préférentiels, à un droit de regard sur le fonctionnement du CS (participation aux assemblées générales) et à la possibilité d'être élu au conseil d'administration. Il y a manifestement des problèmes d'organisation vis à vis de ce système d'adhésion qui font que les gens ne sont pas forcément informés de la possibilité et des avantages de l'adhésion, et que les CS eux-mêmes ne connaissent pas leur nombre d'adhérents.

Programme du séminaire AMC : année 2001

Lundi 29 octobre 2001 :

9h : Ouverture du séminaire

10h : Pause café

10h 15 : début de la formation : Nutrition

- Les malnutritions : le kwashiorkor, marasme ; Dr Kaniassi Dado SY
- Nutrition et maladies chroniques : le VIH, Tuberculose Diabète, maladies parasitaires ; Dr SY
- Nutrition et femme enceinte : aspect qualitatif et quantitatif, place de la supplémentation (les micro nutriments) : Dr SY et MAIGA

12h 30 : pause repas

14h30 : nutrition suite

Mardi 30 octobre 2001 :

9h 30 : présentation du livre « Séméiologie et Nosologie Cliniques en Afrique » par son auteur Dr Jacques TASSY

9h- 10h 15: Pause

10h 15 – 12h30 : Les cardiopathies de l'adulte et de l'enfant : J. Tassi.

12h30-17h : travail en groupe : en quoi l'utilisation du vadémecum de J. Tassi associé au guide thérapeutique national améliore-t-il la prise en charge des pathologies courantes de l'enfant :

- Les fièvres
- Les affections pulmonaires
- Diarrhées
- Anémies

17h : restitution des groupes et discussion- modérateur Dr TASSI et Pr Kader TRAORE

Mercredi 31 octobre 2001 : Restitution des actions de formation continue

9h 30 – 10h : Activités de biologie : 1^{ère} évaluation des 7 premiers laboratoires de médecins campagne

10h 30 – 12h30 : Expérience épilepsie (Nimaga) Contenu scientifique de sa publication « prise en charge épileptiques en milieu rural ».

12h 30 : pause Repas

14h 30 : Formation aux urgences obstétricales : rapport de séminaire de formation par le Dr Timothé Dao (Vidéo de démonstration)

Jeudi 1^{er} novembre 2001 : journée débat sur la place des médecins de campagne au Mali

9h : ouverture de la conférence par le Ministre de la Santé

9h 40 : Communications : Bilan d'activités des médecins de campagne par le Dr Kone, Directeur Santé Sud Mali

10h – 10h 10 : communication sur l'évolution de la mutuelle de Nongon

10h 10 : Présentation du poster de « la prise en charge des épileptiques en milieu rural au mali »

10h 30 : Discussion

10h 45 : Pause Café

11h 45 – 12H 30 : Médecine de 1^{ère} ligne dans les pays en développement : le cas Mali, par les Drs Van Dormael et Sylvie Dugas (IMT d'Anvers)

14h à 14h : Repas

15h : Table ronde et débat sur la médecine de première ligne : Quel bilan et quel avenir pour la médecine de campagne au Mali ?

Vendredi 02 novembre 2001 :

9h : travail en groupe sur les thèmes prioritaires identifiés au cours de la journée-débat du jeudi

10h : restitution des groupes - discussion - recommandations

14h – 14h : Repas

15h : préparation par petits groupes des thèmes de l'assemblée générale de l'Association des Médecins de campagne.

Samedi 03 novembre 2001 : Assemblée Générale de l'AMC

**Évolution du nombre de CSCOM/CSAR
et du pourcentage de population desservi par ces structures**

| | 1993 | 1996 | 1999 |
|---|------|-------|--------|
| CSCOM * | 7 | 116 | 263 |
| CSAR * | 1 | 95 | 158 |
| TOTAL CSCOM/CSAR * | 8 | 211 | 421 |
| % de population vivant dans un rayon de 5km d'un CSCOM/CSAR | 3 ** | 17 ** | 30 *** |
| % de population vivant dans un rayon de 15km d'un CSCOM/CSAR | - | 28 ** | 59 *** |

- Sources :
- * Données du Système local d'information sanitaire, Direction Nationale de la santé publique
 - ** Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007
 - *** Rapport Revue à mi parcours - Coopération Mali-Unicef 1998-2002

Les 421 aires de santé actuellement desservies par un CSCOM ou un CSAR représentent 54% des 784 aires de santé prévues et couvrent environ 60% de la population si l'on considère un rayon de 15km autour de ces CS. La couverture réelle de la population est supérieure à cela puisqu'il existe d'autres structures de premier échelon, en particulier les CSA. Cependant, d'une part ces structures ne proposent pas toutes des activités à même de résoudre les problèmes des patients (absence de médicaments, absence d'activités préventives...), d'autre part elles ne suivent pas toujours la carte sanitaire. Nous n'avons pas trouvé de chiffres disponibles les prenant en compte dans le calcul de couverture de la population.

Les autres services de premier échelon à but non lucratif

- Les CSA sont les centres de santé d'arrondissement non encore « revitalisés ». Ce sont des structures publiques qui fonctionnent le plus souvent à minima en attendant d'être revitalisées. Ces CS n'ont pas d'approvisionnement organisé du médicament, pas de budget qui puisse assurer les activités de stratégie avancée et mobile.... Il est prévu qu'ils soient tous progressivement transformés en CSAR (Sur 286 CSA, 158 ont déjà été « revitalisés » en CSAR).
- Les CS confessionnels, au nombre de 23 en 1998, ont un fonctionnement variable selon qu'ils ont adopté plus ou moins complètement la politique sectorielle. Ils sont régis par une convention générale qui a été signée entre le Ministère de la santé et le président de la conférence épiscopale.
- Les CS de l'INPS (institut national de prévoyance sociale), au nombre de 15 ont été créés pour assurer les soins aux travailleurs qui lui sont affiliés. En pratique ils dispensent aussi souvent des soins à la population non affiliée contre paiement des actes.
- Les CS associatifs : on les rencontre plus particulièrement dans la région de Kayes, région à forte émigration vers la France. Ces ressortissants apportent un soutien actif à leur région d'origine en initiant différents projets de développement tels que des CS, sous forme associative. Contrairement aux CSCOM, ils n'ont pas passé de convention d'assistance mutuelle avec l'état, et leur mode de fonctionnement peut être très variable d'un CS à l'autre.

Les services de premier échelon à but lucratif

L'exercice privé des professions sanitaires a été autorisé par la loi de 1985. Les premiers établissements ont ouverts en 1989. L'exercice privé s'est jusqu'à présent développé essentiellement à Bamako, puis dans quelques autres grandes villes du pays. En 1996, il y avait 67 cabinets de consultations privés officiels dans le pays (31 cabinets médicaux et 36 cabinets infirmiers), dont 31 sur Bamako (17 +14) (Source : Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007). La mission de l'inspection de la santé effectuée en 2000 en a recensé 77 sur la ville de Bamako (46 cab médicaux, 23 cab infirmiers et 8 cab de sage-femme).

En dehors de ces établissements privés déclarés, il existe également un secteur privé informel.

Le personnel en charge du premier échelon

Au Mali, les services de premier échelon sont très majoritairement dirigés par des infirmiers. Les infirmiers chefs de CS sont soit des infirmiers diplômés d'état (IDE), soit des infirmiers de santé publique.

Il existe deux catégories d'infirmiers :

- ♦ *Le corps des agents techniques de santé : formation dans une école d'infirmiers de premier cycle, en 3 ans après le BEPC*, d'infirmiers de santé publique, infirmiers obstétriciens et infirmiers de laboratoire-pharmacie.*
- ♦ *Le corps des techniciens de santé : formation dans une école secondaire de la santé, en 3 ans après le BAC **, d'infirmiers diplômés d'état (IDE), de sage-femmes, de techniciens de laboratoire-pharmacie et de techniciens sanitaires.*

NB : * BEPC : diplôme de fin d'études secondaires soit 9 ans d'école.

** BAC : diplôme de fin d'études pré-universitaires soit 12 ans d'école

Une étude des CSCOM/CSAR a eu lieu en 1997, effectuée par le Population council dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans cinq régions du pays Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Elle a porté sur 81 CSCOM et CSAR tirés de façon aléatoire à raison de 16 CS dans chacune des 5 régions (après avoir observé au préalable les critères suivants : tous les cercles ayant au moins un CSCOM/CSAR opérationnel sont représentés, et un maximum de 3 CSCOM/CSAR par cercle sont enquêtés). Cette étude a mis en évidence la répartition suivante pour le profil des chefs de CS :

Profil du chef de CSCOM/CSAR - 1997

| Qualification du chef de CS | Nombre | Pourcentage |
|-----------------------------|--------|-------------|
| Infirmier diplômé d'état | 31 | 47% |
| Infirmier de premier cycle | 38 | 38,5% |
| Médecin | 6 | 7,5% |
| Aide-soignant | 5 | 6% |
| Matrone par intérim | 1 | 1% |
| TOTAL sur 81 | 81 | 100% |

Source : Document du Population council « Etude des CSCOM et CSAR dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. 1998.

En 1997, les infirmiers dirigeaient donc une large majorité des CSCOM/CSAR dans ces 5 régions. Depuis quelques années, un nombre croissant de structures de première ligne sont dirigées par des médecins. Nous détaillerons ce phénomène au chapitre suivant.

Le chef de CS est généralement entouré d'une équipe de quelques personnes : matrone ou infirmière obstétricienne (parfois sage-femme en milieu urbain), aide-soignant et gestionnaire de la pharmacie.

L'utilisation des services de premier échelon

Les données reprises dans le tableau ci-dessous proviennent du système d'information sanitaire. Il s'agit des données concernant les structures de premier échelon publiques et privées communautaires (CSCOM, CSAR, CSA) et du CSRef. Les données séparées pour le premier échelon uniquement ne semblent pas disponibles à l'échelon national.

Evolution de l'utilisation des services par la population à l'échelle nationale

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---|------|------|------|------|------|
| TU consult.curative (NC/an/hab) | - | 0,17 | 0,16 | 0,18 | 0,18 |
| Tx de 1 ^{ère} consultations prénatales | - | 30% | 36% | 41% | 46% |
| Tx d'accouchements en CS ou CS Ref | - | 25% | 28% | 31% | 32% |
| Tx de DTCP3 chez les < 1 an | 49% | 39% | 41% | 54% | 50% |
| Tx de VAR chez les < 1 an | 52% | - | 44% | 57% | 51% |

Nous ne disposons malheureusement pas de données nationales datant d'avant la mise en place de la nouvelle politique sanitaire, c'est à dire d'avant 1992.

Les données de ce tableau montrent un taux d'utilisation de la consultation curative stable au-dessous de 0,2NC/an/hab, une augmentation nette et constante du taux de consultations prénatales, une augmentation constante mais très lente du taux d'accouchements en structure de soins et une variation des résultats difficile à interpréter pour les taux de couverture vaccinale (évolution en « dents de scie »).

CONCLUSION

Ce que l'on retient d'une première vision rapide du paysage sanitaire malien est donc

- *Le choix du privé communautaire comme fournisseur principal de services de première ligne.*
- *L'importance du chemin parcouru depuis un peu moins de 10 ans en terme de couverture de la population par des services de santé à priori capables de répondre à une majorité de ses problèmes de santé.*
- *A faible utilisation des services de soins, et en particulier de la consultation curative, qui demeure en deçà de ce l'on attendrait compte tenu des problèmes de santé réels auxquels la population est confrontée (même si l'on doit rester prudent dans les interprétations dans la mesure il s'agit d'une réforme récente et en cours de mise en place).*

Nous essaierons dans le chapitre suivant de discuter ce qui nous paraît constituer les principaux enjeux actuels de la première ligne malienne.

CHAPITRE 2 : LES ENJEUX ACTUELS DE LA PREMIÈRE LIGNE

L'INSTABILITE DU PERSONNEL DES CSCOM

LE PROBLÈME

Le Mali est actuellement confronté à un problème majeur de recrutement et d'instabilité du personnel dans les CSCOM. De nombreux chefs de centre quittent leur poste, parfois pour une meilleure alternative, mais pas toujours. Le turn-over des personnels, en particulier des chefs de CS, est très rapide. Ce problème est une source de préoccupation majeure pour tous les responsables rencontrés à tous les niveaux (central, régional et cercles). Compte tenu de ce turn-over, avoir une vision quantifiée précise de la situation du personnel est un exercice difficile.

Au niveau des CSAR, il était prévu que les chefs de CS, payés par l'état, deviennent personnel communautaire au bout de quelques années. Considérant le risque que ces chefs de CS abandonnent leur fonction en changeant de statut, ce transfert d'autorité n'a pour l'instant pas eu lieu. Les chefs de CSAR sont jusqu'à présent très majoritairement des fonctionnaires.

Le tableau ci dessous est illustratif de l'instabilité particulièrement marquée du personnel des CSCOM, même si les chiffres sont en deçà de la réalité actuelle puisque la situation a empiré depuis 1997 : la reprise du recrutement dans la fonction publique depuis 1995 a en effet accentué les départs des personnels de CSCOM. En 1997, 71% des chefs de poste des CSCOM étaient en place depuis moins de 2 ans contre 37,5 pour les CSAR ; 12% des chefs de poste de CSCOM étaient en place depuis plus de 3 ans contre 45% pour les CSAR.

Ancienneté du chef de CS par CSCOM et CSAR - 1997

| Ancienneté | CSCOM | | CSAR | | TOTAL | |
|------------------|-------|---------|------|---------|-------|---------|
| | Nbre | % (/41) | Nbre | % (/40) | Nbre | % (/81) |
| Moins de 1 an | 14 | 34 | 10 | 25 | 24 | 29,6 |
| Entre 1 et 2 ans | 15 | 37 | 5 | 12,5 | 20 | 24,7 |
| Entre 2 et 3 ans | 7 | 17 | 7 | 17,5 | 14 | 17,3 |
| + de trois ans | 5 | 12 | 18 | 45 | 23 | 28,4 |
| Total | 41 | 100 | 40 | 100 | 81 | 100 |

Source : Document du Population council « Etude des CSCOM et CSAR dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. 1998.

SES CONSÉQUENCES

Un problème d'accessibilité à une offre de soins adéquate en quantité et en qualité pour la population :

Les départs de chefs de CS étant nombreux, la position généralement adoptée par les ASACO et les ESSC est de ne pas fermer le CS (pour répondre à la demande de la population et pour ne pas avoir à gérer un nouveau démarrage de CS) mais de poursuivre une offre de soins réduite avec le personnel encore en place, c'est à dire le plus souvent un aide-soignant et une matrone. En pratique cela signifie

une réduction de la liste des médicaments disponibles et des activités limitées selon les compétences des personnels disponibles.

Pour l'usager, cela se traduit par une offre de soins réduite en quantité et en qualité. Non seulement l'usager a régulièrement à faire à des professionnels moins qualifiés, mais l'instabilité du personnel est en soi un obstacle majeur à un travail de qualité en terme de continuité des soins, d'approche bio-psycho-sociale du patient, de fonction de synthèse, et d'instauration d'une relation de confiance. Cela peut être un facteur de limitation important à l'utilisation des services.

Un problème de viabilité financière du CS :

L'absence du chef de CS entraîne généralement un déséquilibre financier car les rentrées financières liées aux consultations et à la vente des médicaments diminuent de façon importante alors que les charges, à l'exception du salaire du chef de CS restent les mêmes. Si la période sans chef de CS se prolonge, la survie du CS peut être en jeu. La gestion des médicaments devient particulièrement difficile : les médicaments non utilisés se périment, et les revenus liés à la vente de la liste réduite de médicaments ne permettent pas de refaire un stock adéquat.

Une limitation aux possibilités d'extension de la couverture en structures sanitaires de premier échelon :

Les difficultés de recrutement du personnel par les ASACOS rendent aléatoire le développement de CSCOM dans les zones non encore couvertes.

SES PRINCIPALES CAUSES

Un capital en ressources humaines faible.

Nous nous concentrerons ici sur les infirmiers, les données concernant les médecins seront données dans le chapitre 4 qui leur est consacré.

Sur le plan quantitatif

Il est difficile d'avoir des données précises et récentes sur la situation du personnel de santé (la mission d'appui aux ressources humaines elle-même n'avait pas ces données au moment de notre visite). D'après les différentes sources que nous avons pu trouver voici les chiffres (probablement approximatifs) concernant le total d'infirmiers par nombre d'habitants. Ces chiffres illustrent une *situation assez classique de pays d'Afrique sub-saharienne ayant des ressources humaines à la fois peu nombreuses et mal distribuées.*

Situation quantitative des infirmiers au Mali - 1997

| Infirmiers | 1997 * |
|-----------------------------------|------------|
| Total (source Santé Sud) | 1814 |
| Dont fonction publique (FP) | |
| Source Santé Sud | 1370 (75%) |
| Source PDSS | 1594 |
| Dont FP hors Bamako (source PDSS) | 931 (58%) |
| Ratio infirmier / hab | 1 / 5 067 |
| Ratio inf FP / hab | |
| Source Santé Sud | 1 / 6 708 |
| Source PDSS | 1 / 5 766 |
| Ratio inf FP / hab hors Bmko | 1 / 9 002 |

NB : Chiffre de population considéré pour 1997 : 9 190 846 (Source Document PDSS 1998-2007)

Jusqu'en 1996, la production d'infirmiers avait lieu dans 3 écoles publiques, 2 écoles de premier cycle (formation d'infirmiers de santé publique) à Bamako et Sikasso, et une école secondaire de la santé (formation d'IDE) à Bamako. Ces écoles sont gratuites. L'entrée se fait sur concours et les étudiants en formation ont tous une bourse. Depuis 1993 le nombre de diplômés annuels a très nettement diminué du fait de la chute du niveau scolaire général et en conséquence de la forte proportion d'échecs au concours d'entrée. Après une année blanche (grèves) en 1994, la production fut de 20 à 30 diplômés par an pour les deux écoles de Bamako (au lieu de 40 à 90 les années précédentes). En 1996 et 1997, des écoles privées se sont ouvertes : 1 école formant aux deux cycles d'infirmiers à Bamako et Gao, 1 école de premier cycle à Sikasso et Ségou. Les premiers diplômés de ces écoles sont sortis en 2000 pour Bamako et sortiront en 2001 pour les autres. Les écoles privées sont payantes (environ 100 000 FCFA d'inscription + 200 000 FCFA pendant l'année) mais leur accès était jusqu'à présent moins exigeant (pas de concours d'entrée). Elles suivent les mêmes programmes que les écoles publiques et débouchent sur le même diplôme.

Sur le plan qualitatif

La chute du niveau scolaire général au Mali depuis une dizaine d'années est un phénomène évoqué par tout le monde. L'utilisation des élèves et des étudiants à des fins politiques a rendu impossible une scolarité normale. Les enseignants des écoles d'infirmiers disent ressentir très nettement cette chute de niveau lors du concours d'admission.

Un statut de personnel communautaire peu attractif

Le personnel des CSCom est employé par l'ASACO. Un contrat lie normalement l'employé à l'ASACO, et précise ce qui est attendu du professionnel de santé, les modalités de rémunération et les avantages éventuels d'autre nature (logement mis à disposition...). D'après l'ensemble des personnes rencontrées, le personnel communautaire est dans la majorité des cas mieux payé que le personnel fonctionnaire. Cependant, ce facteur de motivation positive ne semble pas compenser les facteurs de motivation négative qui sont de plusieurs ordres :

Des facteurs liés au statut de personnel communautaire : insécurité, absence de perspectives et de formation

Le statut communautaire présente trois différences majeures avec celui de la fonction publique : la non-sécurité de l'emploi (possibilité d'être licencié selon des modalités qui sont normalement précisées dans le contrat), l'absence de progression de carrière et l'absence de formation continue (les bourses de formation sont généralement réservées aux fonctionnaires. Ces trois éléments semblent être très fortement démotivants pour les professionnels qui considèrent plutôt le statut communautaire comme un statut de passage.

Des facteurs liés à la pratique de la relation avec l'ASACO

La dynamique communautaire est l'une des principales richesses de la mise en place de la politique sectorielle au Mali, et de nombreuses ASACO fonctionnent bien et en harmonie avec les professionnels de santé. Cela n'est cependant pas le cas partout et les difficultés de relations avec l'ASACO sont une des causes principales de l'instabilité du personnel de santé. Il a donc été important pour nous d'essayer de mieux les comprendre. Elles sont de plusieurs ordres :

- ♦ L'ASACO comme employeur : un employeur exigeant et pas toujours respectueux des droits et du travail de son personnel de santé.

Il est fréquent que les ASACO n'établissent pas de contrat avec leur personnel et ne les déclarent pas à l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale), ce qui signifie absence de couverture sociale, de retraite, et possibilité d'être renvoyé du jour au lendemain. Parfois cependant, il semble que ce soit le professionnel qui ne veuille pas du contrat pour avoir lui aussi la liberté de partir du jour au lendemain, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent.

Le fait d'avoir des comptes à rendre à son employeur et que cela puisse avoir des conséquences directes sur le maintien de l'emploi est quelque chose de nouveau pour la majorité des professionnels rencontrés. La fonction publique c'est en effet aussi, comme le disent certains cadres de la fonction publique, « le salaire assuré sans exigence de résultats ». Ce changement ne va pas de soi, d'autant plus que les professionnels n'ont pas toujours le sentiment d'être respecté

dans leur travail. La relation employé-employeur n'est pas forcément facile à vivre pour des professionnels lorsque l'employeur lui-même n'est pas un professionnel et n'a pas de connaissance de la profession.

De façon plus spécifique, les communautés et les ASACO exigent une disponibilité des professionnels de santé nettement plus importante que ce à quoi ces derniers sont habitués dans la fonction publique. S'ils reconnaissent être plutôt mieux payés en communautaire qu'en public, les professionnels disent aussi que la disponibilité que l'on exige d'eux les empêche d'avoir aucune autre activité lucrative en dehors de leur travail.

- ♦ L'ASACO comme gestionnaire de CS. Beaucoup des tensions entre ASACO et professionnels de santé sont liées à la fonction de gestionnaire des ASACO.

Les ASACO sont souvent novices en terme de capacité gestionnaire, et la formation initiale fournie par le MSP ne suffit pas dans de nombreux cas à rendre les ASACO suffisamment compétentes pour être autonomes. Le chef de CS est le premier à subir les conséquences d'une mauvaise gestion dont il n'est pas responsable.

Le travail d'équipe des ASACO avec le chef de CS pour la gestion du CS fait partie des aspects très variables d'un CS à l'autre. Cela dépend de la qualité des relations établies et du degré d'indépendance de l'ASACO. Certaines ASACO sont en effet très jalouses de leurs nouvelles prérogatives et veulent être les « seuls maîtres à bord ». D'autres au contraire recherchent d'emblée le soutien du chef de CS pour remplir une fonction qu'elles ne maîtrisent pas vraiment. De la même façon, l'éventuel support technique de la part de l'ESSC est plus ou moins bien acceptée.

Au-delà des problèmes de compétence technique pour gérer une structure de soins, c'est parfois les intentions de « mal gestion » qui sont montrées du doigt. La transparence de la gestion financière n'est pas toujours au rendez-vous. Les revenus d'un CS représentent des sommes qui peuvent susciter la tentation, et le terme communautaire n'est pas une garantie de probité.

- ♦ L'ASACO comme représentant de la communauté. La problématique de représentativité est classique de toutes les structures dites participatives ou communautaires. Les ASACO attirent souvent des personnalités d'influence, qu'elles soient politiques, commerciales, religieuses... Leur agenda personnel est plus ou moins en harmonie avec celui du CS. Leur fonctionnement démocratique est plus ou moins avancé : les assemblées générales annuelles n'ont pas toujours lieu, les ré-élections du bureau tous les trois ans n'ont pas toujours lieu, et les élections du conseil d'administration ne sont pas toujours à proprement parler des élections.

Certains des problèmes évoqués ci-dessus sont liés aux tâtonnements de la mise en place d'une politique nouvelle, certains autres correspondent à des mauvaises interprétations du système proposé ou à ses dérives.

DES VOIES D'AMÉLIORATION POSSIBLES

Les orientations déjà prises

Pour répondre au problème majeur de recrutement et d'instabilité du personnel, des stratégies de réactions ont été mises en place.

Augmenter la production d'infirmiers

En 2000, le MSP a décidé d'inverser la tendance en terme de production d'infirmiers pour les écoles publiques, et de fixer le nombre d'admis au concours en fonction du besoin estimé. A titre d'exemple, l'objectif étant de former en 5 ans environ 1000 IDE, soit environ 200 par an, 180 étudiants ont été recrutés en première année de formation IDE pour l'année 2000. L'arrivée sur le marché de l'emploi des premières cohortes d'infirmiers formés dans les écoles privées va également participer à l'augmentation du nombre total d'infirmiers sur le marché. A noter aussi que le recrutement est plus nettement augmenté pour les IDE que pour les infirmiers de premier cycle (En 2000 : 180 admissions en 1^{re} année IDE contre 80 en 1^{re} année d'infirmiers de premier cycle) ce qui correspond à la volonté d'évoluer à moyen terme vers une filière unique d'IDE.

On peut espérer que le développement d'écoles décentralisées améliore l'accès aux formations des jeunes venant des différentes régions du pays et favorise ainsi leur enracinement professionnel en périphérie. On peut aussi s'inquiéter des modalités de sélection d'entrée jusqu'à présent différentes entre public et privé pour des formations censées amener au même diplôme.

Élaborer un nouveau statut des personnels communautaires

Un atelier national a eu lieu en Mai 2000 à propos du statut du personnel communautaire. Durant 3 jours, l'ensemble des acteurs impliqués (MSP, professionnels de santé, Fenascom¹, Syndicats, partenaires...) se sont rencontrés. Un projet de statut a été élaboré suite à cette réunion puis validé par l'atelier national. Ce statut en était au moment de notre visite au stade du passage devant le conseil des ministres. Nous n'avons pas eu accès aux documents écrits. Il s'agit d'un statut qui concernerait l'ensemble du personnel communautaire et tenterait de répondre aux principaux problèmes identifiés, d'une part à travers la sécurisation des conditions de recrutement, de congé et de licenciement, d'autre part à travers la création d'incitatifs sous forme de cotisation INPS (= Institut National de Prévoyance Sociale), primes de fonction, indemnités de déplacement, primes d'heures supplémentaires.... Cela permettrait probablement de répondre à une partie des facteurs de démotivation du personnel. En revanche nous ne savons pas si des facteurs de motivation positive tels que l'accès aux formations, des possibilités de progression de carrière, la fourniture d'un logement, le support régulier de l'équipe cadre de cercle, ont été pris en compte dans ce nouveau statut.

Les facteurs de démotivation sont en effet ceux qui ont un effet répulsif sur le personnel et leur suppression est importante pour éviter en particulier la fuite du personnel en place. Néanmoins, la suppression de ces facteurs ne suffit pas à rendre le statut attractif. Pour cela, travailler au développement de facteurs de motivation, d'attraction du personnel est également très important. Ce qui est certain, c'est que le personnel a placé beaucoup d'espoir dans ce nouveau statut.

Maintenir voire augmenter l'implication de l'état dans la gestion du personnel

L'état utilise plusieurs moyens d'action vis à vis de ce problème :

- L'idée de remplacer les fonctionnaires des CSAR par du personnel communautaire a pour le moment été mise en suspend, compte tenu de la situation de crise du personnel des CSCOM.
- Les équipes de cercle aident souvent activement les ASACOS à trouver du personnel pour leurs CSCOM.
- Dans les zones considérées difficiles (isolement, population dispersées ou nomades...), le MSP joue parfois un rôle plus actif en nommant du personnel de la fonction publique.

D'autres orientations possibles

- L'arrivée d'un nouvel acteur sur le terrain, la commune et son maire élu, va inévitablement modifier l'équilibre des rapports de force localement. Avec la politique de décentralisation, les communes vont avoir des responsabilités vis à vis des services de santé de leur territoire. La convention actuellement bipartite MSP/ASACO pourrait évoluer vers une convention tripartite MSP/ASACO/ Commune, avec des rôles respectifs à définir. A partir de là, des évolutions de statut des professionnels de santé sont possibles, soit vers un statut de personnel communal, soit vers un statut mixte privé communautaire avec certains aspects pris en charge par le service public ou la commune, tels que la formation par exemple...
- Valoriser l'expérience communautaire dans le cursus professionnel est une autre voie possible : on pourrait envisager un recrutement prioritaire dans la fonction publique pour les professionnels ayant exercé x années en CSCOM.
- Renforcer les ESSC de façon à ce qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle est aussi une orientation de travail importante. Ces ESSC peuvent en effet exercer une influence positive sur la relation entre professionnels et ASACO de plusieurs façons :
 - En apportant au personnel un appui technique et humain qui les renforce dans leur rôle professionnel
 - En apportant aux ASACO un appui technique à la gestion du CS qui renforce leur compétence et améliore la gestion du CS

¹ Fenascom : fédération nationale des ASACOS.

- En effectuant la supervision financière régulière du CS
- En jouant un rôle d'intermédiaire en cas de conflit

LA QUALITÉ DES SOINS AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE LIGNE

L'UTILISATION DES SERVICES COMME INDICATEUR DE LA QUALITÉ PERCUE

Compte tenu de l'approche adoptée et de l'échelle nationale du programme, la persistance d'une faible utilisation des services curatifs de premier échelon attire l'attention. Un effort considérable a été fourni pour la mise en place de la politique sectorielle avec une amélioration effective de l'accessibilité à des structures de soins de premier échelon capables de proposer un ensemble de services à la fois curatifs et préventifs, d'assurer une disponibilité en médicaments essentiels à des tarifs peu élevés. La caractéristique principale de la démarche fut l'approche communautaire tant dans le processus de mise en place que dans le mode de gestion choisi.

La consultation curative est généralement la demande principale des populations et leur premier motif d'utilisation des structures de soins. Son utilisation est souvent révélatrice de la confiance et de la satisfaction de la population vis à vis du CS.

Si l'on examine d'un peu plus près le taux d'utilisation de la consultation curative, on constate que :

1. L'évolution du taux d'utilisation stagne depuis plusieurs années au-dessous de 0,2 NC/an/hab
2. Pour l'année 1999 (TU moyen de 0,18 NC/an/hab), les taux d'utilisation par région montre une variation assez peu marquée entre les régions : de 0,13 à 0,26 NC/an/hab
3. Au sein des régions, la situation est variable. Pour 4 régions, les variations d'un cercle à l'autre sont peu marquées, allant de 0,08 à 0,28 (Koulikoro, Sikasso, Mopti et Gao). Pour les 5 autres régions, les variations sont plus marquées allant de 0,06 à 0,44 NC/an/hab.

La persistance d'une faible utilisation des CS pose la question de la satisfaction de la population, et donc de la qualité des services offerts telle que perçue par la population.

L'IDENTIFICATION DE QUELQUES OBSTACLES A LA QUALITÉ

Quelques enquêtes auprès de la population permettront d'entendre ce que les usagers ont à dire au sujet des motifs d'utilisation et de non-utilisation des services de santé. L'observation des services de santé permet par ailleurs d'identifier des facteurs pouvant influencer négativement la qualité des soins et services offerts.

L'instabilité du personnel

La stabilité du personnel, et en particulier du chef de centre est une condition nécessaire à la qualité. Elle autorise la connaissance mutuelle et la capacité de synthèse nécessaires à l'approche globale du patient, à la continuité et à l'intégration des soins, à leur efficacité. Si la stabilité du personnel n'est pas une condition suffisante à la qualité, son absence constitue cependant un obstacle majeur à la qualité.

L'instabilité du personnel a un autre effet néfaste sur la qualité des soins et services. Les périodes intermittentes sans chef de centre, pendant lesquelles les activités sont réduites à ce qui peut être pris en charge par le personnel disponible moins qualifié que le chef de CS, décrédibilisent le service aux yeux de la population.

La faible intégration de l'équipe du centre de santé

Il y a généralement une distribution du travail au sein de l'équipe telle que le plus souvent le chef de centre est en charge de la consultation curative, l'aide-soignant en charge des soins infirmiers et des vaccinations, la matrone ou l'infirmière obstétricale des consultations pré-natales et des accouchements. Cette répartition des fonctions est enseignée dans les formations de préparation aux

ouvertures de centre. Elle a pour objectif de permettre un travail en équipe plus efficace, tenant compte des compétences de chacun. Cependant, si l'on vise la prise en charge intégrée des patients et la continuité des soins, il est nécessaire que le travail de chacun soit réintégré au sein d'un travail d'équipe, et que le chef de centre exerce la fonction de synthèse. Dans de nombreux CS, la qualité des soins souffre de l'absence de ce travail. Il y a une juxtaposition d'activités verticalisées, mécanisées et désintégrées, qui ont perdu ce qui fait l'essence même de ce qu'est un service de première ligne de qualité : la prise en compte des différents problèmes du patient, des différents aspects (bio-psycho-sociaux) de ses problèmes, des interprétations et des priorités du patient, la capacité de synthèse et de négociation du soignant.

L'absence d'un outil important de la qualité des soins : le dossier médical du patient

Au niveau des centres de santé, il y a des outils de suivi, essentiellement pour les activités de certains programmes verticaux (vaccination, suivi des femmes enceintes, tuberculeux...). En revanche, il n'y a pas de dossier médical individuel et/ou familial, outil d'intégration des contacts des patients avec les différents membres de l'équipe, outil de synthèse, de continuité et de mémoire. Dans un contexte d'instabilité du personnel, l'absence de ce type d'outil se fait plus cruellement ressentir encore. Le centre de santé fonctionne plus comme un lieu de réponses ponctuelles que comme un lieu privilégié de relation continue avec la population.

L'ENJEU

Ces éléments observés au Mali et identifiés comme des obstacles à la qualité ne sont en rien des spécificités maliennes. Ce sont au contraire des observations que l'on peut faire dans de très nombreux pays africains. Elles viennent renforcer un questionnement désormais central : deux décennies d'efforts de mise en place de structures de santé géographiquement accessibles, proposant une offre de soins théoriquement à même de répondre à la majorité des problèmes de santé courants à des tarifs supposés accessibles à une majorité, et ceci dans de nombreux pays, semblent se heurter un peu partout à ce qui est considéré comme une sous-utilisation des services. Ce qui est intéressant au Mali par rapport à cette question, c'est que l'on pourrait attendre de l'orientation communautaire qui a été prise, d'une part qu'elle ait permis mieux que d'autres d'adapter les services aux attentes de la population, et d'autre part qu'elle soit à même de capter les déceptions, inadéquations et problèmes divers pouvant mener à une faible utilisation. De plus en plus, la question de la qualité des services offerts est au cœur des débats. La réflexion sur la qualité a le mérite de nous faire revenir à des choses à la fois simples et complexes mais en tous cas centrales, telles que la qualité de la relation soignant-soigné, les notions d'approche bio-psycho-sociale et de soins centrés sur le patient ; elle nous fait revenir à une vision plus basée sur le professionnalisme et l'humanisme que sur la standardisation et la bureaucratisation.

Le Mali, en choisissant de passer le relais de la première ligne aux communautés s'est en partie protégé d'une mise en place verticalisée et standardisée des districts sanitaires. Cependant, plusieurs personnes du niveau central ont exprimé que l'objectif actuel était l'extension de couverture et qu'ensuite on se préoccuperait de la qualité. On peut questionner cette priorisation dans la mesure où la mise en place de services pauvres en qualité va logiquement mener à une faible confiance et à une faible utilisation, qui d'une part sont difficiles à corriger dans un second temps, et qui d'autre part rendent plus difficiles une extension de couverture basée sur la dynamique communautaire.

LA FIABILITÉ DU RELAIS : LE CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE

UNE COUVERTURE INCOMPLÈTE EN CSREF FONCTIONNELS

Comme nous l'avons vu dans la partie descriptive, les CSRef se mettent en place progressivement depuis 1995. Pour être opérationnels, les CSRef doivent répondre à certains critères d'infrastructures,

de plateau technique et de niveau technique du personnel. Il n'est pas toujours facile de remplir l'ensemble de ces conditions et les cercles ne disposent pas tous d'un CSRef fonctionnel. La non-disponibilité des ressources humaines adéquates constitue là encore un obstacle important à la fonctionnalité des CSRef, en particulier pour l'activité chirurgicale. L'objectif pour un CSRef est d'avoir au moins deux médecins dont au moins un à tendance chirurgicale. Cela n'est pas toujours facile à obtenir, d'autant plus que depuis quelques années, les étudiants en médecine ne bénéficient pas tous d'une formation en chirurgie. Il y a donc assez souvent soit des difficultés pour recruter un médecin capable de pratiquer les interventions courantes, soit un problème de permanence de l'activité chirurgicale lorsqu'il n'y a qu'un médecin capable d'exercer cette activité. Or la capacité de la structure de référence à effectuer les interventions chirurgicales de base est essentielle pour l'efficacité du système de soins et pour la confiance que l'on peut lui accorder. Ces obstacles ne doivent pas faire oublier l'extension progressive effective du réseau des CSRef fonctionnels et les efforts qui sont faits pour améliorer l'accès des patients référés au CSRef. Une initiative intéressante dans ce sens existe dans un certain nombre de cercles, il s'agit d'un système d'évacuation des urgences obstétricales : un partage des coûts est organisé entre l'état, le CSRef, l'ASACO et le patient afin d'éviter que le paiement de frais importants au moment même de l'urgence obstétricale ne soit un frein à la référence. Les modalités pratiques organisationnelles peuvent différer d'un lieu à l'autre, mais le principe est le même : la patiente présentant une urgence obstétricale doit pouvoir être prise en charge pour son transport jusqu'au CSRef et pour les soins nécessaires au niveau du CSRef en n'ayant à payer qu'une partie de frais engendrés et de façon différée. Ce système semble être très apprécié là où il existe.

LES ENJEUX LIÉS AUX CSREF

La crédibilité de la première ligne

La crédibilité des centres de santé est directement liée à leur capacité à apporter une réponse satisfaisante à l'ensemble des problèmes des patients, y compris en passant le relais à une autre structure de soins lorsque cela s'avère nécessaire, et cela particulièrement lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes où la vie du patient est en jeu. Cela fait bien sûr référence à la qualité des soins dispensés, mais aussi au fonctionnement du CS au sein d'un système cohérent et en particulier à l'existence d'un hôpital de référence capable d'assurer un relais efficace. Lorsqu'un centre de santé pratique la consultation prénatale, mais ne peut pas proposer à la femme présentant une complication un relais accessible et adéquat au niveau du cercle, il perd en crédibilité.... et l'ensemble du système avec.

La crédibilité de l'état

L'état a passé le relais du premier échelon aux communautés et a joué un rôle très actif dans la mise en œuvre des CSCoM. Il reste en charge du niveau de référence et des équipes cadres de cercle. On attend donc logiquement de lui qu'il renforce effectivement les CSRef de façon à ce que ces derniers puissent jouer leur rôle. Si l'état réussit cet objectif, il aura rempli son « contrat implicite » avec la population. Si ce n'est pas le cas, la population risque d'avoir le sentiment de s'être fait manipulée, l'état se « désengageant » du premier échelon sans assumer pleinement sa responsabilité vis à vis des populations à travers les CSRef.

LE RÔLE DES ÉQUIPES SOCIO-SANTAIRES DE CERCLE (ESSC)

Nous avons évoqué dans la partie descriptive quel était le panel des différentes responsabilités auxquelles devait faire face l'ESSC :

- Une responsabilité directe de soins et de gestion de structure de soins au niveau du CSRef.
- Une responsabilité administrative et technique vis à vis des CSA, qui demeurent jusqu'au moment de leur revitalisation des structures de soins publiques.

- ♦ Une responsabilité d'appui technique et de régulation vis à vis des CSCOM, à laquelle s'ajoute une responsabilité directe de gestion des ressources humaines (les chefs de CS) pour les CSAR.
- Depuis le développement des CSCOM, le rôle des ESSC connaît un glissement progressif vers moins de relation hiérarchique directe et plus de guidance et de régulation. L'ESSC n'a en effet pas de pouvoir administratif direct sur les CSCOM et les ASACO. En revanche, il est clairement établi dans la convention entre le MSP et l'ASACO que l'état, à travers l'ESSC, a un rôle « d'appui technique à la gestion du personnel, du matériel et du médicament essentiel » et de « supervision technique des CSCOM qui portera sur l'organisation et la qualité des soins, et sur la gestion du centre ».

Le rôle de l'équipe de cercle dans cette phase de mutation est difficile :

- ♦ Parce qu'il est multiforme : il faut savoir jongler avec ses différentes casquettes
- ♦ Parce qu'il est à découvrir : l'équilibre n'est pas simple à trouver entre le désir d'autonomie des ASACO et leur besoin de guidance et remplacer un pouvoir hiérarchique par un pouvoir de conviction n'est pas chose aisée. Il s'agit de nouveau d'un changement de culture de travail.
- ♦ Parce que la responsabilité est lourde : assurer le bon fonctionnement des CSRef, guider les CSCOM en place et accompagner l'extension de couverture sont trois chantiers qui correspondent aux trois grands enjeux de la politique sectorielle. Cette responsabilité est d'autant plus lourde que les ESSC sont souvent jeunes et peu expérimentées. Elles découvrent leurs responsabilités multiples en même temps qu'elles découvrent aussi les difficultés du travail d'équipe.

La reconnaissance de la difficulté et de l'importance du rôle des ESSC par les niveaux supérieurs et leur appui par des équipes régionales expérimentées sont essentielles.

C'est d'ailleurs, au-delà des ESSC, l'ensemble des équipes cadres du MSP aux différents niveaux qui doivent répondre de ces responsabilités et en particulier découvrir et définir leur nouveau rôle de régulateur.

LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Vis à vis des aires de santé non viables

Le programme de développement des CSCOM a logiquement démarré avec les zones les plus favorables, c'est à dire ayant la concentration de population suffisante et les ressources nécessaires à l'investissement initial, capable d'attirer du personnel pour y travailler, et ayant une dynamique communautaire prête à s'investir dans un projet sanitaire. Un peu plus de la moitié des aires de santé bénéficient actuellement de la présence d'un CSCOM ou CSAR. La phase d'extension restante est la plus difficile et l'on sait que certaines aires ne sont pas viables parce que la population est dispersée et/ou plus pauvre qu'ailleurs. L'état devra alors utiliser la solidarité nationale pour que ces aires ne soient pas les laissées pour compte.

En réponse au caractère inéquitable des CSCOM

Les CSCOM sont des CS privés, qui reposent essentiellement sur les ressources de la communauté. Plus une communauté est riche, plus elle aura les moyens d'améliorer l'équipement de son centre, d'embaucher du personnel plus qualifié et/ou plus nombreux, d'améliorer les services offerts Il y a donc un problème d'équité évident, vis à vis duquel l'état doit proposer des mécanismes de régulation. La passation de relais du MSP aux communautés pour la

LE RÔLE DES COMMUNES

La mise en place des communes est également un enjeu important : comment ce nouvel acteur va-t-il s'intégrer dans le paysage ambiant ? Comment va se situer son rôle par rapport aux ASACO et au

MSP ? Comment le problème de l'existence d'un double découpage (aires de santé et communes ne sont pas systématiquement superposables) va-t-il être résolu ?

Le rôle des communes est à envisager à la lumière des enjeux actuels : comment pourraient-elles venir renforcer la mise en place des services de santé ? A quels enjeux peuvent-elles apporter une réponse (statut du personnel communautaire....) ?

CONCLUSION

Des enjeux actuels de la première ligne se dégagent quelques réflexions :

- *Un système de soins ne peut se faire sans que le personnel de santé n'y trouve son compte. Le privé communautaire leur a fait perdre les avantages du public et découvrir les contraintes du privé sans suffisamment bénéficier de ses avantages. Il est urgent de trouver un meilleur équilibre.*
- *Il est « politiquement correct » sur la scène internationale de considérer que ce qui est communautaire est automatiquement bon. Le mot communautaire ne doit cependant pas faire oublier le mot privé, et la présence d'un pouvoir de régulation est un élément crucial dans un tel système.*
- *La réforme de santé malienne est une réforme en profondeur qui implique des changements de culture de travail. Pour les professionnels de première ligne, c'est le passage d'une culture de fonction publique à une culture du privé, avec ses conséquences en termes de résultats, de sécurité d'emploi. Pour les cadres du MSP, c'est le passage d'une fonction d'administration directe de services à une fonction de régulation, ce qui implique le passage de relations hiérarchiques administratives à des relations d'appui technique.*
- *Il est essentiel que la réflexion sur la qualité du service fourni « in fine » au patient et l'adéquation de ce service aux attentes des patients soit au centre des préoccupations.*

CHAPITRE 3 - GENÈSE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE

Au moment de son indépendance, le Mali comptait 75 médecins. La faculté de médecine de Bamako a ouvert ses portes en 1969 et les premiers médecins diplômés sont sortis en 1974. Le nombre de diplômés sortants chaque année entre 1976 et 1988 étaient de 20 à 40 (Source : Faculté de médecine). Jusqu'en 1985, les médecins étaient tous intégrés à la fonction publique et travaillaient au niveau des structures hospitalières et des équipes cadres, les services de premier échelon étant quant à eux dirigés par un infirmier.

Deux décisions politiques ont modifié les perspectives de la profession médicale :

- L'instauration d'un concours d'entrée à la fonction publique en 1985 dans le cadre de la politique d'ajustement structurel. A noter qu'à cette date, le pays comptait 450 médecins. Le recrutement de médecins est devenu minime (quelques médecins chaque année), et la majorité des médecins sortants n'avaient donc plus accès à la carrière de la fonction publique.
- L'autorisation de l'exercice privé de la profession médicale en 1985, mesure d'accompagnement inévitable de la décision précédente.

Par ailleurs en 1988, un consultant de la Banque Mondiale considérant le nombre croissant de médecins au chômage proposait la fermeture de la faculté de médecine (Source : Expérience des médecins de campagne 98). A partir de cette date, des discussions ont eu lieu avec les étudiants de la faculté de médecine, portant sur les alternatives possibles à la fonction publique telles que l'exercice privé ou de type associatif, sur les possibilités de travail en milieu urbain, mais aussi sur le modèle des « médecins de campagne » à la française.

Les années suivantes ont vu se développer un double mouvement: d'une part des médecins, se retrouvant au chômage, ont cherché à travailler en première ligne en milieu urbain, principalement à Bamako ; d'autre part l'école de médecine (avec le Docteur H Balique) soutenu par une ONG (Santé Sud) et la coopération française, ont lancé une initiative d'installation de médecins en première ligne en milieu rural.

LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE A BAMAKO

A Bamako, il y a eu développement parallèle de cabinets de consultation médicaux purement privé à but lucratif et de centres de santé appelés communautaires et dirigés par des médecins.

LES CABINETS DE CONSULTATIONS MÉDICAUX A BUT LUCRATIF

Les cabinets médicaux de consultations privés officiels se sont lentement développés à partir de 1985. Ils n'étaient que 17 à Bamako en 1996 (10 ans après la légalisation de l'exercice privé) et sont au nombre de 46 en 2000. Ces chiffres sont une sous estimation de la réalité puisqu'ils ne prennent pas en compte le réseau existant des cabinets non officiels.

LES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DE BAMAKO

Le phénomène des centres de santé communautaires de Bamako a précédé la politique sectorielle et l'ouverture des premiers CSCom du PSPHR en 1993. Les structures de soins à Bamako étaient essentiellement hospitalières ; les structures de première ligne étaient très peu nombreuses et se limitaient à un centre de santé de PMI par commune, destiné surtout aux femmes et aux enfants.

Le premier des CS communautaires de Bamako fut celui de Bankoni qui a ouvert ses portes en 1989, sous l'impulsion de la population organisée en ASACO et de professionnels de santé très motivés. Il s'agissait d'un CS effectivement géré par la communauté, sans but lucratif, avec système d'adhésion, recouvrement des coûts différencié selon l'adhésion ou non, introduction de médicaments essentiels, PMA initialement réduit à la consultation curative et qui s'est dans un second temps élargi aux

activités préventives concernant les enfants et les femmes enceintes (Ikmane 1991). La mise en place de ce CS a été appuyé par différents bailleurs (ONG Santé Sud et Médecins du Monde, coopération française, H Balique, Lyon club, OCCGE).

Le succès de ce CS a débouché sur la création d'autres CS communautaires. Il semble cependant que contrairement au cas de Bankoni où l'initiative venait de la communauté, ce sont par la suite plutôt de jeunes médecins au chômage qui ont fait une démarche active vers la population pour susciter l'ouverture de CS communautaires. *Il y a eu rencontre d'intérêt entre des médecins à la recherche de travail et une population urbaine demandeuse de services de santé tenus par des médecins.*

Le nombre de CSCOM est progressivement passé de 1 en 1989 à 25 cinq ans plus tard en 1994.

Les termes de CS Communautaire et d'ASACO existaient donc déjà à ce moment, mais ils ne correspondaient pas comme ce sera le cas par la suite à un statut clairement défini puisqu'il n'y avait pas de réglementation en place pour ce type de pratique. Il y avait à chaque fois négociation entre le médecin et l'ASACO pour définir les termes de l'organisation, en particulier pour sa partie financière. Ce qui constituait la base commune de ces CS communautaires était la gestion par la communauté représentée en ASACO, le rôle de centre de soins de premier recours et l'utilisation de ME.

LES MÉDECINS DE CAMPAGNE

(Annaheim-Jamet 1996) (Association des médecins de campagne du Mali & Association Santé-Sud 1998)

Cette terminologie de médecins de campagne fait référence à une réalité de la pratique médicale en France appartenant à un passé assez récent (avant 1945). Il s'agit des médecins de famille qui exerçaient en milieu rural, à une époque où les conditions de transport et les moyens de communication étaient beaucoup moins développés que maintenant ce qui obligeait le médecin à une grande polyvalence pour résoudre des problèmes très divers, où la technologie médicale était encore très rudimentaire, et où la sécurité sociale n'existant pas, les médecins devaient dégager des revenus suffisants tout en s'adaptant aux capacités de chacun à payer.

L'esprit de l'initiative des médecins de campagne au Mali était semble-t-il d'offrir une alternative professionnelle aux médecins maliens en mettant en évidence le parallèle existant entre le médecin de campagne français de cette période et ce qu'il pourrait être dans le milieu rural malien, en montrant que l'exercice en milieu rural était possible et que ceux qui étaient prêts à tenter l'expérience seraient soutenus. Le Dr H. Balique, l'ONG Santé Sud et la coopération française ont assuré l'appui nécessaire à cette expérience. Les modalités d'exercice envisagées étaient ouvertes à des modes privés à but lucratif, associatif, communautaires...

De leur côté, de nombreuses associations villageoises dans le pays avaient construit et parfois équipé un centre de santé, et étaient à la recherche de personnel.

- ♦ Un premier médecin de campagne s'est installé en 1989 sur la région de Sikasso (à Koutiala) en privé indépendant dans un village appartenant à une zone d'activité économique importante. Une association villageoise avait construit et équipé un centre de santé, dans lequel travaillaient une matrone et un aide-soignant. Il fut convenu que le médecin louerait le local, embaucherait le personnel en place, fournirait des soins curatifs et préventifs, et que l'association villageoise, propriétaire du CS, serait responsable de la gestion du dépôt pharmaceutique. Les revenus de la tarification des services revenaient au médecin qui devait payer les salaires du personnel qu'il employait.
- ♦ Un second médecin de campagne s'est installé la même année avec un statut de salarié dans un centre de santé confessionnel.
- ♦ Un troisième médecin de campagne s'est installé en 1990 dans la région de Kayes où de nombreuses associations de ressortissants maliens vivant en France et ayant financé et équipé des CS recherchaient du personnel, de préférence médical. Un contrat de droit privé fut établi entre le médecin et l'association selon lequel le médecin s'engageait à assurer le PMA défini par l'état, à assurer l'accès au CS 7 jours sur 7 et 24h sur 24, à effectuer des visites à domicile à la demande et à assurer la direction technique et administrative du CS. En contrepartie l'association mettait à sa disposition le local, son équipement et son personnel ainsi qu'un logement; le partage

d'honoraires devait permettre au médecin en toutes circonstances de recevoir un versement forfaitaire de 50 000 FCFA par mois et la moitié des recettes sur tous les actes réalisés, à l'exception des consultations qui n'étaient comptabilisées qu'à partir de la 11^{ème} d'une même journée. L'association villageoise gardait la gestion complète du dépôt pharmaceutique.

- ♦ La mise en place de la politique sectorielle et l'apparition des CSCom a favorisé par la suite les installations contractuelles de médecins avec des ASACO, selon le processus proposé par le PSPHR.

Le rythme des installations a été lentement progressif, passant de 2 en 1989 à 19 cinq ans plus tard en 1994.

CONCLUSION

Les similitudes du développement des CSCom de Bamako et des médecins de campagne sont assez frappantes. Provoquées par l'obligation pour les jeunes médecins de trouver des alternatives de travail à la fonction publique, ces expériences se sont orientées vers la recherche d'associations contractuelles avec la population donnant naissance à une gamme étendue de formules négociées.

CHAPITRE 4 - ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA SITUATION DES MEDECINS DE PREMIERE LIGNE

DONNÉES GÉNÉRALES SUR LES MÉDECINS MALIENS

DONNÉES QUANTITATIVES

Le tableau ci dessous rassemble quelques données quantitatives concernant les médecins maliens. Les données concernant les infirmiers sont rappelées à titre comparatif.

| | Infirmiers 1997 * | Médecins 1997 * | Médecins 2000 * |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| Total (source Santé Sud) | 1814 | 802 | 1 134 |
| Dont fonction publique (FP) | | | |
| Source Santé Sud | 1370 (75%) | 417 (52%) | 675 (60%) |
| Source PDSS | 1594 | 543 | |
| Dont FP hors Bamako (source PDSS) | 931 (58%) | 230 (42%) | ? |
| Ratio professionnel / hab | 1 / 5 067 | 1 / 11 460 | 1 / 9064 |
| Ratio prof FP / hab | | | |
| Source Santé Sud | 1 / 6 708 | 1 / 22 040 | 1 / 15 227 |
| Source PDSS | 1 / 5 766 | | |
| Ratio prof FP / hab hors Bmko | 1 / 9 002 | 1 / 26 640 | ? |

NB : Population du Mali en 1997 : 9 190 846 (Source : document PDSS 1998-2007)
Population du Mali en 2000 : 10 278 250 (Source Bulletin semestriel SLIS 2000)

Remarque : Les médecins de la fonction publique travaillent essentiellement dans structures hospitalières et dans les équipes cadres aux différents niveaux (cercles, régions, national).
Les infirmiers de la fonction publique travaillent essentiellement dans les structures hospitalières, les CSA et CSAR, et les équipes cadres aux différents niveaux.

FORMATION

Les médecins maliens sont très majoritairement formés à la faculté de médecine de Bamako. La faculté est ouverte aux bacheliers sans concours d'entrée et aux professionnels IDE sur concours. La quantité d'étudiants en première année de médecine a considérablement augmenté au cours des années. Au début des années 80, il y avait environ 300 étudiants en médecine toutes années confondues, mais depuis quelques années il y a un bon millier d'étudiants en première année ! L'absence jusqu'à ce jour de numerus clausus pose un problème majeur de qualité des études puisque la capacité d'accueil de la faculté est de loin dépassée. D'après les enseignants rencontrés, même si un nombre important d'étudiants échoue chaque année aux examens de passage dans l'année supérieure, la quantité d'étudiants restante demeure trop importante pour un enseignement et des stages de qualité. Le nombre de diplômés annuels est variable, de 30 à 60 le plus souvent. Ces toutes dernières années il y a eu tendance à une augmentation : 75 en 1998, 93 en 1999. A l'engorgement de la faculté de médecine s'ajoute la chute du niveau scolaire général ressentie par les enseignants. La conjugaison de ces deux phénomènes a probablement mené depuis quelques années à un moindre niveau de compétence des médecins formés.

On notera ici le paradoxe existant entre infirmiers et médecins en ce qui concerne l'accès à la formation : l'accès aux études de médecine est ouvert aux bacheliers sans sélection (pas de concours d'entrée ou de *numerus clausus* en fin de 1^{ère} année) alors que l'accès à la formation d'IDE est ouvert aux bacheliers avec sélection par un concours d'entrée. Il semble donc plus difficile de commencer des études d'infirmiers que de médecins. En revanche les taux d'échec au cours des études semblent beaucoup plus marqués pour les études de médecine que pour les études d'infirmiers.

ANALYSE QUANTITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE

La situation est assez différente à Bamako et hors Bamako :

A BAMAKO

L'essentiel des soins de premier échelon est entre les mains des médecins qui travaillent dans deux grands types de structures :

- ♦ Les **CSCoM** au nombre d'environ 40. Tous les CSCoM de Bamako sont tenus par des médecins. Il arrive régulièrement qu'un infirmier soit chef de CS par intérim, mais c'est par intérim, en attendant qu'un médecin parti soit remplacé.
- ♦ Les **cabinets médicaux officiels** (c'est à dire officiellement déclarés) de consultation privés : au recensement 2000, ils étaient au nombre de 46. Dans ces cabinets travaillent d'une part des médecins permanents qui ont officiellement un statut privé, d'autre part des médecins vacataires qui sont majoritairement des fonctionnaires exerçant une activité privée à temps partiel. On ne connaît donc pas le nombre total de médecins concernés, mais à raison de plusieurs médecins pour chacun des 46 cabinets médicaux, il est assez élevé.

En dehors des médecins, il existe également à Bamako 23 cabinets de consultations privés tenus par des infirmiers auquel s'ajoute bien sûr le secteur privé informel.

HORS BAMAKO

Si l'essentiel des soins de premier échelon est entre les mains des infirmiers, il existe cependant depuis 1989 un nombre croissant de médecins de première ligne, dont la grande majorité s'est regroupée au sein de l'association des médecins de campagne. L'ONG Santé Sud est liée à l'association des médecins de campagne par une convention et se situe dans une fonction d'appui aux médecins de campagne à travers leur association. Cette aide comprend la mise en relation de populations à la recherche d'un médecin et de médecins chercheurs de ce type de travail, l'étude de faisabilité, l'appui matériel (installation solaire, conditions de logement, forage...) et la formation continue.

Les médecins de première ligne installés en milieu rural peuvent exercer dans les différents types de structures existantes décrites au chapitre 1 : Cscoc/CSAR, CS associatifs, CS confessionnels, et structure privée indépendante.

Il y avait en 2000 un total de 58 médecins travaillant en première ligne hors Bamako, concentrés essentiellement dans trois régions : Sikasso (région « riche » du fait de sa production de coton), Kayes (région « riche » du fait de son important réseau d'expatriés vivant en France) et Koulikoro (région proche de la capitale).

Si l'on observe les types d'exercice choisis par ces médecins, on constate que les médecins privés indépendants représentent une minorité (21%). La majorité des médecins de première ligne hors Bamako travaillent dans un cadre de privé à but non lucratif, et 67% d'entre eux exercent dans les CSCoM/CSAR c'est à dire dans des structures privées communautaires à finalité publique.

**Distribution des médecins de première ligne hors Bamako
par région et par type de structure – Données 2000 – (Source : Santé-Sud)**

| Région | Nbre de médecins 1 ^{ère} ligne | Dont CSCoM/CSAR | Dont Associatif | Dont confessionnel | Dont privé indépendant |
|--------------|--|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|
| Sikasso | 22 | 13 | 1 | 1 | 7 |
| Kayes | 15 | 9 | 5 | 0 | 1 |
| Koulikoro | 14 | 12 | 0 | 0 | 2 |
| Ségou | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Mopti | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Gao | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Tombouctou | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 58 | 39 (67%) | 6 (10%) | 1 (2%) | 12 (21%) |

Remarque : Les chiffres que nous avons pu trouver sur la situation des médecins de première ligne hors Bamako sont ceux de Santé Sud, ONG qui soutient depuis le début l'initiative des « médecins de campagne ». Les médecins qui veulent s'installer en milieu rural le font dans leur grande majorité avec le support technique, matériel et financier de Santé Sud et adhèrent à la charte des médecins de campagne, et ce quel que soit la modalité d'exercice qu'ils choisissent. Nous avons confronté ces données de médecins de première ligne à celles dont disposaient les médecins chefs de cercle ou de région où nous sommes passés (cercles de Sikasso et Kadiolo, région de Koulikoro), et les chiffres étaient concordants. Ces données peuvent cependant être sous-estimées dans la mesure où certains médecins de première ligne peuvent s'être installés indépendamment de Santé Sud (cela pourrait en particulier être le cas de médecins travaillant dans un cadre confessionnel et surtout de certains privés indépendants officiels et non officiels).

L'évolution du nombre des installations de médecins en première ligne hors Bamako est lentement progressive :

| Année | 1989 | 1993 | 1998 | 2000 |
|--|------|------|------|------|
| Nombre de médecins de 1 ^{ère} ligne hors BMKO | 2 | 16 | 37 | 58 |

CONCLUSION

- L'existence de médecins de première ligne est une réalité au Mali. Elle est le résultat logique de choix politiques : diminution importante du recrutement de la fonction publique sans diminution de la production des médecins, autorisation de l'exercice privé, privatisation communautaire de la première ligne qui rend les ASACO libres de choisir le type de personnel qu'elle désire embaucher.
- Ce n'est pas un phénomène marginal puisqu'il concerne en 2000 l'ensemble de la capitale et environ 20% de l'ensemble des CSCoM/CSAR du pays (79 CSCoM/CSAR tenus par des médecins sur un total de 421). Le développement des médecins de première ligne suit une progression lente et constante depuis 1989.
- Les médecins de première ligne sont installés dans les zones privilégiées du pays.
- Ils exercent majoritairement dans un contexte privé à but lucratif à Bamako, et majoritairement dans structures à finalité publique dans le reste du pays.
- Il y a dans le discours des autorités sanitaires une confusion fréquente entre « médecins de campagne » et « médecins privés à but lucratif », qui provient sans doute du fait que les premiers médecins de campagne étaient assez souvent des privés indépendants. Pour les autorités le terme (médecins de campagne) est souvent assimilé à un statut (privé), alors que la terminologie correspond, selon les acteurs impliqués dans cette expérience, à une fonction qui peut s'exercer sous différents types de statuts, excepté celui de la fonction publique. Dans les faits, la plupart des médecins de campagne travaillent actuellement dans les CSCoM ou CSAR, où, il est vrai, la faible réglementation des modalités de paiement a rendu possible la diversification des relations financières avec les ASACOs (nous reviendrons ultérieurement sur ce point).

ANALYSE QUALITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE

La question principale ici est d'essayer de déterminer les différences potentielles d'un CS tenu par un infirmier d'un CS tenu par un médecin.

Remarque : pour cette analyse, nos sources d'informations incluent les entretiens au niveau central et avec Santé-Sud, des visites de terrain à Bamako et sur les régions de Sikasso et Koulikoro, et des documents (cf. ci-dessous).

L'OFFRE DE SOINS EST-ELLE DIFFÉRENTE ?

Le paquet minimum d'activités (PMA)

Une restriction du PMA essentiellement dans le privé à but lucratif

Les cabinets de consultation privés ont une activité essentiellement de soins curatifs. Ceci n'est pas lié à la présence d'un médecin mais au statut de la structure : les structures à but lucratif, qu'elles soient tenues par un médecin ou par un infirmier, ont une logique de travail orientée sur les activités génératrices de revenus.

Les premiers CSCoM de Bamako ont eu aussi la tendance à se concentrer sur le curatif. Avec la mise en place de la politique sectorielle, les premiers CSCoM de se sont progressivement conventionnés et les nouveaux ont démarré d'emblée comme CSCoM conventionnés. Ils ont depuis lors globalement joué le jeu de la convention en respectant le PMA qui y est clairement précisé et qui inclut, en plus des activités curatives, des activités préventives et promotionnelles (vaccination, suivi des femmes enceintes et accouchements, consultations préventives des enfants de 0 à 2 ans, promotion des activités d'hygiène et d'assainissement...). Si ces activités font effectivement le plus souvent partie de l'offre de soins dans les CSCoM/CSAR tenus par des médecins, ce ne sont généralement pas ces derniers qui en ont la charge mais un autre membre de l'équipe. Ceci n'est pas l'apanage des CS tenus par des médecins, la situation est la même dans les CS tenus par un infirmier.

L'ONG Santé Sud a pris position en faveur du PMA et les médecins qui adhèrent à la charte des médecins de campagne, quel que soit le type de structure dans laquelle ils travaillent, s'engagent à travers cette charte à effectuer le paquet minimum d'activités défini dans le programme de développement socio-sanitaire du Mali.

Deux études, qui ont eu lieu en 1997 et 1998, donnent des informations sur les structures de première ligne et nous y ferons référence tout au long de ce chapitre :

- L'une est un « état des lieux » fait par Santé Sud et l'Association des médecins de campagne, au bout de 10 années d'expérience des médecins de campagne. L'étude s'est déroulée de Mai à Octobre 98 et a porté sur 32 des 37 centres ayant alors eu un médecin de campagne (sur les 5 centres restants, 3 ont été écartés parce que leur dernier médecin était parti depuis plus d'un an, 1 parce que le médecin avait changé de localité depuis moins d'un mois et 1 parce que son village était difficilement accessible). (Source : document « l'expérience des médecins de campagne du Mali- Décembre 1998- Association des médecins de campagne du Mali & Association Santé Sud.)
- L'autre est une étude des CSCoM et CSAR effectuée par le « population council » dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Elle s'est déroulée de Juin à Août 97 et a porté sur 81 CSCoM et CSAR tirés de façon aléatoire à raison de 16 CS dans chacune des 5 régions. Nous y avons déjà fait référence plus haut. (Source : document du population council de Janvier 1998 « Etude des CSCoM et CSRA dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti)

La comparaison de ces deux études en terme de PMA est intéressante (Cf. tableau ci-dessous):

- Elle confirme la concentration des cabinets privés indépendants sur les activités génératrices de revenus. La CPN fait partie de l'offre car elle ne demande pas d'investissement et mène logiquement à l'accouchement en CS, qui lui est générateur de revenus. En revanche la vaccination n'en fait le plus souvent pas partie.
- Elle confirme que les CSCoM/CSAR avec médecins offrent majoritairement un PMA

- Elle fait cependant apparaître une différence entre les CSCom/CSAR « tout venant hors Bamako » et les CSCom/CSAR avec médecins hors Bamako : les derniers ont une offre de service moins systématique pour les activités préventives de vaccination, PF et surtout de consultation de l'enfant sain.

Étude du population council 1997
Activités du PMA offertes par les CSCom/CSAR par région, en pourcentage

| Type de soins | Kayes | Koulikoro | Sikasso | Ségou | Mopti | Total |
|---------------------|-------|-----------|---------|-------|-------|-------|
| Curatif | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100% |
| CPN & accouchements | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100% |
| Vaccinations | 92,9 | 88,2 | 90 | 93,8 | 100 | 92,6% |
| Planning Familial | 100 | 88,2 | 70 | 100 | 100 | 90,1% |
| Suivi enfant sain | 71,4 | 88,2 | 90 | 93,8 | 100 | 92,6% |

Étude des médecins de campagne 1998
Activités du PMA offertes par les médecins de campagne selon le type de structure de soins

| Type de soins | CSCom /CSAR Sur 21 | CS Associatif Sur 3 | CS Confess. Sur 2 | Cabinets privés Sur 6 | Total sur 32 | % |
|---------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|------|
| Soins curatifs | 21 (100%) | 3 | 2 | 6 | 32 | 100% |
| CPN & Accouchements | 21 (100%) | 3 | 2 | 5 | 31 | 97% |
| Vaccinations | 17 (81%) | 1 | 1 | 0 | 19 | 59% |
| Planning Familial | 13 (62%) | 1 | 1 | 1 | 16 | 50% |
| Suivi enfant sain | 9 (43%) | 0 | 2 | 0 | 11 | 34% |
| Petite chirurgie | 17 (81%) | 3 | 1 | 6 | 27 | 84% |

Une tendance généralisée à l'extension technique du PMA

En revanche, la présence d'un médecin conduit souvent à une extension du PMA, dans le sens technique, avec classiquement le développement d'activités chirurgicales et de laboratoire.

Pratiquement tous les médecins de première ligne hors Bamako ont une activité dite de petite chirurgie. Les interventions chirurgicales, faites sous anesthésie locale, semblent être les mêmes partout : excision d'abcès, ablation de lipomes et de kystes, hydrocèles et hernies, révision utérine. Aucun médecin ne déclare faire de césarienne. Ces centres de santé n'ont pas de bloc chirurgical mais ont quelques lits d'observation. Les principaux arguments avancés par les médecins pour justifier cette activité sont les suivants :

- Il y a une forte demande de la population pour cette activité. C'est même souvent pour la communauté le motif principal pour recruter un médecin. Pour la population, c'est rassurant de ne pas avoir à aller à l'hôpital, souvent loin, souvent plus cher (tarif officiel et officieux).
- Un médecin qui n'opère pas n'est pas considéré comme un vrai médecin.
- Ils ont la compétence pour pratiquer cette activité et les conditions d'interventions ne sont, à leur avis, pas moins bonnes que dans bon nombre de CSRef.

L'autre tendance est celle du développement d'examen complémentaires. Ce phénomène est plus marqué à Bamako avec le développement de laboratoire et parfois d'autres examens complémentaires tels que l'échographie. Hors Bamako, il y a cependant aussi une nette tendance chez les médecins à essayer d'avoir un laboratoire au niveau de leur structure de soins. Le développement d'un laboratoire est d'ailleurs soutenu par l'ONG Santé Sud à travers une aide à l'équipement et à la formation.

L'équipe de professionnels et les fonctions de chef d'équipe

Une taille d'équipe habituelle, à l'exception de Bamako

L'étude du « population council » mettait en évidence en 97 pour les 81 CSCoM et CSAR étudiés, un effectif moyen en personnels de 3,7 pour les CSCoM et de 5,15 pour les CSAR.

L'étude de Santé Sud portant sur 32 médecins de campagne trouvait un effectif moyen en personnels de 4,7 par centre. Les médecins nous l'avons vu, se sont installés dans les régions les plus riches et/ou les plus urbaines ; ce sont donc aussi les zones où des fonds suffisants peuvent être dégagés pour financer plusieurs personnels de santé.

Des observations que nous avons pu faire sur le terrain se dégagent une différence nette de la taille et de la composition des équipes entre les CSCoM de Bamako et les structures de soins de première ligne tenues par des médecins en dehors de Bamako :

- La taille des équipes sur Bamako atteint et souvent dépasse la dizaine de personnes alors que celle des CS avec médecins que nous avons visités allait de 5 à 7 personnes.
- La composition des équipes sur Bamako est plus forte en qualifications, avec généralement, en plus du médecin, plusieurs autres personnes de niveau infirmier ou sage-femme. Dans les CS hors Bamako, le médecin est entouré du même type de personnel qu'un infirmier chef de CS, c'est à dire d'agents peu qualifiés tels que les aides-soignants, les matrones ou les accoucheuses traditionnelles.

Une instabilité des médecins chefs de CS comparable à celle des infirmiers

Là encore la comparaison des données entre les deux études mentionnées plus haut est intéressante :

| Ancienneté du chef de CS | | |
|--------------------------|--|--|
| Ancienneté | Nombre et % dans les 81 CSCoM/CSAR Hors Bamako | Nombre et % pour les 29 médecins de campagne hors Bamako |
| Moins de 1 an | 24 (29,6%) | 7 (24%) |
| Entre 1 et 2 ans | 20 (24,7%) | 7 (24%) |
| Entre 2 et 3 ans | 14 (17,3%) | 6 (21%) |
| Plus de 3 ans | 23 (28,4%) | 9 (31%) |
| Total | 81 (100%) | 29 (100%) |

Elle montre que :

- Il y a une instabilité importante des médecins chefs de CS puisque 65% de ceux qui étaient en poste au moment de l'étude le sont depuis moins de trois ans. A noter que si les chiffres portent sur 29 médecins sur les 32 centres étudiés, c'est parce que lors de l'enquête, 3 médecins des CS étudiés venaient de quitter leur poste (1 pour la fonction publique, les 2 autres pour le privé en ville).
- L'instabilité des médecins chefs de CS est comparable à la situation de l'ensemble des chefs de CS.

Des fonctions de chef de CS mieux investies par les médecins ?

Les équipes de CS, qu'elles soient dirigées par un médecin ou un infirmier travaillent selon une répartition de domaines de responsabilité classique dont nous avons précédemment parlé.

En revanche, ce qui semble plus caractéristique des médecins, c'est leur investissement dans les fonctions de supervision de leur équipe et dans la fonction de synthèse. Le gradient de compétence entre le médecin et les autres membres de l'équipe fait que son leadership va généralement de soi, et lui donne une fonction naturelle de référence interne, qui n'est pas aussi évidente lorsque le chef de CS est infirmier. Il y a de la part du médecin un sentiment de responsabilité qui a été spontanément exprimé à plusieurs reprises : « Ici, on fait tout, on doit tout suivre du début à la fin, on est responsable. Plus tu es responsable, plus tu as peur de faire des erreurs. A l'hôpital, il y a une dilution des responsabilités », « je me sens responsable vis à vis de la population je me demande ce qui va se passer quand je ne serai plus là... ». Ce sentiment exprimé par les médecins chefs de CS d'être

investis d'une responsabilité est assez frappant par rapport à la situation classique des infirmiers chefs de CS où ce sentiment est plus rarement spontanément exprimé.

La qualité des soins

L'objectif de cette visite au Mali n'était pas de faire une évaluation qualitative comparative des services de première ligne tenus par des médecins ou des infirmiers, et à travers cette visite, nous n'avons pas d'élément qui nous permette de juger de la qualité des soins de façon comparative.

Nous avons seulement identifié quelques éléments qui pourraient participer au débat sur la qualité des soins :

- Plusieurs médecins chefs de cercle ou de région nous ont dit que les CS avec médecins étaient globalement plus utilisés que les autres, ce qui pourrait être considéré comme un indicateur d'une meilleure qualité, telle que perçue par la population.

Mais d'une part les chiffres dont nous disposons ne semblent pas être très démonstratifs. Si l'on prend l'exemple du cercle de Sikasso pour l'année 1999 :

➤ Le taux d'utilisation moyen pour l'ensemble des CS (29 CSCom/CSAR fonctionnels) du cercle est de 0,18 NC/an/hab.

➤ Le taux d'utilisation moyen des CSCom/CSAR avec médecins en 1999 (Dembella, Doumanaba, Kafana, Nongon), est de 0,25 NC/an/hab, ce qui ne constitue pas une différence majeure.

NB : Ne font pas partie de cette moyenne deux CS avec médecins en 1999 : le CS de Kourouma parce que ce n'est pas un CSCom/CSAR mais un CS privé qui n'est pas inclus dans la carte sanitaire (il a cependant une population de responsabilité et un taux d'utilisation à 0,36) ; le CS de Fama parce qu'il y a pour ce CS une discordance entre les données du cercle (TU à 0,06) et celles que nous avons pu voir dans le CS lui-même.

D'autre part, les taux d'utilisation plus élevés peuvent être biaisés par le fait que les médecins choisissent souvent des lieux d'implantation où la concentration ou l'affluence de la population est particulièrement importante, pour assurer la viabilité du CS.

- L'investissement des médecins dans les fonctions de supervision interne et de synthèse ainsi que le sentiment de responsabilité ressenti vis à vis de la population sont des éléments importants de la qualité des soins et services.
- Il n'y a pas le plus souvent de supervision clinique des médecins chefs de CS (nous y reviendrons un peu plus loin) alors qu'il y a beaucoup plus régulièrement une supervision clinique des infirmiers chefs de CS.
- Il n'y a pas, de façon plus générale, de mécanismes d'Assurance Qualité en place actuellement dans l'ensemble des structures de première ligne, en dehors de l'activité de supervision qui n'est pas forcément régulière, ni forcément centrée sur l'amélioration de la qualité des soins.

Les tarifications des soins

Pour les CSCom/CSAR, les tarifs des services et des médicaments sont généralement décidés par l'ASACO avec l'implication plus ou moins importante du personnel. Dans ces CS, il y a le plus souvent un tarif différencié pour les adhérents et les non adhérents à l'ASACO. Pour les autres structures de premier échelon, les tarifs sont plus ou moins négociés avec la population concernée. La comparaison des tarifs moyens des prestations des 81 CSCom/CSAR de l'étude du « Population Council » et des 32 structures de soins avec médecins de campagne donne les résultats suivants :

Tarifs moyens des prestations pour les adhérents en francs CFA

| Type de prestation | 81 CSCom/CSAR Étude population council | 32 médecins de campagne Étude Santé Sud |
|-------------------------------|---|--|
| Consultation curative | 240 | 408 |
| CPN | 423 | 456 |
| Accouchement | 1017 | 1791 |
| Consultation de l'enfant sain | 212 | 217 |

Tarifs moyens des prestations pour les non-adhérents en francs CFA

| Type de prestation | 81 CSCom/CSAR Étude Population Council | 32 médecins de campagne Étude Santé Sud |
|-------------------------------|---|--|
| Consultation curative | 435 | 595 |
| CPN | 719 | 654 |
| Accouchement | 1712 | 2291 |
| Consultation de l'enfant sain | 355 | 283 |

Ces données montrent des tarifs de consultations curatives et d'accouchement nettement plus élevés en moyenne chez les médecins de campagne pour les activités d'ordre curatif. Cette différence est probablement essentiellement due aux tarifs plus élevés des médecins installés en privé indépendant. Les CSCom avec médecin que nous avons visités avaient tous des tarifs inférieurs à la moyenne citée ici (tarifs adhérents : consultation 250 ou 300, CPN 250, accouchement 1000). Les données de l'étude de Santé Sud précisent d'ailleurs, à côté des tarifs moyens, les tarifs les plus fréquents qui sont très proches de la moyenne des CSCom/CSAR.

En revanche, le médecin privé indépendant que nous avons visité pratiquait effectivement des tarifs plus élevés (tarifs adhérents : consultation 500, CPN 500, accouchement 1500).

Tous ces tarifs restent cependant proches les uns des autres comparés au prix d'une consultation privée à Bamako qui va couramment de 3000 à 6000 francs CFA.

Dans tous les cas, en dehors du tarif des prestations, le professionnel responsable de la consultation curative a une influence directe sur le coût des soins pour le patient à travers la quantité et le type de médicaments prescrits. Nous n'avons pas de données comparatives du coût moyen d'une ordonnance pour un infirmier et pour un médecin.

A noter également que les actes de « petite chirurgie » sont généralement tarifés assez cher, dans une fourchette de 1000 à 20 000 francs CFA pour les tarifs les plus fréquents selon le type d'intervention.

LE STATUT DU MÉDECIN DE PREMIÈRE LIGNE EST-IL DIFFÉRENT ?

Il n'y a pas de règle écrite concernant les modalités de paiement du personnel. Il y a donc à ce niveau une marge de manœuvre potentielle pour la négociation entre le personnel et la communauté. Dans la pratique, les médecins ont utilisé cette marge de manœuvre pour négocier différents types de statuts, ce qui les différencie des infirmiers chefs de CS qui ont un statut beaucoup plus bipolaire, privé libéral ou salarié de l'ASACO.

On trouve pour les médecins trois grands types de statuts avec de nombreuses variantes :

- Le statut du privé indépendant qui gère son cabinet comme une petite entreprise. Il vient avec son équipement, loue un local à la communauté, emploie son personnel, négocie plus ou moins avec la communauté les tarifs et les activités qu'il va proposer. Il perçoit tous les revenus qui constituent son chiffre d'affaire sur lequel il va payer les salaires de son personnel, le loyer du local et les frais de fonctionnement. Les médicaments font parfois partie de l'entreprise, mais sont assez souvent aussi gérés par et sous la responsabilité de la communauté.
- Le statut de salarié. C'est le cas de figure habituel des infirmiers chefs de CSCom/CSAR et confessionnels et semble-t-il de la majorité des médecins occupant la même position. Le médecin est alors salarié de l'ASACO, à un niveau négocié généralement nettement supérieur à celui de la fonction publique (facilement de 1,5 à 3 fois le salaire de la FP). Le salaire est généralement

complété par différents types de primes ou de pourcentage pour le travail en heures supplémentaires ou en week-end, par des indemnités et/ou des avantages (logement construit par la communauté, forage...), qui sont le résultat d'une négociation.

- Le statut de droit privé avec partage d'honoraires. C'est un statut intermédiaire, négocié par un certain nombre de médecins travaillant dans des CSCom/CSAR et CS associatifs, et défendu par l'association des médecins de campagne et l'association Santé Sud. Le principe est celui d'un minimum garanti (généralement de 50 000 FCFA) associé à un partage d'honoraires sur les services (les médicaments sont quant à eux toujours gérés de façon séparée par l'ASACO et recouvrent le coût d'achat des ME ainsi que le salaire du gérant de la pharmacie). Des avantages tels que la mise à disposition d'un logement font également partie de la négociation.

Dans tous les cas, les médecins appartenant à l'association des médecins de campagne bénéficient également de certains avantages liés à l'appui de l'ONG Santé Sud, tels que l'installation d'un kit solaire, d'un forage et l'organisation de réunions d'échanges et de formation continue. Parfois c'est l'ASACO qui s'engage sur les revenus du CS à fournir certains de ces avantages (parneaux solaires...).

Il y a de nombreuses variantes à ces trois grands types de statut et le résultat est plus un continuum de situations qui vont du pur privé libéral au salarié type fonction publique avec de nombreux intermédiaires. Il n'y a pas non plus de lien direct simple entre le type de structure et le type de statut du médecin : les CSCom/CSAR abritent différents types de statuts possibles. Cette pluralité des statuts est liée à l'histoire du développement des médecins de première ligne et en est une caractéristique, elle est aussi le résultat logique de la privatisation de la première ligne et de la liberté de négociation entre la communauté et le professionnel. Les résultats de la négociation ne débouchent pas toujours sur un contrat écrit.

La défense de la possibilité pour les médecins d'exercer sous contrat de droit privé avec minimum garanti et partage d'honoraires reste un enjeu important pour les médecins de première ligne : ils sont inquiets vis à vis du nouveau statut du personnel communautaire élaboré suite à l'atelier national de Mai 2000, qui « aurait » retenu l'option salaires et primes. Les médecins de première ligne mettent en avant un état d'esprit qui passe par une relation de partenariat, et la perte des avantages de la fonction publique (moins de disponibilité, moins d'obligation de résultats, sécurité et accès aux formations...) qui doivent selon eux être compensés.

LA RELATION AVEC LA COMMUNAUTÉ EST-ELLE DIFFÉRENTE ?

Remarque : Dans la grande majorité des cas, la relation avec la communauté se fait à travers une ASACO. En effet l'ASACO n'est pas un terme réservé aux associations de santé communautaire liées aux CSCom/CSAR, c'est un terme plus généralement utilisé. Il existe donc des situations où des ASACO traitent avec des CS associatifs voire des médecins de campagne indépendants.

Des observations et discussions ressort que la relation des médecins chefs de CS avec les ASACO est généralement différente de celle des infirmiers chefs de CS, du fait du pouvoir de négociation du médecin avec la communauté, généralement supérieur à celui de l'infirmier. Ce pouvoir de négociation s'exerce en particulier sur deux aspects très concrets : le statut du chef de CS et son droit de regard sur la gestion du CS.

- Les médecins utilisent leur pouvoir de négociation pour définir leur statut. Seuls les médecins ont pu négocier des statuts avec partage d'honoraires. Les médecins salariés ont quant à eux généralement pu négocier des salaires nettement supérieurs aux taux pratiqués dans la fonction publique. Par ailleurs les médecins ont généralement fermement négocié également différents avantages qui leur paraissent essentiels (logement, eau, électricité...).
- Les médecins utilisent également leur pouvoir de négociation pour revendiquer une implication directe, ou au moins un droit de regard sur la gestion administrative et financière du CS. Ils semblent moins souvent mis à l'écart des aspects de gestion par l'ASACO.

Les relations qui résultent de ce pouvoir de négociation du médecin ne sont ni meilleures ni moins bonnes que celles avec un infirmier chef de CS, mais elles subissent son influence.

Le pouvoir de négociation des médecins tient à plusieurs facteurs, plus ou moins importants selon chaque contexte :

- La loi de l'offre et de la demande : assez souvent en effet, les médecins viennent en première ligne là où il y a une demande spécifique de la population. Ils sont donc d'emblée en position de force pour négocier.
- Le niveau socioculturel du médecin, surtout en milieu rural, lui confère souvent une sorte d'autorité « a priori ».
- L'attitude des équipes cadres sociosanitaires de cercles (ESSC) qui s'immiscent moins facilement dans la négociation entre un médecin et la population qu'ils ne vont le faire s'il s'agit d'un infirmier. L'ESSC était avant la privatisation communautaire le supérieur hiérarchique administratif et technique direct des infirmiers chefs de CS, et même s'ils n'ont plus dorénavant sur ces derniers de pouvoir administratif effectif, les habitudes de comportement ne se modifient pas si facilement. En revanche, la relation d'un médecin de l'ESSC avec un médecin chef de CS sera différente parce qu'elle est nouvelle, parce qu'il s'agit d'une relation entre pairs et surtout parce que les médecins revendiquent une plus grande autonomie que les infirmiers.
- Le caractère plus autonome des médecins, lié à leur niveau de formation (universitaire) et à leur type de formation (« professionnalisme »). Cette revendication d'autonomie transparaît dans la discussion sur le statut. En effet, même si les considérations purement financières sont centrales dans le débat, il y a également dans cette discussion une opposition entre des visions fondamentalement différentes de la relation entre professionnel de santé et communauté. Avec le statut de salarié, on se situe dans une relation de type employé - employeur ; avec le statut de partage d'honoraires, il s'agit d'une relation de partenariat. Si de nombreux médecins ainsi que l'ONG Santé Sud ne se satisfont pas du statut de salarié, c'est aussi parce qu'ils se reconnaissent mieux dans une relation de partenariat que dans une relation employeur - employé, surtout lorsque, comme c'est le cas, ils se sentent très dépendants d'un employeur qu'ils ne reconnaissent pas comme un « supérieur hiérarchique ». La revendication de regard/contrôle de la gestion financière relève du même raisonnement.

Selon les contextes, le pouvoir de négociation des médecins peut être considéré comme un nécessaire rééquilibrage des pouvoirs en faveur des professionnels ou au contraire comme un dangereux pouvoir de manipulation exercé par les professionnels sur la communauté.

Le pouvoir de négociation du médecin n'est pas tout puissant. D'une part parce que les membres des ASACO sont parfois (surtout en milieu urbain) des personnalités très influentes de la communauté qui ont elles-mêmes un fort pouvoir de négociation. D'autre part parce que l'existence d'alternatives pour la communauté peut mettre le médecin en position de faiblesse (c'est ainsi que lorsque la démarche des CSCom a été expliquée aux populations à partir des années 92-93, certaines communautés qui avaient négocié avec un médecin privé, ont décidé d'opter pour la mise en place d'un CSCom qui leur semblait être plus appropriée à leurs besoins. Ces communautés ont alors proposé au médecin privé en place de devenir leur médecin de CSCom. Dans une telle situation le pouvoir de négociation a clairement changé de côté. Certains médecins ont ainsi changé de statut, de privé indépendant à privé communautaire, certains autres sont partis).

LA RELATION AVEC L'ESSC EST-ELLE DIFFÉRENTE ?

Des tensions

Le statut financier

Il y a traditionnellement de la part du secteur public, dont les ESSC sont les représentants au niveau périphérique, une attitude assez méprisante affichée vis à vis du privé, habituellement entendu comme privé à but lucratif qui suit une logique profondément différente de celle du public, et de laquelle les professionnels du service public se différencient ostensiblement.

Or, les premiers médecins qui se sont installés en première ligne, ayant la mise en place de la politique sectorielle, l'ont fait avec un statut de privé indépendant ou de privé associatif ou communautaire, mais avec comme point commun dans la plupart des cas un statut bien négocié qui leur assurait des revenus nettement supérieurs aux médecins du service public plus haut situé dans la pyramide sanitaire. En milieu rural, le développement par les médecins de campagne d'activités chirurgicales très rémunératrices a participé au statut rémunérateur. Cela a inévitablement suscité des réactions de jalousie et créé des tensions dans les relations, liées à la défiance habituelle vis à vis du privé et de ce qui, bien que portant un autre terme (associatif), était assimilé à du privé lucratif dans la mesure où le médecin jouissait d'un statut plus proche du privé que du public. Le flou des limites sur le terrain entre le privé à but lucratif, le privé à but non lucratif et le public a entretenu la confusion. Et les professionnels des ESSC considéraient plus le statut financier du médecin que la finalité, publique ou non, des services fournis, pour délimiter le privé et le public. C'est probablement une des causes importantes du malentendu existant jusqu'à ce jour à propos des médecins de campagne : compte tenu du type des premières installations, les médecins de campagne ont été assimilés dans leur globalité au privé à but lucratif alors qu'ils sont depuis maintenant plusieurs années majoritairement en poste dans des CSCoM/CSAR, donc dans des structures privées communautaires à finalité publique.

Au niveau périphérique, les tensions liées au statut se sont cependant progressivement amenuisées. D'une part la mise en place de la politique sectorielle et l'arrivée des CSCoM du PSPHR avec leur système de convention et de contrats qui régulent les relations entre les communautés et le système public a clarifié les choses ; les médecins de première ligne sont progressivement devenus plus nombreux dans les CSCoM conventionnés, avec pour la plupart d'entre eux un statut de salarié, plus proche de celui de la fonction publique. D'autre part, les difficultés liées au statut du personnel communautaire qui sont à la source des difficultés actuelles à recruter du personnel pour les CSCoM, ont fait prendre conscience aux équipes cadres des aspects moins attractifs du statut offert par le privé communautaire, et leur ont permis de relativiser les choses.

Le plan de couverture sanitaire

Les premiers médecins qui se sont installés, que ce soit à Bamako ou hors Bamako, l'ont fait en suivant la demande et en vérifiant la faisabilité financière de leur éventuelle installation. Lorsque le programme de développement sanitaire s'est mis en place, avec une approche de plan de couverture reposant sur l'élaboration de cartes sanitaires, il y a eu des tensions, dues à la non-intégration des médecins déjà en place dans le plan de couverture.

Actuellement, il ne semble pas y avoir de problème notable de plan de couverture lié à la présence de médecins de première ligne : soit les médecins s'installent en CSCoM/CSAR et suivent la logique du plan de couverture, soit ils s'installent en privé associatif ou indépendant et ils choisissent alors une aire non couverte dans un objectif de faisabilité. Par ailleurs, plusieurs médecins installés en privé, associatif ou non, ont par la suite rejoint un CSCoM lorsque la communauté a décidé d'opter pour cette alternative.

La supervision des structures de première ligne tenue par des médecins

La supervision des CS relève de la responsabilité de l'équipe de cercle. Elle se fait en équipe associant généralement un médecin, une sage-femme et un gestionnaire, le médecin de l'équipe de cercle étant en charge de la supervision de l'activité curative.

La présence d'un médecin chef de CS change quelque chose dans la mesure où il impose la présence effective d'un médecin dans l'équipe de supervision : les médecins chefs de CS ne sont pas prêts à accepter d'être supervisés par des professionnels moins qualifiés qu'eux. Or la taille réduite des ESSC et la charge de travail qui reposent sur leurs épaules font que les médecins ont parfois des difficultés à se libérer pour les supervisions.

De façon générale, les médecins de première ligne tout comme les médecins des équipes cadres que nous avons rencontrés n'ont pas exprimé de problèmes à superviser un pair ou à être supervisés par un pair. Plusieurs médecins de première ligne ont même clairement exprimé l'importance de l'activité de supervision, comme occasion d'échanges et comme contre-pouvoir à la supervision de l'ASACO. L'importance d'une supervision par l'ESSC de la gestion financière et des médicaments a été soulignée par plusieurs médecins chefs de CS parce que ce sont des aspects vitaux pour le CS, pour lesquels il n'y a pas toujours la transparence et la confiance nécessaires à un bon fonctionnement.

La relation de supervision qui s'instaure entre pairs est cependant inévitablement différente, d'autant plus que le superviseur est parfois plus jeune que le supervisé. Plusieurs médecins ont dit qu'il ne s'agissait pas de faire des supervisions techniques « puisqu'on est tous techniquement équivalents »... ce qui montre que les choses ne sont pas si simples...

L'insuffisance du nombre de médecins dans les services de la fonction publique

La mise en place des centres de santé de référence et des équipes cadres de cercle nécessite la présence de médecins. Le recrutement de ces médecins s'est fait de façon progressive et est encore loin d'être complet. Le manque cruel de médecins aux niveaux des CSRef et ESSC associé à l'importance des fonctions qu'ils devaient remplir a parfois participé à l'exacerbation des tensions entre ces derniers et les médecins chefs de CS il peut en effet arriver qu'un médecin s'installe en première ligne alors que le CSRef voisin manque de médecins.

Une évolution vers la collaboration

La situation a beaucoup évolué avec le temps et grâce à quelques initiatives de certains médecins chefs de cercle et de certains médecins de première ligne qui ont adopté une démarche positive.

Deux types distincts de collaboration se sont développés :

- Une démarche d'intégration des médecins de première ligne qui travaillent en dehors des CSCom/CSAR aux objectifs communs des structures à finalité publique. Il y a dans ce cas une démarche d'intégration partielle dans un intérêt mutuel : le médecin accepte que son CS développe des activités préventives, accepte de remplir les documents du système d'information sanitaire ; en échange, le cercle fournit le matériel nécessaire aux activités préventives, donne le droit au médecin de s'approvisionner en ME au niveau du dépôt répartiteur, invite le médecin aux réunions de cercle....
- Une démarche d'intégration des médecins de première ligne à certaines activités de l'équipe cadre de cercle. Dans certains cercles, surtout dans des contextes où l'ESSC était très pauvre en médecins, il y a eu des expériences d'intégration de certains médecins de première ligne aux activités de l'équipe cadre : réunions de l'équipe, supervisions des CS.... Ces expériences semblent beaucoup plus limitées.

Tout le monde au niveau périphérique, tant les médecins de première ligne que les médecins des équipes cadres, de cercle ou régionales, exprime que les choses ont évolué très positivement. C'est finalement au niveau central que l'on retrouve le plus souvent (mais pas toujours) des discours plus pessimistes. Peut être est ce dû au fait que ces cadres ont une expérience du niveau périphérique qui date du moment où les tensions étaient les plus importantes.

QUELS SONT LES FACTEURS DE MOTIVATION/DÉMOTIVATION DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE ?

Des discussions avec les médecins rencontrés se dégagent les éléments de réflexion suivants :

Les conditions de vie

Les conditions de vie sont une base nécessaire sur laquelle le reste peut se construire. Leur absence constitue souvent une condition sine qua non à l'acceptation d'un poste de première ligne par un médecin. Ce qui est considéré essentiel à ce niveau :

- Des revenus suffisants, que ce soit à travers un salaire ou un partage d'honoraires. On retrouve ici le plus souvent l'expression de la défense du partage d'honoraires.
- Quelques éléments de confort de vie jugés TRÈS importants, essentiellement en milieu rural : un logement fourni et si possible jouxtant le lieu de travail, l'accès à l'eau par forage ou puit, l'électricité solaire.

Parmi les conditions de vie qui, au-delà de ce qui vient d'être dit, vont jouer un rôle important sur la stabilité des médecins, on retrouve des facteurs familiaux :

- La présence d'une école

- La possibilité pour la femme (la grande majorité des médecins de première ligne sont des hommes) d'exercer son métier ou au moins de se plaire dans l'environnement du lieu de travail de son mari².

Le contenu du travail

La plupart des médecins rencontrés ont exprimé une satisfaction par rapport au contenu de leur travail. *Certains aspects sont exprimés comme des facteurs de motivation :*

- La satisfaction de se sentir utile et de « voir l'impact de ce que l'on fait », le sentiment que les CSCom sont un gros progrès pour la population et la fierté d'en faire partie. Le fait de « devoir tout faire » de « suivre les gens du début à la fin » semble être à la fois un élément d'auto-évaluation « on voit les résultats de ce que l'on fait » et de responsabilisation vis à vis de la population « que va t-il se passer quand je ne serai plus là » « à l'hôpital il y a dilution des responsabilités, ici on ne peut pas échapper à la responsabilité ». L'aspect financier intervient aussi dans la responsabilisation « ici il faut que tout aille bien, il faut que le patient revienne ».
- Les bonnes relations avec les patients et les communautés en général sont souvent citées comme élément de satisfaction.
- Un système de référence en voie d'amélioration. Plusieurs médecins ont exprimé comme élément de motivation le fait que la référence avec le CSRef se soit améliorée, avec réception de rétro-information et satisfaction des malades par rapport à leur prise en charge. Un médecin a pris l'habitude d'aller voir ses patients à l'hôpital et de discuter avec les médecins de l'hôpital et trouve que « ça change les choses dans la prise en charge des patients ».
- Les réunions d'échanges et de formation continue :
Il y a les réunions mensuelles de l'ensemble des chefs de CS avec l'équipe cadre du cercle. Certains médecins expriment cependant des réserves sur ces réunions qui sont adaptées pour des infirmiers chefs de CS et beaucoup moins pour des médecins chefs de CS.
Il y a également les réunions trimestrielles régionales de l'association des médecins de campagne qui semblent constituer un élément de motivation important par les « vrais échanges d'expérience qu'elles permettent », par les inputs en terme de formation continue et par le fait que « c'est un forum où l'on essaie de résoudre les problèmes qui se posent dans notre travail ». Actuellement, cette association se présente davantage comme un organe de défense d'intérêts corporatistes de ses membres que comme une association scientifique.
- L'intégration des médecins dans certains aspects du travail de l'ESSC, tels que la participation aux supervisions et aux réunions de l'ESSC.
- La possibilité d'exercer ses compétences techniques. Plusieurs médecins ont exprimé le fait de pouvoir exercer leur compétence technique, et en particulier chirurgicale, comme un facteur de motivation.
- La possibilité d'innover, de prendre des initiatives pour essayer d'améliorer les choses. Un médecin a cité l'expérience de la mise en place d'une mutuelle, un autre son initiative de visiter ses patients lorsqu'ils sont admis au CSRef.

Les conditions de travail

Dans les discussions elles ressortent comme un facteur déterminant de la stabilité des médecins. L'un des médecins l'a synthétisé de la façon suivante « le respect du personnel dans ses droits et dans son travail ». On retrouve :

Le désir exprimé par la population d'avoir un médecin est un facteur motivant.

Les médecins de première ligne viennent en effet majoritairement sur l'initiative de la population et ils ressentent une motivation à satisfaire une population qui les a choisis.

² l'étude réalisée en 1998 par Santé Sud et l'Association des médecins de campagne montre que les médecins de campagne sont des hommes, d'âge moyen 33 ans, le plus souvent marié (63%) avec enfant, originaires à 76% de localités hors Bamako et dont le père était dans la moitié des cas cultivateur. Les femmes des médecins de campagne sont en majorité des femmes avec qualification professionnelle.

L'existence d'un statut clair avec contrat et cotisations à l'INPS.

De façon plus globale, il y a la demande d'un statut clair plus protecteur pour l'ensemble du personnel communautaire.

Les relations avec l'ASACO.

Le mode de relation établi avec l'ASACO apparaît très déterminant.

La relation peut être un facteur de motivation lorsqu'il y a :

- Le respect des personnels qui « ne sont pas pris pour des esclaves »
- La transparence entre ASACO et personnel, en particulier en ce qui concerne la gestion financière
- La notion de travail d'équipe entre ASACO et personnel pour la gestion du CS, les réunions régulières du comité de gestion de l'ASACO.

La relation personnel-ASACO peut aussi être un facteur de démotivation important à travers :

- La relation employé-employeur qui peut, si la relation se passe mal, donner le sentiment au professionnel d'être « taillable et corvéable à merci ». La grande disponibilité généralement exigée par les populations vis à vis du personnel dont ils sont l'employeur est en effet une contrainte importante pour le professionnel, bien acceptée lorsque le médecin a le sentiment que son travail est respecté et qu'il fait partie de l'équipe de gestion du CS, mais très mal vécu dans le cas contraire. C'est la différence fondamentale qui est faite par d'assez nombreux médecins entre la relation employé-employeur et la relation de partenariat qui leur paraît d'emblée plus équilibrée.
- La non-implication du médecin dans la gestion du CS. L'absence de transparence financière et la non-implication du médecin dans les activités de gestion du CS, qui vont souvent de pair, sont sources de grosses tensions par deux mécanismes différents :
 - D'une part les médecins ont une tendance plus spontanée à vouloir maîtriser leur environnement, en l'occurrence la structure de soins dont ils sont techniquement responsables. Ils supportent difficilement de ne pas au minimum être consultés et informés.
 - Ce sentiment est exacerbé par le fait que les décisions de gestion financière ont des conséquences directes sur le fonctionnement et l'avenir des structures dont ils sont les chefs, et que la non-transparence suscite la méfiance.

Il y a derrière ces tensions le sentiment exprimé par certains que l'on a donné trop de pouvoir aux populations et que l'état devrait plus s'impliquer dans la supervision et la régulation, le sentiment aussi qu'en tant que médecin ils sont peut être plus souvent en situation de tensions parce qu'ils hésitent moins à s'opposer aux comités de gestion s'ils estiment qu'il y a « mal gestion », contrairement aux infirmiers qui « n'ont souvent pas assez de force pour s'opposer aux personnalités souvent influentes des comités de gestion et bureau d'ASACO »

Les perspectives

L'absence de perspectives de plan de carrière est sans conteste un facteur très important de l'instabilité des médecins chefs de CS. Les médecins de première ligne sont en effet tous hors fonction publique. Le fait de ne pas pouvoir se projeter dans un futur qui représente pour eux une progression professionnelle et/ou sociale à travers une progression des revenus, une progression des compétences (accès aux formations), une perspective de travail dans un contexte plus urbain, une perspective de postes avec plus de responsabilités... ferme l'horizon et démotive. C'est le motif le plus fréquemment évoqué lors des discussions sur l'instabilité des médecins chef de CS et les raisons qui les pousse à se présenter aux concours de recrutement de la fonction publique.

CONCLUSION

- *Il existe des différences en termes d'offre de soins entre les structures de première ligne privées à but lucratif et les autres. Dans les structures privées à but lucratif, les aspects préventifs du PMA sont moins développés et les tarifs pratiqués sont généralement plus élevés.*
- *Au sein de l'ensemble des structures de première ligne à finalité publique (qui inclut les CS publics mais aussi les CS privés communautaires, les CS confessionnels et au moins une partie des CS associatifs), la présence d'un médecin chef de CS ne change pas fondamentalement l'offre de soins. En revanche, les différences de comportement entre infirmiers et médecins vont avoir des conséquences sur le travail d'équipe (rôle de supervision interne et de synthèse), sur la relation avec l'ASACO (pouvoir de négociation) et sur la relation avec l'ESSC (relation de supervision).*

CHAPITRE 5 : LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE AU MALI : LES LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE

UNE EXPÉRIENCE QUI PRÉPARE LE FUTUR

Précisons tout d'abord que si la question des médecins de première ligne nous semble intéressante et importante à discuter, elle ne constitue pas pour autant aujourd'hui un enjeu majeur du système de santé malien.

Nous avons discuté au chapitre 2 ce qui nous paraissait être les enjeux actuels de la première ligne au Mali avec sur un plan technique : la problématique du statut du personnel communautaire, de la qualité des soins offerts, de la fiabilité du niveau de référence et de la capacité des ESSC à remplir leurs fonctions ; et sur un plan plus général : l'intégration des communes comme nouvel acteur dans l'arène sanitaire, le niveau de la formation scolaire de base, le changement de culture de travail qu'implique le passage au privé communautaire et la maîtrise des dérives du privé communautaire. Pour le Mali, la question du rôle des médecins dans la première ligne ne fait pas partie de ces enjeux. En effet, d'une part les infirmiers ont toujours été en charge de la première ligne et s'en acquittent d'une façon jugée correcte ; d'autre part les médecins, quantitativement assez peu nombreux dans le pays, sont attendus prioritairement dans les fonctions hospitalières et d'équipe cadre, et ne sont de toute façon pas prêts dans leur majorité à venir travailler en première ligne, surtout en milieu rural (d'autant plus que les lieux d'implantation « viables » pour des médecins en milieu rural seront probablement rapidement saturés).

La question de la prise en charge de l'ensemble de la première ligne par des médecins ne se pose donc pas actuellement. Elle reste cependant une question pour le futur. La présence d'infirmiers en charge de structures de soins correspond conceptuellement à une délégation de tâches dans un contexte de pénurie de médecins, ce qui était le cas dans la grande majorité des pays africains au moment de l'indépendance. Il est donc logique, avec le développement progressif des systèmes de santé et la production croissante de professionnels de santé, que cette question soit régulièrement débattue. Elle ne semble pas être actuellement à l'ordre du jour au ministère, même s'il est cependant intéressant de noter que la version initiale du document du PRODESS 1998-2007 proposait comme profil de poste pour être chef de CSCOM un médecin.

Si le rôle des médecins dans la première ligne ne constitue pas un enjeu immédiat, il le deviendra probablement dans un futur plus ou moins proche, et la maturation d'une réflexion sur le sujet à partir des expériences en cours sera à ce moment là précieuse.

LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE : UNE RÉALITÉ NON MARGINALE

Le Mali peut avoir sur le sujet une réflexion plus riche qu'ailleurs dans la mesure où les médecins de première ligne sont actuellement une réalité non marginale de son système de santé : ils sont en charge de la grande majorité des structures de première ligne de la capitale et d'environ 20% de l'ensemble des CSCOM/CSAR du pays. Leur développement est dû à la conjugaison de plusieurs facteurs : la diminution drastique du recrutement des médecins par la fonction publique et l'obligation pour ces derniers de trouver des voies alternatives, l'instauration d'un certain déséquilibre dans la production de médecins et d'infirmiers (réduction progressive depuis quelques années de l'écart de production entre médecins et infirmiers), le développement du privé en général comme alternative de travail, le développement du privé communautaire et la demande de la part de certaines communautés

de recruter un médecin comme chef de CS, enfin l'existence de mouvements d'appui aux médecins désirant tenter l'expérience de s'installer en première ligne en milieu rural.

Le développement depuis quelques années de cabinets de consultation privés dans les grands centres urbains est un phénomène répandu dans la plupart des pays d'Afrique. *L'originalité et la spécificité de l'expérience malienne des médecins de première ligne tient à deux caractéristiques :*

- ♦ C'est une réalité qui n'est pas limitée au milieu urbain du fait de l'expérience des « médecins de campagne »
- ♦ C'est une réalité très ancrée dans le privé à finalité publique. Classiquement en effet dans de nombreux pays, le développement des médecins de première ligne se fait essentiellement sous forme d'ouverture de cabinets de consultation médicaux privés à but lucratif. Au Mali, à côté de cette forme d'exercice, les médecins ont également opté pour la pratique de type associatif et surtout privé communautaire : le privé communautaire est le mode d'exercice le plus répandu parmi les médecins de première ligne en milieu rural, et il représente une proportion non négligeable des médecins de première ligne en milieu urbain. *Ceci est en soi un enseignement très précieux : il fait la démonstration qu'il est possible d'envisager une pratique de médecine de première ligne à finalité publique y compris en milieu rural en Afrique.*

....UNE RÉALITÉ PORTEUSE DE RISQUES

La présence de médecins de première ligne est un sujet relativement sensible et polémique au Mali. Il y a au niveau des cadres du MSP une grande prudence et une conscience aiguë des risques de dérapage liés à la présence de médecins à ce niveau. Nous reprendrons ci-dessous ce qui nous semble constituer les principaux risques :

LE RISQUE D'UNE SOUS UTILISATION DES MÉDECINS PAR RAPPORT AUX BESOINS ?

Il est parfois reproché aux médecins de première ligne d'être là où ils sont alors qu'il y a de tels besoins de médecins à d'autres niveaux de soins. Si l'on considère le système de santé dans son ensemble, il y a en effet, compte tenu du faible capital en ressources humaines, des niveaux du système où le besoin en médecins est plus crucial qu'ailleurs. Il s'agit globalement des structures hospitalières et des équipes cadres, et plus particulièrement des hôpitaux régionaux, des centres de santé de référence et des équipes cadres de cercle. L'existence de médecins chefs de centres de santé alors même que leur présence fait cruellement défaut au niveau des CSRef et des ESSC a quelque chose d'illogique et a d'ailleurs été source de tensions.

L'accentuation de cette tendance pourrait mettre le système en péril s'il s'agissait de vases communicants, mais n'est pas le cas. *Le développement des médecins de première ligne ne se fait pas au détriment des médecins de CSRef et d'ESSC* puisque ces derniers font partie de la fonction publique alors même que les premiers doivent leur existence au refus de recrutement de la fonction publique. Il y aurait problème si les médecins ne se présentaient pas aux concours de recrutement de la fonction publique, mais cela n'est pas le cas au Mali : depuis que le nombre de postes proposés au concours a de nouveau été élargi en 1995, les médecins sont toujours nombreux à se présenter, abandonnant précisément leur poste de chef de CS pour essayer de rejoindre la fonction publique qui garde un fort pouvoir attractif. *Les problèmes éventuels de manque de médecins fonctionnaires sont donc à résoudre au sein de la fonction publique à travers une augmentation du recrutement ou/et une meilleure distribution des médecins fonctionnaires.*

LE RISQUE D'UN MOINS BON FONCTIONNEMENT EN SYSTÈME

Nous avons vu au chapitre 4 que l'une des caractéristiques des médecins chefs de CS par rapport aux infirmiers est cette capacité et cette revendication d'autonomie. Si elle constitue d'abord un potentiel par lequel il est possible de construire (nous y reviendrons plus loin), cette caractéristique peut aussi être une source d'affaiblissement du fonctionnement en système. A travers les discussions avec des

médecins de première ligne ainsi qu'avec l'ONG Santé-Sud, on perçoit une attitude de type corporatiste qui défend les intérêts des médecins dans le système, sans toujours s'inquiéter de la logique de système. Il est vrai que le système est pris en compte dans la mesure où la charte des médecins de campagne défend par exemple le PMA, mais les médecins expriment des revendications de type corporatistes (défense d'un statut, d'un élargissement du PMA...) qui ne s'inscrivent pas dans une vision de système. La revendication de l'activité chirurgicale ou de laboratoire au niveau du CS est assez illustrative à ce sujet. Les médecins de campagne revendiquent de pouvoir faire de la chirurgie et des examens de laboratoire sans se poser la question du niveau le plus approprié du système pour ces activités. Ils fonctionnent comme une corporation qui défend ses intérêts et en cela ils ont intégré l'état d'esprit des médecins libéraux tels qu'on les voit en Europe actuellement. Chez les infirmiers, le désir d'autonomie semble moins fort et en tout cas ne se manifeste pas comme une revendication corporatiste. L'état d'esprit des médecins peut paraître logique pour des professionnels qui ne font pas partie de la fonction publique, mais il pose alors la question de la finalité publique. Qui garantit la finalité publique ? *La capacité régulatrice de l'état est importante pour marquer les limites qui permettent de conserver une logique de système et de finalité publique. La capacité du MSP à proposer un niveau de référence fiable est un élément clé dans le débat actuel : si la défense d'une vision de système se borne à un discours sans réalité tangible, les médecins de première ligne ont beau jeu de justifier leur attitude par les insuffisances des niveaux de relais.*

LE RISQUE DE DÉTOURNEMENT DE LA MISSION DU CS EN FONCTION DES COMPÉTENCES ET INTÉRÊTS DES MÉDECINS

Le manque de vision de système couplée à un esprit autonome et corporatiste peuvent aussi déboucher sur un détournement des fonctions du centre de santé. Il y a une crainte de la part du MSP que les médecins chefs de CS orientent l'offre de soins en fonction de leurs compétences techniques, au risque d'oublier la mission d'un centre de santé. Ce dernier se transformerait en « petit hôpital » centré sur l'aspect purement curatif des soins, au détriment des activités de prévention et de promotion qui relèvent normalement de la mission d'un CS.

Cette crainte est fondée dans la mesure où les médecins ont effectivement tendance à hypertrophier les fonctions techniques curatives, avec en particulier le développement de l'activité chirurgicale (cf. chapitre 4). Cela ne semble pas se faire directement au détriment des activités de prévention et de promotion qui sont généralement sous la responsabilité d'autres membres de l'équipe.

Il n'en reste pas moins que cette orientation peut avoir des conséquences néfastes, qui se situent à trois niveaux, sur la qualité des soins et services attendus d'une structure de première ligne :

- Au niveau concret de la qualité des soins et services offerts par le CS : le médecin, s'il est trop absorbé par l'extension de son domaine curatif risque de ne pas pouvoir assumer correctement ses fonctions de supervision interne et de synthèse à l'échelle globale du CS (c'est à dire en intégrant l'ensemble des activités du CS). Or ces deux fonctions sont des éléments déterminants de la qualité des soins attendus d'un CS.
- Au niveau du système de soins de santé : l'orientation plus technique des soins dans les CS avec médecins instaure une compétition « déloyale » entre CS avec médecins et CS avec infirmiers, les patients étant séduits par le médecin et sa technologie, sans être forcément toujours à même de juger de la qualité des soins qui leur est offerte.
- Au niveau conceptuel de la réflexion de fond sur ce qu'est une médecine de famille de qualité : Si le passage de l'infirmier chef de CS au médecin chef de CS se traduit uniquement par un accroissement technologique, on risque de confondre médecine de première ligne de qualité et médecine technique. Or toute la réflexion sur la médecine de première ligne de qualité montre que sa spécificité repose sur les capacités d'écoute, de synthèse, de coordination et de négociation. Il va de soi que les soins offerts doivent être techniquement bons, mais le développement technique des soins n'est pas un objectif de la médecine de première ligne. S'il peut paraître logique de prendre en compte le niveau de qualification professionnelle pour définir le PMA, cela doit se faire en prenant en compte l'ensemble des compétences attendues (pas seulement techniques) et dans l'objectif de la qualité des soins attendue pour un CS.

Il est essentiel que le contenu de la première ligne ne soit pas dicté par les désirs et les compétences du personnel mais par la réflexion sur les nécessités de la fonction d'une médecine de première ligne de qualité. La convention entre MSP et ASACO ainsi que la charta des médecins de campagne s'engagent en faveur du PMA, ce qui constitue un élément de protection, même s'il ne faut pas confondre contenu et qualité. Là encore, il est important que l'état régulateur s'assure que les choix d'extension éventuelle du PMA ne remettent pas en question la mission du CS ni la qualité des soins qui en est attendue.

LES RISQUES DE DÉRIVE FINANCIÈRE ET L'INÉQUITÉ

Nous nous limiterons ici aux aspects directement liés à la présence de médecins.

L'inéquité

L'inéquité n'est pas un risque, c'est un fait. Elle est inhérente au principe du privé communautaire (nous l'avons évoqué dans la discussion sur les enjeux de la première ligne au chapitre 2) puisque les communautés sont loin d'être égales en terme de ressources. La présence de médecins est simplement illustrative de cette inéquité : leurs exigences financières étant supérieures à celles des infirmiers, seules les communautés suffisamment riches peuvent « se payer » un médecin. La présence de médecins de première ligne en dehors de Bamako s'est d'ailleurs effectuée, nous l'avons vu au chapitre 4, dans les zones privilégiées du pays. Les médecins de campagne font généralement avant de s'installer une étude de faisabilité, avec l'aide de l'association Santé-Sud et considèrent pour cela les critères suivants : une densité de population suffisante (15 000 hab dans un rayon de 15km), un marché important dans le lieu d'implantation, la présence d'une école et une source de revenus dans la zone.

Certaines communautés, tenant absolument à la présence d'un médecin, font le choix d'utiliser une partie importante de leur ressources pour le CS, alors que d'autres domaines affectant le développement et la santé (alimentation, enseignement, ...) sont mal couverts.

Les risques de dérives financières

C'est la suspicion principale du MSP à l'égard des médecins de première ligne. Elle repose sur les expériences des premières installations de médecins de première ligne, que ce soit à Bamako ou en milieu rural, qui ont vu certains médecins négocier des statuts très rémunérateurs et/ou développer très prioritairement les activités génératrices de revenus.

Les médecins ont en effet deux atouts qui peuvent mener à des dérives financières : leur pouvoir de négociation et leur compétence technique.

- Un pouvoir de négociation (cf. chapitre 4) important et poussé dans un sens lucratif, peut déboucher sur une manipulation de la communauté à l'avantage du médecin. Dans le cas d'un médecin privé indépendant, les choses ont le mérite d'être relativement claires et la communauté est libre d'accepter ou de refuser. Dans le cas des statuts associatifs et communautaires, les choses sont beaucoup plus floues et le but lucratif n'est pas toujours là où on le croit. Le privé indépendant peut parfois être moins rémunérateur qu'un privé « dit » communautaire bien négocié ! Or un revenu négocié trop haut peut avoir des conséquences graves : il peut mettre le CS en faillite.
- La compétence technique des médecins peut-elle aussi être utilisée à des fins rémunératrices, avec un élargissement du PMA à des actes rentables mais non prioritaires voire inutiles. Le développement d'activités de laboratoire semble être un assez bon exemple de ce type d'actes. Aucun des médecins rencontrés et qui envisageait activement le démarrage d'une activité de laboratoire n'a su se montrer convainquant quant à la justification d'une telle activité. Il est clair que la prescription d'examen inutiles et payants constituerait une dérive financière. Si dans le cas de la chirurgie, il y a une demande parfois pressante de la population, ce n'est pas le cas le plus souvent pour les examens de laboratoire. Il s'agit donc alors d'une demande induite qui ne répond pas à une logique de finalité publique mais à une logique marchande.
- Pouvoir de négociation et pouvoir technique peuvent aussi s'associer pour le pire : on assiste alors au développement d'actes et de prescriptions rentables mais non nécessaires aux seules fins de permettre au CS de dégager les revenus suffisants à la rémunération de son personnel. Nous en

avons vu un exemple flagrant dans un CSCOM de Bamako où de nombreux diagnostic de paludisme simple étaient traités par perfusion de Quinimax + Vit B. Le médecin a expliqué que cette prescription évitait le risque local de l'injection intra-musculaire de Quinimax, qu'elle était appropriée lorsque le patient vomissait, et aussi que « ça nous fait plus d'argent ». Pour un traitement de ce type, le malade paie environ 6000 CFA...

Il convient d'insister sur deux points : d'une part ces dérives financières sont des dérives potentielles, elles ne sont pas une réalité généralisée ; d'autre part elles ne sont pas l'apanage des médecins, mais ces derniers peuvent plus facilement que des infirmiers les favoriser.

L'existence d'un statut communautaire clair ou tout au moins définissant les limites de ce qui est acceptable serait un garde-fou utile à la fois pour protéger les professionnels de santé mais aussi pour protéger les communautés. La définition de la mission et des limites acceptables des activités d'une structure de première ligne à finalité publique serait là encore très utile.

CONCLUSION

Dans toute cette discussion sur les risques potentiels liés à la présence de médecins en première ligne, les questions de la mission d'un CS à finalité publique sont centrales : dans un contexte où les limites entre les différents statuts (privés à but lucratif, à but non lucratif, public) des structures sont floues, il devient essentiel de clarifier et de garantir ce qui relève de la mission d'un centre de santé à finalité publique.

....UNE RÉALITÉ PORTEUSE D'ESPOIR : UN POTENTIEL POUR TIRER LE SYSTÈME VERS LE HAUT EN AIDANT A FORMULER ET A RÉSOUDRE LES ENJEUX

Notre impression générale par rapport à l'expérience des médecins de première ligne au Mali est qu'elle est une richesse pour le système de santé malien, parce qu'elle le bouscule et parce qu'elle le dynamise. En posant des questions, en prenant des initiatives, en revendiquant une certaine autonomie, en challengeant la fonction publique, les médecins de première ligne font un travail de « salut public ». Durant les deux dernières décennies, de nombreux pays ont mis en place un réseau de services de santé reposant sur la notion de district à deux échelons, avec PMA et recouvrement des coûts. Mais ces programmes ont souvent pâti d'une mise en place correspondant plus à l'exécution d'un programme vertical standardisé qu'à une démarche impliquant réellement l'ensemble des acteurs et ayant la souplesse d'adaptation et d'intégration des initiatives positives. En optant pour une démarche verticale et standardisée, ils ont souvent perdu leur âme et produit des services bureaucratiques et désincarnés où le dialogue avec le patient se réduit à l'extirpation du symptôme dominant et au numéro de traitement correspondant. Faut-il vraiment s'étonner que l'utilisation des services soit faible ? Qu'attend chacun de nous lorsqu'il va dans une structure de soins ?

Il est essentiel de tirer les leçons de ces expériences si l'on ne veut pas répéter sans fin les mêmes erreurs. L'une des leçons est que si l'existence d'un modèle cohérent de services de santé est essentielle, sa traduction sur le terrain doit éviter le piège d'une mise en place généralisée basée sur son interprétation superficielle.

L'expérience malienne a en partie évité ce piège en choisissant une approche réellement communautaire qui portait en elle deux protections : celle du temps et celle de la non-standardisation du temps, le temps nécessaire à la connaissance mutuelle, à la discussion, à la négociation. C'est un tout pour la mise en place de services acceptables. La passation de relais aux communautés implique aussi l'autonomie de celles-ci dans les choix et les décisions, ce qui permet à priori une meilleure adaptation des services à chaque communauté et donc une meilleure acceptabilité. Il est clair que le CSP, en appuyant la mise en place du réseau de CSCOM et en jouant un rôle de régulation et de

support technique, a introduit une part de standardisation qui donne une cohérence et aussi une certaine rigidité au système, mais l'observation des services de première ligne montre de grandes variations au sein d'un cadre commun.

L'introduction d'une dynamique

Ce qui a également aidé le système malien à éviter le piège d'une mise en place vorticale standardisée des services est précisément le développement des médecins de première ligne. Leur esprit d'autonomie et d'initiative les a menés à introduire des variantes qui participant à faire de ce système de santé un système vivant, en recherche...

- Les médecins de première ligne sont à l'origine de la variabilité des statuts qui, s'ils peuvent mener à des dérives, provoquent aussi une discussion de fond salutaire sur l'équilibre de pouvoir entre professionnels et ASACO. Le problème aigu actuel des difficultés de recrutement du personnel communautaire appelle à réfléchir au type de relation souhaitable entre professionnels et ASACO (relation employé-employeur versus relation de partenariat) et à imaginer des moyens terme entre le système salarial et le paiement à l'acte pur. Des modes de rétribution mixtes pourraient être imaginés incluant par exemple une part de paiement à la capitation ou une rémunération à l'épisode achevé.
- Leurs initiatives d'extension du PMA sont une porte d'entrée pour approfondir la réflexion sur la mission et le contenu souhaité pour un CS, pour définir les contours d'une médecine de première ligne de qualité et pour réfléchir à l'identité professionnelle des médecins de première ligne. Elles sont un stimulant pour mettre en place des CSRef fonctionnels capables de prendre le relais des CS avec efficacité. Elles forcent aussi le MSP à jouer son rôle de régulateur.
- Leur responsabilisation par rapport aux communautés (« qu'est ce qui se passera quand je ne serai plus là ») et à l'équipe dont ils sont leader (supervision interne, formation, coordination, synthèse) est une autre porte d'entrée pour cette même réflexion.
- Leurs initiatives sont une source de réflexion et d'amélioration potentielle du système. A titre d'exemple ce médecin qui a pris l'initiative de visiter les patients qu'il a référé au CSRef et de discuter avec le médecin en charge, et qui trouve que « ça change les choses pour la prise en charge du patient ». Autre exemple la mise en place par un autre médecin d'un système de mutuelle. Les CS tenus par des médecins pourraient être des lieux de collaboration privilégiée avec le MSP pour introduire et tester certains changements par exemple...
- Leurs revendications par rapport à l'ESSC (des réunions de cercle qui tiennent compte de leur niveau, des supervisions qui sortent du canevas administratif rigide pour s'adapter à chaque contexte) peuvent être, dans la mesure où elles ne se font pas dans un esprit agressif, l'occasion de discussion de fond sur le rôle de l'ESSC. Cela devrait être possible car les relations entre médecins chefs de CS et médecins de l'ESSC semblent généralement bonnes et qu'il y a rencontre d'intérêt possible. Pour le médecin de l'ESSC, c'est l'occasion de discuter, de confronter ses idées et ses difficultés en dehors des relations hiérarchiques, entre « pairs ». Pour le médecin de première ligne, c'est la motivation d'être au moins partiellement intégré à l'ESSC et de pouvoir également échanger entre pairs. Un travail d'équipe entre ESSC et médecins de première ligne serait une porte d'entrée très intéressante pour améliorer le fonctionnement des médecins de CS au sein du système de soins, mais aussi pour améliorer le fonctionnement des ESSC.

Le potentiel pour la réflexion sur les enjeux actuels

Une façon plus générale, la présence au niveau de la première ligne de professionnels capables d'initiatives, capables de tester des changements ou des approches, de négocier avec les communautés, de discuter en partenaires avec les ESSC, capables enfin, du fait de leur niveau de formation, de mener la réflexion conceptuelle à partir de l'expérience de terrain, est une ressource très précieuse. Elle offre des points d'ancrage pour travailler des domaines qui sont de grands enjeux actuels du système de santé :

- L'approfondissement de la réflexion sur ce que sont des soins de première ligne de qualité et sur l'identité professionnelle en première ligne.
- La réflexion sur le développement de mécanismes d'assurance qualité
- Le renforcement des ESSC (à travers un travail d'équipe entre pairs)

- ♦ La définition des contours du rôle régulateur du MSP (définition des modalités de rémunération, des limites du PMA...)
- ♦ L'équilibre des pouvoirs entre professionnels, MSP, ASACO et communes.

Travailler dans ce sens avec les médecins de première ligne peut se faire de plusieurs façons : à travers des réunions au niveau de cercle, au niveau régional, à travers l'intégration des médecins de première ligne à certaines activités de l'ESSC, à travers des recherche-action ...

Un potentiel....à certaines conditions

Pour pouvoir construire à partir de l'expérience des médecins de première ligne, il faut que certaines conditions soient remplies :

- Il faut que l'expérience puisse se poursuivre, c'est à dire qu'il n'y ait pas d'entrave à l'existence des médecins de CS et que des structures d'appui à leur installation continuent à être présentes. Il est bien entendu que cette expérience ne doit pas se faire au détriment du service public, et en particulier que le recrutement de médecins pour les hôpitaux et les ESSC doit être considéré comme prioritaire.
- Il semble nécessaire que soit levée la confusion terminologique existant autour des médecins de campagne, et que chacun fasse un pas pour accepter une réalité : les médecins de campagne correspondent à une fonction et pas à un statut (ce qui signifie qu'ils correspondent à tout médecin exerçant en première ligne en milieu rural, quel que soit son statut, y compris celui de la fonction publique). Des discussions constructives ne pourront avoir lieu tant que l'on s'en tiendra à regarder une même réalité à travers des lunettes différentes et déformantes. L'entretien de la confusion terminologique est le témoin du regard peu indulgent qui est porté sur les médecins de première ligne, en particulier en milieu rural, de la part du MSP. L'expérience ne pourra exprimer son potentiel que s'il existe une attitude d'ouverture, de collaboration et d'intégration.
- Une attitude d'ouverture ne signifie pas une acceptation sans esprit critique. L'expérience, si elle est porteuse d'espoir, est aussi porteuse de risques et de dérives que nous avons soulignées et auxquels il faut être attentif pour les contrôler.

CONCLUSION

L'évolution récente du système de santé malien est extrêmement intéressante à étudier et à discuter. Elle est une source de réflexion et d'enseignement qui peuvent être utiles à de nombreux autres contextes :

Le choix de favoriser le développement d'un réseau de centres de santé privés communautaires fait la démonstration que des alternatives à l'état existent pour fournir des services de première ligne à finalité publique, et que les communautés sont capables de gérer concrètement (et pas seulement sur le papier comme c'est trop souvent le cas) des structures de soins de base. Le caractère démonstratif est d'autant plus marqué qu'il ne s'agit pas d'une action limitée mais au contraire d'ampleur nationale, qui a effectivement permis une augmentation très importante de l'accessibilité de la population aux services de santé de base.

Le privé communautaire implique des changements importants dans la culture de travail, à la fois pour les professionnels employés par les ASACOs et pour les fonctionnaires du MSP. Il offre l'occasion de mener une réflexion de fond sur le rôle régulateur de l'état en accompagnant dans l'action les fonctionnaires du MSP qui doivent trouver leurs marques dans cette nouvelle fonction.

L'expérience montre aussi les limites de services entièrement gérés par les communautés : le privé communautaire n'est pas à l'abri des dérives et des limites du privé à but lucratif, en ce qui concerne la gestion des ressources humaines et financières et les jeux de pouvoir, mais aussi en ce qui concerne l'équité.

L'évolution récente du système de santé malien fait aussi la démonstration qu'il est possible de développer un réseau de médecins de première ligne, y compris en milieu rural, qui soit ancré dans une logique de finalité publique.

Si le développement d'une médecine de première ligne n'est pas un objectif à l'ordre du jour actuellement, il est probable qu'à plus ou moins long terme il corresponde à une réalité à laquelle l'expérience actuelle peut permettre de se préparer. Là encore, l'expérience est d'autant plus intéressante à étudier qu'elle représente une réalité non marginale.

L'un des éléments qui ressort le plus fortement à l'observation de cette expérience est que les principales différences liées à la présence de médecins chefs de CS sont de l'ordre du comportement. Si l'offre de soins sur un plan technique ne paraît pas fondamentalement différente, l'autonomie de comportement des médecins ainsi que les modes relationnels qu'ils établissent au sein de leur équipe de professionnels du CS mais aussi avec les ASACO et avec les BSSC, ont des effets sur l'offre de soins et services.

Ces différences de comportement sont à la fois porteuses de risques et de potentiels. Le rôle régulateur de l'état s'avère essentiel :

- Pour poser les limites qui permettent d'assurer la cohérence du système et son inscription dans une logique de service au public, et d'être vigilant sur les risques de dérives possibles (techniques et financières)
- Mais aussi pour permettre, par une attitude d'ouverture et d'intégration, d'utiliser au mieux les potentiels qu'offre la présence de ces médecins pour améliorer le système et répondre aux enjeux actuels du système de soins de santé.

Un autre enseignement majeur du système de santé malien est qu'il existe des alternatives à la mise en place verticale et standardisée de système de santé périphérique. L'une des plus grande richesse du système actuel est en effet sa relative souplesse de mise en œuvre qui autorise les initiatives et les variantes et permet une meilleure adaptation et une meilleure appropriation.

Enfin, il y a un enseignement qui peut paraître secondaire mais qui est important si l'on s'intéresse à la qualité des soins telle que perçue par la population, il s'agit de l'importance accordée à

la permanence des soins. L'une des exigences très marquées des communautés en tant qu'employeur vis-à-vis des professionnels est que ces derniers fassent preuve d'une réelle disponibilité à même d'assurer la permanence des soins. L'expression aussi claire d'une demande est le témoignage direct de l'importance de cet aspect des services pour la population, et le témoignage indirect de l'existence habituelle d'un problème dans ce domaine.

DOCUMENTS UTILISÉS

- Annaheim-Jamet I, Traore S & Balique H (1996) Les perspectives de médicalisation des zones rurales en Afrique Subsaharienne, l'expérience d'installation de médecins de campagne au Mali. *Santé Publique* 1, 29-40.
- Annaheim-Jamet I, Traore S & Balique H (1997) Réinventer la médecine de campagne. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 138-151.
- Association des médecins de campagne du Mali & Association Santé-Sud (1998) *La médicalisation des zones rurales d'Afrique Subsaharienne et de Madagascar L'expérience des médecins de campagne du Mali*, Sous la direction du Docteur H Balique (ORSTOM).
- Bamba S I (1999) La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du Mali au niveau du district sanitaire : évaluation de l'expérience de Kolondieba. Mémoire de master en santé publique, Institut de médecine tropicale, Antwerpen.
- Barbé T & Tano-Bian A (1997) Le modèle associatif est-il nécessaire ? In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 105-116.
- Direction nationale de la santé publique du Mali (2000) Système local d'information sanitaire Bulletin semestriel 1^{er} semestre 2000.
- Ikname A A (1991) Le centre de santé communautaire de Bankoni Une expérience nouvelle de prise en charge de la santé par les populations.
- Ikname A A, Sangho A & Diawara A (1997) Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 153-166.
- Le Jean Y (1997) L'expérience associative : vulnérable et irremplaçable. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 117-131.
- Maiga Z, Nafu Traore F & El Abassi A (1999) La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 12, ITC press Antwerp.
- Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité. Plan décennal de développement sanitaire social (PDSS) 1998-2007.
- Muguedé A (1998) Etude des CSCom et des CSAR dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Population Council.
- Ndibe Ba A, Samake Ba R & De Béthune X (1997) Comment se soigne-t-on en ville ? In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 41-57.
- Orta S (1997) Innover dans la participation : des mots aux actes. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest*. (éd Karthala), Paris, pp 85-99.
- Unicef (2000) Rapport Revue à mi-parcours. Coopération Mali-Unicef 1998-2002. Programme survie.

ANNEXE 1 : PROGRAMME DE TRAVAIL

Dimanche 3 décembre 2000 : vol Bruxelles - Bamako

Lundi 4 décembre :

- Accueil à la DNSP et entretien avec le Dr Dougoufana Bagayoko ; Chef de l'unité de suivi et d'évaluation de la direction nationale de la santé
- Entretien avec le Dr Lasséni Konate, Inspecteur de la santé
- Entretien avec le Dr Hubert Balique ; Mission sur les hôpitaux pour le MSP

Mardi 5 décembre : visite à la Direction Régionale de Koulikoro :

- Entretien avec le Directeur Régional
- Entretien avec les médecins chefs de cercle de la Région réunis en séminaire ;
- Visite du CS Ref de Koulikoro avec le Directeur régional et le Médecin Chef de Cercle

Mercredi 6 décembre :

- Entretien avec la mission d'appui au développement des ressources humaines ;
- Entretien avec le Chef de la Division santé de la Direction Régionale de Bamako
- Entretien avec le directeur de l'Union Technique de la Mutualité Malienne

Jeudi 7 décembre :

- Entretien avec l'Association Santé Sud
- Visite au Doyen de la Faculté de Médecine et entretien avec les Drs Hamar Traoré et Massambou Sako
- Visite à la FENASCOM et entretien avec le Trésorier général et le Secrétaire général
- Entretien avec le Dr Aïssata Ba Sidibé, UNICEF

Vendredi 8 décembre :

- Visite aux CSCom de Asacobadji et Asacoga (commune 5 district Bamako)
- Entrevue avec le chef du CS de référence de la commune 5
- Entretien avec l'association Santé Sud (suite)

Samedi 9 décembre :

- Lecture de documents

Dimanche 10 décembre : Bamako - Sikasso ; rencontre avec Ernesto Papa (OMS, coopération suisse)

Lundi 11 décembre 2000 :

- Rencontre avec le médecin chef de cercle de Sikasso ;
- Visite avec le médecin chef de cercle de Sikasso des CSCom de Fama et Nongon et entretiens avec les médecins chefs de CS

Mardi 12 décembre :

- Visite du CSCom de Kafana (cercle Sikasso) et entretien avec le médecin chef de CS
- Visite du CS privé de Kourouma (cercle Sikasso) et entretien avec le médecin
- Visite du CSCom de Goutiasso (cercle Sikasso)

Mercredi 13 décembre :

- Visite à l'Ecole d'Infirmiers de Sikasso et entretien avec le Directeur et la Directrice des Etudes
- Voyage vers Kadiolo ; rencontre avec le médecin-chef de Kadiolo et visite du CSRef
- Participation à la réunion des médecins chefs de poste
- Participation à la réunion des 5 chefs de poste participant à une recherche-action sur la globalité des soins

Judi 14 décembre :

Visite au CSCom de Zegoua : observation de consultations curatives et de CPN ; entretien avec l'infirmier chef de poste

Visite au CSCom de Glu (confessionnel): entretien avec l'infirmier chef de poste et la sœur canadienne

Visite au CSCom central de Kadiolo : entretien avec l'infirmier chef de poste

Visite au CSCom de Loulouni: entretien avec l'infirmier chef de poste

Vendredi 15 décembre :

Voyage Sikasso – Bamako avec Ignace Ronse

Entretien avec le Directeur National de la santé Publique

Rencontre avec Etienne Dembele

Samedi 16 décembre 2000: révision de documents

Dimanche 17 décembre : vol Bamako – Bruxelles (arrivée le 18 décembre)

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

DNSP :

- Dr Salif Samake, Directeur National de la Santé Publique
- Dr Dougoufana Bagayoko, Chef de l'Unité de Suivi et d'Evaluation

Inspection de la Santé

- Dr Lasséni Konaté, inspecteur en chef

Mission d'appui au développement des ressources humaines

- Dr Coulibaly, chef de mission
- Mr Traoré Oumar, formation et développement des ressources humaines
- Mr Maïga Saidou, planification et gestion des ressources humaines

Mission d'appui au développement hospitalier

Dr H Balique

Direction Régionale de Bamako

- Dr Georges Dakono, Chef de la Division Santé
- Dr Keita Assa Sidibé, chargée de programmes
- Mme Cissé Kadiatou, sage-femme

Commune 5, district de Bamako

- Dr Bouréma Maïga, médecin chef du CS de référence commune 5
- Dr Boulkassim Maïga, médecin chef CSCom ASACOBADJI
- Mr Mamadou Baba Sangaré, président de l'ASACOBADJI
- Mr Adama Doumia, commissaire aux conflits ASACOBADJI
- Dr David Moukourou, médecin chef CSCom ASACOGa
- Mme Animata Maréko, infirmière obstétricienne CSCom ASACOGa
- Mr Bakari Keita, Président ASACOGa

Région de Koulikoro :

- Dr Bamba Sory Ibrahima, Directeur Régional
- Dr Mamadou Désiré Marie Keita, médecin chef de cercle de Koulikoro
- Les médecins chefs de cercle de la Région de Koulikoro

Région de Sikasso :

- Dr Diallo Yaro, Chargé de Planification, Direction Régionale de Sikasso
- Dr Mamadou Tiero, médecin-chef de cercle de Sikasso
- Dr Doumbia, adjoint au médecin chef du cercle de Sikasso
- Dr Drissa Konaté, médecin chef du CSCom de Fama
- Dr Konaté Seidou, médecin chef du CSCom de Nongon
- Dr Cheik Mohamed Mansour Sy, médecin chef du CSCom de Kafana
- Dr Mariam Traoré, médecin au CSCom de Kafana
- Issa Sanongo et Agouna Koné, aides soignants du CSCom de Kafana
- Dr Moussa Mariko, médecin du CS privé de Kourouma
- Dr Ouattara Al Mustafa Directeur de l'Ecole d'Infirmiers de Sikasso
- Mme Solange Sankara, Directrice des Etudes de l'Ecole d'Infirmiers de Sikasso
- Dr Sodyongo Teme, Médecin-chef du cercle de Kadiolo

- L'équipe du cercle de Kadiolo
- Dr Osmari, médecin cubain en appui au Csref du cercle de Kadiolo
- Les infirmiers chefs de poste de Kadiolo et plus particulièrement :
- Yaya Coulibaly, infirmier chef de poste de Zegoua
- Paul Coulibaly, infirmier chef de poste de Giu
- Sœur Louisa Bellanger, CSCom Giu
- Bakary Kanté, infirmier chef de poste de Kadiolo
- Dogolou Douyon, infirmier chef de poste de Luluni

Faculté de Médecine :

- Le Doyen de la Faculté
- Prof Hamar Traoré, professeur en médecine interne
- Dr Massambou Sako, maître assistant en santé publique

ONG:

- Dr Ouattara, Union technique de la Mutualité Malienne
- Dr Yacouba Kone, Coordinateur Santé Sud Mali
- Dr Thomas Borel, Assistant Technique Santé Sud

Partenaires

- Pr Tiemolo Male, Trésorier de la Fenascom
- Mr Yaya Zan Konaré, Secrétaire général de la Fenascom
- Dr Aïssata Sidibé, Unicef
- Dr Ignace Ronse, OMS, coopération belge
- Dr Ernesto Papa, OMS, Coopération Suisse
- Dr Diko Boubakar, OMS, Coopération Suisse