

Promouvoir des soins de proximité en Afrique : l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin

Roland Caplain, Ismaïl Yacoubou, Didier Adedemy, Alidou Sani, Sandrine Takam, Dominique Desplats

DANS **SANTÉ PUBLIQUE 2014/HS S1**, PAGES 59 À 65
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.140.0059

Date de mise en ligne : 07/10/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2014-HS-page-59?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Promouvoir des soins de proximité en Afrique : l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin

Promotion of community-based care in Africa: example of community general practice in Benin

Roland Caplain¹, Ismaïl Yacoubou², Didier Adedemy³, Alidou Sani⁴, Sandrine Takam⁵, Dominique Desplats⁶

➔ Résumé

Des efforts considérables ont été menés pour apporter aux populations rurales du continent africain des soins de base. Mais la qualité de ces soins reste aujourd'hui peu satisfaisante car le médecin généraliste est le plus souvent absent en première ligne. Cette situation est paradoxale en regard du nombre de médecins formés dans les facultés en Afrique francophone et à Madagascar. Le déficit en médecin généraliste, exerçant dans les zones rurales, reste particulièrement préoccupant alors que les jeunes médecins sans emploi se multiplient dans les villes.

L'ONG Santé Sud, depuis plus de vingt ans, propose un concept – la médecine générale communautaire – qui, associé à un dispositif d'accompagnement, a permis l'installation de plus de deux cents médecins généralistes communautaires au Mali et à Madagascar. Ce concept a pour intérêt d'associer, dans une même pratique, la médecine de famille et les Soins de Santé Primaires. Depuis 2009, Santé Sud accompagne un projet d'installation dans les zones rurales du nord Bénin dans lequel le médecin généraliste communautaire exerce son métier de façon autonome, en étant partenaire du secteur public dans un esprit de complémentarité. Le processus d'installation comporte, depuis 2013, un diplôme universitaire qui a été créé avec la Faculté de médecine de l'Université de Parakou.

À partir de cette expérience au Bénin, les auteurs montrent que la présence d'un médecin généraliste en première ligne est une stratégie originale qui représente un apport indiscutable à la promotion de la santé : réduire les inégalités de santé entre les populations rurales et urbaines, permettre aux femmes de bénéficier d'un accouchement médicalement assisté près de chez elles, développer les activités de planning familial, l'éducation à la santé ainsi que la prise en charge des maladies chroniques, renforcer la couverture sanitaire en participant aux campagnes de vaccination. De par ses fonctions et sa proximité, le médecin généraliste communautaire représente une valeur ajoutée pour la promotion de la santé.

Mots-clés : Médicalisation ; Santé communautaire ; Médecine de famille ; Système de soins ; Afrique.

➔ Summary

Considerable effort has been made to provide rural African populations with basic health care, but the quality of this care remains unsatisfactory due to the absence of first-line GPs. This is a paradoxical situation in view of the large number of physicians trained in medical schools in French-speaking Africa and Madagascar: of the lack of GPs working in rural areas is a real concern, as many young doctors remain unemployed in cities.

For more than 20 years, the NGO Santé Sud has proposed a Community General Medicine concept, which, combined with a support system, has allowed the installation of more than 200 community GPs in Mali and Madagascar. The advantage of this concept is that it provides family medicine and primary health care in the same practice.

Since 2009, Santé Sud supports an installation project in rural areas of northern Benin, where community GPs work independently, as a complementary partner of the public sector. Since 2013, the installation process comprises a university degree created with the University of Parakou Faculty of Medicine.

Based on this experience in Benin, the authors show that the presence of a first-line general practitioner is an original strategy that provides a major contribution to health promotion: reducing health inequalities between rural and urban populations, allowing women to receive medically assisted childbirth close to home, developing family planning activities, education and health care for chronic diseases, strengthening health coverage by participating in vaccination campaigns, etc. Due to their functions and proximity, community GPs represent an added value for health promotion.

Keywords: Rural medical practices; Community-based health care; Family medicine; Health care systems; Africa.

¹ Santé Sud – 33, rue Saint Nicolas – 77510 Rebais – France.

² Faculté de médecine – Parakou – Bénin.

³ Santé Sud – 200, bd National Le Gyptis, bâtiment N – 13003 Marseille – France.

⁴ AMGC – 02 BP 1034 Parakou – Bénin.

⁵ AIMS Bénin – 02 BP 1034 Parakou – Bénin.

La médecine générale communautaire, un concept innovant qui renforce les soins de santé primaires

Les facultés de médecine en Afrique francophone et à Madagascar forment chaque année de plus en plus de médecins. Mais, les mesures d'ajustement structurel, dès la fin des années 80, ont limité de façon drastique l'accès à la fonction publique et nombre de médecins restent sans emploi.

Par ailleurs, les zones rurales de l'Afrique subsaharienne connaissent une situation où le premier contact d'une personne malade avec le système de soins se fait le plus souvent avec un personnel de santé insuffisamment qualifié. Paradoxalement, la majorité des médecins se trouvent dans les capitales et les grandes villes régionales, alors que les zones rurales, qui représentent 60 à 80 % de la population selon les pays, restent aujourd'hui encore des déserts médicaux [1].

Pour répondre à ce double problème, insertion professionnelle des jeunes médecins et disparité médicale entre les zones urbaines et rurales, l'ONG Santé Sud a développé une approche originale, celle de « médecin généraliste communautaire » (MGC). Ce concept est expérimenté depuis 1989 au Mali et 1995 à Madagascar avec plus de deux cents médecins communautaires actuellement en activité. Il s'avère pertinent selon six évaluations externes dont celle de l'OMS en 2008 [2] et celle, réalisée en 2006/2007, par l'Institut National de Santé Publique et Communautaire d'Antananarivo, la coopération française et la Fondation Aedes [3].

L'originalité de cette approche est de réunir, dans une même pratique, la fonction de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé, le soin curatif pour l'individu et la médecine préventive auprès d'une communauté. Cette nouvelle pratique médicale de proximité répond à une stratégie combinée médecine de famille/Soins de Santé Primaires. Elle se définit ainsi : « *le médecin généraliste communautaire est un médecin agréé qui exerce son métier de façon autonome dans un esprit de service public. Il vit en permanence sur son lieu d'installation, pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité* » [4].

Présentation du projet d'installation de MGC au nord Bénin

Contexte : la problématique de la sous-médicalisation des zones rurales du nord Bénin

En 2004, Santé Sud rencontre le recteur de l'Université de Parakou et les enseignants de la récente École de médecine, créée en 2001. Ces derniers partagent avec Santé Sud leurs préoccupations concernant l'avenir des futurs diplômés. Ils souhaitent une aide pour que ces jeunes diplômés puissent se fixer dans les régions septentrionales sous médicalisées et y apporter leurs compétences.

Cette préoccupation rejoint celle de l'OMS, dans son rapport de 2006, au sujet de la pénurie et la mauvaise répartition des ressources humaines en santé. Elle est confirmée par le Ministère de la santé du Bénin, à savoir une densité médicale inégalement répartie dans le pays, défavorisant les régions du nord et plus particulièrement les zones rurales.

En effet, les départements du Borgou et de l'Alibori représentent 45 % de la superficie du Bénin, avec une population de 1 667 807 habitants pour une population totale de 9 067 076 habitants en 2011. Il est recensé un médecin pour 8 411 habitants au Bénin, alors qu'il existe dans le Borgou un médecin pour 21 553 habitants et un médecin pour 38 773 habitants dans l'Alibori [5].

Différents dispositifs, tels que les cliniques coopératives ou la remise de dettes utilisées en fonds social d'intérêt, ont été proposés pour réduire cette disparité et rendre plus attractif l'exercice en milieu rural, mais ceux-ci se sont avérés peu efficaces.

Projet de médicalisation des zones rurales du nord Bénin

En 2007, un Accord Santé est signé entre la France et le Bénin, donnant naissance au Programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS). Dans le cadre de ce programme et afin d'encourager les jeunes diplômés issus de la Faculté de médecine de Parakou à s'installer dans les zones rurales du nord du pays, Santé Sud propose, fin 2008, un projet intitulé « Médicalisation des zones rurales défavorisées du nord Bénin ». Ce projet vise l'amélioration de l'accès, tant sur le plan géographique que financier, des populations rurales à des soins de qualité, délivrés par des médecins généralistes afin de renforcer le niveau primaire. Il répond parfaitement à la volonté politique

clairement affichée de l'État béninois et au souhait exprimé depuis 2004 par l'Université de Parakou.

Le projet prévoit l'installation, sur trente mois, de dix-sept MGC en milieu rural. Cette approche est une innovation pour le Bénin avec l'introduction de ce concept original. La première promotion de diplômés de l'École de médecine de Parakou, devenue Faculté, a lieu en 2008 (onze médecins) et correspond au démarrage du projet.

Plusieurs partenaires sont impliqués dans ce processus de médicalisation. L'Université de Parakou est l'opérateur associé. Le Centre d'études et d'appui technique aux institutions de micro-assurance-santé (AIMS) est le maître d'œuvre local opérationnel et représentant de Santé Sud au Bénin. Les partenaires institutionnels sont le Ministère de la santé, la Direction départementale de la santé du Borgou/Alibori, les Collectivités locales représentées par les maires des communes concernées. L'Institut régional de santé publique de Ouidah (IRSP) est chargé d'assurer le monitoring du processus et des activités dans une perspective d'évaluation du projet [6].

Dans ce projet, le MGC est un médecin privé qui exerce son métier de façon autonome dans un centre médical appartenant généralement à la commune ou aux communautés. Il est aussi partenaire du secteur public dans un esprit de complémentarité, dans une zone non couverte par une structure sanitaire publique. Il est installé selon un dispositif d'accompagnement structuré autour d'un concept (la médecine générale communautaire), d'une stratégie (le partenariat public-privé), d'une méthodologie précise qui comprend plusieurs étapes :

- **première étape** : mise en relation de l'offre (sensibiliser les jeunes médecins, formation préalable en médecine générale communautaire des candidats, devenue diplômante et universitaire en 2013) et de la demande (de maires de communes rurales, avis de la Direction départementale de la santé) ;
- **deuxième étape** : étude de faisabilité réalisée par le candidat (délimitation de l'aire de responsabilité et de sa population de référence, étude de l'environnement géographique, socioéconomique et sanitaire, simulation des activités attendues et des résultats financiers sur 3 ans, identification d'un local pouvant être réhabilité en centre médical) ;
- **troisième étape** : contractualisation et installation : a) signature d'une convention quadripartite, d'une durée de trois ans renouvelable, qui définit les droits et devoirs du MGC, du maire de la commune d'accueil, de l'Université de Parakou et de la Direction départementale de la santé du Borgou/Alibori ; b) réhabilitation et équipement du centre médical communautaire (CMC) : kit médical,

meubles, installation solaire, frigo, moto, dotation initiale en médicaments génériques. Ces dispositions permettent au nouveau MGC de s'associer au système de santé avec une place légitime et un rôle bien défini ;

- **quatrième étape** : suivi et mise en réseau des MGC (suivis formatifs sur deux ans, formation continue en groupe de pairs, compagnonnage par un médecin généraliste français senior expérimenté, participation à des réseaux de recherche-action sur les maladies chroniques, suivi longitudinal par l'IRSP).

Analyse des résultats obtenus

Dix-sept médecins volontaires ont été formés et sont opérationnels pour exercer la médecine générale communautaire en première ligne

Au terme de cette phase initiale, douze MGC sont installés dans le Borgou et cinq dans l'Alibori. Le premier MGC a été installé le 15 novembre 2009 à Tamarou dans la commune de N'Dali (département du Borgou). Chaque MGC ayant en charge une population comprise entre 12 et 15 000 habitants, on peut estimer que le nombre de bénéficiaires approche les 250 000 personnes. Chaque MGC dispose d'un CMC fonctionnel et efficient comprenant une partie médecine générale avec une salle de consultation, une salle de soins, une salle d'observation avec trois lits en moyenne, et une partie maternité avec une salle d'accouchement et une salle de repos.

Le MGC devient un acteur local majeur en matière de santé

Une offre globale de soins de qualité en zone rurale

Dans le rapport final de l'IRSP de juin 2012 [6], les données statistiques des activités entre janvier 2011 (6 MGC installés) et mai 2012 (13 MGC installés) sont les suivantes : 19 564 patients reçus ; 3 316 consultations prénatales ; 1 004 accouchements assistés ; 2 524 enfants vaccinés ; 509 femmes suivies en planning familial ; 2 330 actes de petite chirurgie.

Selon les rapports mensuels d'activités des MGC installés, le coût moyen d'une consultation, comprenant le tarif de l'acte et le prix des médicaments ordonnés, se situe entre 2 000 et 2 500 FCFA. Au bout d'un an d'activité, le bénéfice

mensuel moyen du MGC est évalué entre 1 à 1,5 fois le salaire d'un médecin du secteur public.

Le suivi du projet permet plusieurs constatations qui méritent d'être soulignées :

- tous les MGC installés notent une constante progression de leur fréquentation malgré des disparités selon les mois de l'année ;
- les MGC ont une activité accrue s'ils bénéficient de la présence d'une mutuelle de santé fonctionnelle et réciproquement les adhésions à une mutuelle de santé augmentent là où un MGC est implanté ;
- les MGC réalisent un nombre conséquent d'accouchements assistés ;
- une plus grande variété de pathologies, d'actes de petite chirurgie/traumatologie et certains accouchements dystociques sont désormais pris en charge au niveau des CMC, ce qui réduit le nombre de patients référés, évite des évacuations coûteuses, dans des conditions difficiles de transport. Les références sont pleinement justifiées et de meilleure qualité, comme le constate un médecin directeur d'hôpital de zone sanitaire (équivalent du district sanitaire) ;
- les médicaments essentiels génériques sont disponibles localement à des prix de vente accessibles pour les populations villageoises ;
- la planification familiale reste une activité relativement faible mais elle est en progression constante avec le temps et plus élevée que dans le secteur public ;
- l'activité de vaccination est disparate selon les secteurs en raison des problèmes de coordination technique et organisationnelle avec le service public.

Les relations du MGC avec les communautés et leurs élus

Concernant les relations avec les communautés, les MGC installés reçoivent le soutien des élus locaux et des populations rurales qui « se sentent soulagées de leurs souffrances ». L'insertion des MGC est acquise, un climat de confiance s'étant créé entre eux et les communautés villageoises. La reconnaissance des populations rurales et le sentiment d'être utile valorisent les médecins et renforcent leur motivation.

La satisfaction des bénéficiaires se traduit également par une diminution significative de l'influence et de l'activité des « piqueurs sauvages » locaux (exercice illégal de la santé par des non professionnels, très nombreux au nord Bénin).

Les maires, satisfaits des premières expériences, multiplient leurs demandes d'installation au regard des besoins importants de santé non satisfaits dans leurs communes. Ils prennent des initiatives pour favoriser l'installation de

MGC dans leur commune, notamment la construction d'infrastructures sanitaires ou de forages pour alimenter en eau le centre de santé. Une dynamique de développement rural se fait jour.

Les relations du MGC avec les autorités sanitaires

Si le partenariat public/privé est inscrit officiellement dans les textes du pays, il ne l'est pas encore dans les mentalités de tous les acteurs concernés par le projet. L'installation de MGC en zones rurales crée un dispositif nouveau dans le système sanitaire qui modifie la hiérarchie établie. Si une prise de conscience existe face à cette innovation, du temps est nécessaire pour une concrétisation dans les actes de certains partenaires.

Ainsi, la collaboration avec le secteur public est variable en périphérie, selon les zones sanitaires. La complémentarité privé/public n'est pas toujours reconnue avec des comportements allant du soutien total à l'indifférence, voire à certaines attitudes d'opposition.

Si le pari n'est pas encore complètement gagné à ce jour, il est vraisemblable qu'avec le temps les différents acteurs de santé apprendront à travailler ensemble, et qu'une harmonisation des articulations MGC/secteur public s'opèrera progressivement.

L'observation du terrain et l'étude des rapports d'activités des MGC permettent d'affirmer que l'accessibilité géographique et financière, la qualité des soins prodigués, la disponibilité auprès des populations villageoises, la collaboration avec les élus locaux et la complémentarité avec le secteur public sont les facteurs qui expliquent que ces MGC soient devenus des acteurs essentiels en matière de santé dans leurs aires de responsabilité.

L'engagement inconstant des MGC

Face à ce métier nouveau, les jeunes médecins diplômés n'ont pas encore pris conscience que la médecine générale communautaire peut représenter un parcours professionnel à long terme. La plupart s'engagent dans cette voie avec l'idée de faire une spécialisation ou de postuler pour la fonction publique après une expérience de quelques années. Cela explique que leur engagement n'est pas toujours total, entraînant des comportements instables et, pour certains, un absentéisme répété.

Au cours de cette phase initiale, trois MGC ont démissionné pour raison familiale et un quatrième à cause d'un climat délétère suite à des conflits entre le maire et ses administrés. Deux autres MGC ont été remerciés pour des

comportements incompatibles avec l'exercice de la médecine générale communautaire. Tous ces MGC ont été remplacés et ce sont donc vingt-trois jeunes médecins qui ont été installés pour obtenir l'implantation de dix-sept sites fonctionnels répondant aux critères de la médecine générale communautaire.

Pour éviter de nouvelles déconvenues, une attention particulière sera portée au choix des candidats. Si la démarche du jeune médecin vers cette nouvelle pratique professionnelle reste volontaire, les critères de sélection seront renforcés, plus particulièrement, en ce qui concerne le profil psychologique adapté à l'exercice de la médecine générale communautaire (entretiens orientés), et l'engagement (lettre de motivation, visites de MGC sur le terrain). Une fois installé, le MGC bénéficiera d'un encadrement régulier par des aînés référents/maîtres de stage.

Mise en place du Diplôme universitaire de médecine générale communautaire

La formation préalable que reçoivent les jeunes médecins, avant de s'installer en zone rurale avec l'appui de Santé Sud, est délivrée au Mali en partenariat avec le Département de santé publique de la Faculté de médecine de Bamako et à Madagascar en étroite collaboration avec l'Institut national de santé publique et communautaire d'Antananarivo.

Au Bénin, un degré de plus a été franchi, en mars 2013, avec la création d'une formation diplômante délivrée par la Faculté de médecine de l'Université de Parakou : le diplôme universitaire (DU) de médecine générale communautaire. Le concept de MGC reçoit ainsi, pour la première fois, la reconnaissance d'une université et, de ce fait, une légitimité officielle.

Ce DU comprend un enseignement théorique de 4 modules d'une semaine portant sur le concept de médecine générale communautaire et son rôle dans le système de santé du Bénin (module 1), la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural (module 2), les pratiques en situation isolée, urgences, maladies prioritaires, épidémies (module 3), l'organisation des soins et la gestion des activités (module 4). Cette formation théorique est suivie d'un stage pratique de deux semaines, auprès d'un MGC référent/maître de stage permettant au jeune médecin de se faire une véritable idée de son métier.

Cette formation universitaire devient un maillon essentiel qui permettra d'ancrer plus fortement la médecine générale communautaire dans le paysage sanitaire du Bénin et de pérenniser le processus.

Le MGC, un apport essentiel pour la promotion de la santé

Le MGC est un médecin privé qui gagne sa vie avec ses prestations médicales. Une mentalité d'« entrepreneur » et un comportement dynamique et un esprit d'initiative caractérisent le MGC et sont les clés de sa réussite professionnelle. Partenaire du service public, il s'associe aux campagnes de vaccination, participe à la lutte contre les épidémies et aux programmes verticaux. Il lui arrive de remplacer temporairement le médecin-chef de commune si besoin, à la demande des autorités sanitaires. Mais il sait également se différencier en offrant des activités spécifiques non proposées par le secteur public.

En contact direct avec les populations rurales, il crée un climat de confiance par sa présence constante et ses compétences. Ainsi, il a la possibilité de développer des activités qui vont favoriser l'accès à des soins de qualité et promouvoir la santé.

Il effectue des visites à domicile pour les personnes âgées ou handicapées ne pouvant se déplacer jusqu'au CMC et pour le suivi post-natal, ainsi que des visites de contrôle au domicile du patient, ayant présenté un épisode sévère avec plusieurs jours d'observation au CMC. Cette pratique est très appréciée et permet au MGC de parfaire sa connaissance du milieu.

La venue d'une maman avec ses enfants est l'occasion de réaliser une consultation intégrée autorisant, au cours d'un seul et même acte, des soins curatifs, une planification familiale et une vaccination infantile.

La promotion de la santé en milieu scolaire est mise en œuvre avec la participation active des directeurs d'établissement et des enseignants. Le MGC instaure la visite médicale des enfants et une sensibilisation de l'équipe enseignante aux différents problèmes de santé.

Bien que le coût de ses prestations soit accessible, le MGC s'adapte aux capacités financières des populations locales en pratiquant le crédit lorsque qu'il le juge nécessaire. Dans les zones rurales, la disponibilité monétaire est irrégulière en fonction des récoltes et de la vente du bétail, alternant avec les périodes de soudure. Dans ce contexte, les possibilités de crédit sont pour les populations une forme d'assurance très appréciée, d'autant que cette forme de paiement n'est pas admise dans les structures sanitaires publiques. Néanmoins, l'expérience montre qu'il est important de limiter cette pratique aux cas qui le nécessitent vraiment et de mettre en place un dispositif rigoureux, connu de tous, validé par une autorité locale incontestée qui pourra intervenir en cas de non-recouvrement.

Les mutuelles de santé se développent, non sans difficulté, dans les régions rurales. En proposant une offre de soins de qualité, le MGC favorise la mise en place d'un système mutualiste car la confiance des adhérents est essentiellement liée à la qualité des prestations.

En retour, le MGC constate une meilleure fréquentation de son CMC, comme le souligne le rapport final de l'IRSP. Selon les mots d'un patient africain, « être assuré n'a de sens que si l'on dispose à proximité de chez soi d'un centre de santé qui délivre des soins de qualité ».

Le MGC est également un acteur de développement local. Il a un rôle de conseil en matière de santé et d'hygiène auprès du maire et des élus dans le cadre de la décentralisation. Il apporte son expertise d'organisateur et de promoteur de la santé publique au niveau local dont les principes fondamentaux lui ont été fournis au cours de sa formation préalable.

Sa présence rassurante permet également de lutter contre l'exode rural et encourage d'autres acteurs, tels que les enseignants et les agents techniques, à s'installer plus durablement en ces régions.

Perspectives

Pour rompre l'isolement et pérenniser les installations, une mise en réseau des MGC installés est en cours, marquée par la création de l'Association des MGC du Bénin (AMGC Bénin) en mars 2013. Cette association professionnelle a pour but, d'apporter une entraide professionnelle entre MGC, de représenter et valoriser la médecine générale communautaire, de garantir la qualité des pratiques et des soins, d'obtenir une reconnaissance officielle de cette profession nouvelle.

Dans ce cadre, certaines activités vont pouvoir se développer, notamment la promotion de MGC référent-maîtres de stage pour améliorer l'encadrement des nouveaux MGC, la formation continue avec échanges de pratiques en groupes de pairs une fois par trimestre, ainsi que la mise en place de réseaux thématiques, sous la forme de recherche-action, permettant la prise en charge de certaines maladies chroniques (épilepsie, diabète, hypertension). En effet, dans sa pratique quotidienne le MGC est confronté à une transition épidémiologique qui cumule des pathologies anciennes et nouvelles. Alors que les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires ont tendance à régresser, les affections dues au vieillissement, les maladies chroniques, les troubles neuropsychiatriques et les trauma-

tismes augmentent. Cette transition est plus marquée en ville, mais n'épargne pas les campagnes où l'on voit de plus en plus de diabétiques et d'hypertendus qui nécessitent un traitement et un suivi au long cours. Cette prise en charge de pathologies chroniques va favoriser la mise en place de dossiers médicaux, quasiment inexistantes aujourd'hui en dehors du suivi de grossesse. Ceux-ci pourraient rapidement être informatisés, la plupart des MGC possédant un ordinateur portable et une alimentation électrique (kit solaire) au niveau de leur centre.

Au terme de la période initiale de ce projet, jugée novatrice et emblématique de l'insertion professionnelle des jeunes diplômés au Bénin, Santé Sud est reconduit pour la mise en œuvre d'une seconde phase intitulée « Renforcement et extension du programme d'installation de médecins généralistes communautaires en zones rurales dans le nord Bénin ». Cette extension prévoit, sur deux ans, l'installation de quinze MGC supplémentaires dans les départements du Borgou/Alibori et limitrophes, ce qui permettra d'atteindre un effet seuil significatif.

Conclusion

La politique des Soins de Santé Primaires, lancée à Alma-Ata en 1978, a eu pour objectif de fournir des soins curatifs et préventifs de base pouvant être administrés par des non médecins, en réponse au lourd déficit en compétences professionnelles de l'époque. Dans son rapport sur la santé dans le monde intitulé « Pour un système de santé plus performant », l'OMS a très explicitement pris conscience des limites de cette stratégie. Si des progrès indiscutables ont été accomplis, notamment la diminution de la mortalité infanto-juvénile et l'augmentation de l'espérance de vie, les résultats sont très loin des objectifs assignés, en particulier concernant les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5.

Dans ce contexte, le médecin de première ligne a une importance cruciale car 70 % de son activité concerne le couple mère-enfant. En réalisant sur place le suivi des femmes enceintes et les accouchements, en dépistant les complications obstétricales avec des références appropriées, en renforçant le planning familial, le MGC s'inscrit efficacement dans la lutte contre la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

Si les indicateurs de santé restent actuellement préoccupants, c'est en partie dû à des systèmes de santé sans médecins qui ont atteint leurs limites. Le médecin

généraliste, absent au niveau primaire, est le « chaînon manquant », ou le « chaînon indispensable » qu'il faudrait promouvoir avec détermination si l'on veut prétendre améliorer durablement la santé des populations. Cette démarche permettrait de franchir une étape décisive vers ce qu'il conviendrait d'appeler les Soins de Santé Primaires de seconde génération, avec des médecins praticiens en première ligne, à condition bien sûr qu'ils aient été formés à cette pratique spécifique que nous appelons la médecine générale communautaire et qu'un certain nombre de conditions, notamment un dispositif d'accompagnement à l'installation, soient réunies pour la rendre efficace. En effet, un système de santé est d'autant plus efficace que sa première ligne est forte.

Cette démarche innovante a pour vocation de pouvoir être étendue et reproduite dans les pays qui présentent un nombre important de médecins sans emploi et de fortes disparités médicales géographiques, à condition d'adapter le concept et ses modalités d'application en fonction des caractéristiques du pays et de son système sanitaire. L'engagement des jeunes médecins diplômés pour cette nouvelle approche de leur métier jouera également un rôle déterminant.

Selon le dictionnaire, promouvoir signifie faire avancer, favoriser le développement, faire connaître. En ce sens, la médecine générale communautaire nous semble une valeur ajoutée essentielle pour la promotion de la santé.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Desplats D, Kone Y, Razakarison C. Pour une médecine générale communautaire en première ligne. Médecine tropicale. 2004;64(6): 539-44.
2. Codjia L, Jabot F, Dubois H. Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. OMS, 2008.
3. Évaluation cabinet COEF Ressources. Étude sur l'appui à l'installation de médecins privés en zones rurales à Madagascar.
4. Desplats D, Razakarison C. Le guide du MGC en Afrique et à Madagascar, concept, organisation, pratiques. Santé Sud ; 2011, 320 p.
5. Annuaire des statistiques sanitaires. Ministère de la santé, République du Bénin, 2011.
6. Institut Régional de Santé publique de Ouidah. Médicalisation des aires de santé rurales dans les départements du Borgou et de l'Alibori au Bénin, juin 2012.