

**LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE EN SITUATION  
ISOLEE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET A MADAGASCAR.  
ANALYSE DU RAISONNEMENT CLINIQUE ET DE LA PRISE EN  
CHARGE MEDICALE.**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 5 Décembre 2014**

**Par Madame Sophie SCHMIT**

**Née le 13 mars 1986 à Genève (SUISSE)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur SAMBUC Roland</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur DELMONT Jean</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) BALIQUE Hubert</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) RANQUE Stéphane</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur SARRADON-ECK Aline</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur DESPLATS Dominique</b>	<b>Co-Directeur</b>



**LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE EN SITUATION  
ISOLEE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET A MADAGASCAR.  
ANALYSE DU RAISONNEMENT CLINIQUE ET DE LA PRISE EN  
CHARGE MEDICALE.**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 5 Décembre 2014**

**Par Madame Sophie SCHMIT**

**Née le 13 mars 1986 à Genève (SUISSE)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur SAMBUC Roland</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur DELMONT Jean</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) BALIQUE Hubert</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) RANQUE Stéphane</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur SARRADON-ECK Aline</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur DESPLATS Dominique</b>	<b>Co-Directeur</b>

## LISTE DES ENSEIGNANTS

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Sambuc, vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Delmont, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail dès le début en le soutenant. Vous avez tenu à siéger dans ce jury, vous m'en voyez profondément honorée. Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Dominique Desplats, merci pour avoir construit avec moi ce projet de thèse, vous êtes resté à l'écoute et m'avez soutenu malgré beaucoup de rebondissements. J'espère apporter ma petite contribution, au sein de Santé Sud, au beau projet qu'est la médecine générale communautaire.

A Madame le Docteur Aline Sarradon-Eck, vous avez accepté de diriger cette thèse en cours de route... Votre grande disponibilité, vos compétences et vos conseils ont été extrêmement précieux, ils m'ont permis de mener à bien ce travail, et même d'en être fière, merci.

A Monsieur le Docteur Hubert Balique, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en le soutenant. Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude.

A monsieur le Docteur Stéphane Ranque, je vous remercie infiniment d'avoir accepté de siéger dans ce jury, vous m'en voyez très reconnaissante.

Aux médecins rencontrés tout au long de mon parcours, d'abord à la faculté de Grenoble, puis de Marseille pendant ces années d'internat,

A mesdames les Docteurs Françoise Guiochon et Elisabeth Griot, par votre implication et votre inspiration vous m'avez énormément aidé, en remettant un peu d'huile sur le feu quand il en fallait.

A Monsieur le Docteur Paul Escalon, tu m'as fait découvrir la « vraie » médecine générale et m'a donné le goût de la médecine rurale. De mes yeux d'interne j'ai découvert un métier et un homme exceptionnel, je t'observe encore avec des yeux admiratifs !

A Monsieur le Docteur Pierre Costes, merci d'avoir mis mon intelligence en ébullition en me donnant de l'ambition, avec une impressionnante énergie.

A Monsieur Cyril Farnarier, ton aide et tes compétences furent essentielles et très appréciées, merci d'avoir répondu positivement à ma demande et de t'être rendu disponible.

A Monsieur le Docteur Ludovic Casanova pour ton aide indispensable dans la réalisation des statistiques, sans ton soutien j'aurais très vite baissé les bras et délégué cette partie du travail...

Aux Médecins Généralistes Communautaires de Madagascar et du Bénin que je n'ai malheureusement pas pu encore rencontrer. Chercher à comprendre vos objectifs et vos difficultés m'a énormément intéressé! J'espère ne pas avoir trahi vos sentiments et votre vécu dans cette étude. A l'entrée de ma vie professionnelle, votre engagement et votre détermination est pour moi un exemple.

Aux médecins généralistes bénévoles de Santé Sud qui avez accepté de répondre à mes questions. Vous faites un travail admirable, avec conviction et une grande ouverture d'esprit.

### **A mes amis, aux différentes associations qui m'ont tour à tour construite,**

A Brune, merci pour ces magnifiques années que nous avons partagées. Ton amitié a été essentielle, et continue de m'inspirer aujourd'hui.

A Juliette, tu sais comme tu comptes pour moi, merci pour ton accompagnement constant et ton regard sur la vie.

A Annad, ton oreille attentive me suit et me guide depuis maintenant 16 ans... Notre longue et belle amitié me porte et me nourrit toujours autant. Un immense merci pour ta confiance !

A mes amis, merci de m'avoir encouragé, surtout ces quatre dernières années, pour accomplir et terminer ces études ! Merci pour votre amitié, enthousiasme et votre indulgence face à mes hésitations...

A mes amis et collègues camerounais, au Docteur Pierre Nsongo'o, « Doc' », vers qui j'aimerais toujours me tourner quand vient une difficulté et que le moral baisse. J'ai énormément appris à tes côtés, ton courage et ta persévérance me surprend toujours.

A Blandine, Marie-louise, Alex, Paul, Célestin, Hugues et Sandra, tous passionnés par leur métier d'infirmiers ou de médecins, j'aimerais pouvoir être de nouveau soignée par vous si je retombe malade au Cameroun !

A Thomas et Jeanne, vous faites partie des plus belles rencontres de cette année de volontariat.

A Zobel, pour qui mon affection est vive. Malgré ta santé malmenée, tu continues de me suivre et de me porter un grand soutien dans mes entreprises, merci.

A La Délégation Catholique pour la Coopération, au Tam-tam de Nkol Ekong et à l'Hôpital Catholique de Pouma, à Pierre et Marie-José Wemeau, pour m'avoir donné la chance de vivre une expérience professionnelle unique au Cameroun. Au CCFD-Terre Solidaire, merci pour toutes ces ouvertures, formations et expériences qui m'ont façonnée et font ce que je suis aujourd'hui.

### **A ma famille,**

A mes parents, je ne vous dirai jamais assez merci pour m'avoir donné autant de chance et de confiance, pour m'avoir suivi et accompagné de près ou de loin dans mes projets, les sages comme les plus bancals. Vos relectures attentives de la thèse et vos conseils ont été très précieux.

A Hélène, Simon, Marion et Perrine, vous êtes des frères et sœurs formidables, quelle chance de vous avoir et de pouvoir compter sur vous!

A Mami qui suit pas à pas mes déboires et me conseille en douceur... Merci pour ton regard, ta jeunesse d'esprit est pour moi un exemple. A Papi, Grand-papa et Moumine qui sont toujours dans mes pensées.

A Anne, ma tante et marraine, pour m'avoir donné l'envie, petite fille, de suivre tes traces en devenant médecin, et pour m'avoir toujours conseillé avec justesse et humour.

A John, dont l'amour m'apporte une joie de vivre que je n'aurai pas cru possible. Renoncer à tes envies d'aventures pour rester à mes côtés et me soutenir vers cette étape importante fut un merveilleux cadeau. Ne t'en fais pas, les aventures ne font que commencer...

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# PLAN

<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
1.1 Politique de l’OMS en soins de santé primaires .....	4
1.2 L’action de Santé Sud .....	5
1.3 La consultation de médecine générale en zone rurale isolée.....	6
1.4 Objectifs .....	7
<b>II. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>8</b>
2.1 Type de l’étude .....	8
2.2 Contexte de l’étude .....	8
2.2.1 L’expérience camerounaise.....	8
2.2.2 Médecine générale communautaire au Bénin et à Madagascar dans les projets soutenus par Santé Sud .....	9
2.2.3 Missions de compagnonnage des médecins généralistes français .....	12
2.3 Recueil des données.....	12
2.3.1 Etude quantitative sur la typologie des consultations .....	12
2.3.2 Etude qualitative sur le raisonnement clinique et la prise en charge médicale.	13
2.4 Analyse des données.....	14
2.4.1 Analyse quantitative.....	14
2.4.2 Analyse qualitative.....	15
2.5 Choix du Dictionnaire des Résultats de Consultation .....	15
2.6 Considérations éthiques .....	16
<b>III. Résultats – Typologie des consultations .....</b>	<b>17</b>
3.1 Données Démographiques .....	17

3.1.1	Age des patients .....	17
3.1.2	Sexe des patients .....	17
3.1.3	Distance domicile-dispensaire et nombre de consultation/médecin .....	18
3.1.4	Caractéristiques démographiques par pays .....	19
3.2	Résultats de consultation .....	20
3.2.1	Répartition.....	20
3.2.2	Positions diagnostiques .....	22
3.3	Groupes de maladies selon la classe d'âge, le sexe et le pays.....	24
3.3.1	Par âge.....	24
3.3.2	Par Sexe.....	26
3.3.3	Par pays.....	27

#### **IV. RESULTATS - Analyse du raisonnement clinique et prise en charge médicale.....29**

4.1	Caractéristiques des échantillons de médecins interrogés et des MGC .....	29
	Médecins compagnons interrogés : .....	29
4.2	Conditions d'exercice.....	30
4.3	Spécificités des consultations de médecine générale communautaire .....	36
4.3.1	Apports du MGC en soins de santé primaire .....	36
4.3.2	Différences et similitudes avec la pratique de la médecine générale en France .	48

#### **V. DISCUSSION.....58**

5.1	Principaux résultats de la typologie des consultations .....	59
5.1.1	Prise en charge de la femme .....	59
5.1.2	Prise en charge des enfants .....	60
5.1.3	Nombre de Résultats de Consultation (RC) par consultation .....	61
5.1.4	Répartition des Résultats de Consultation .....	62

5.1.5	Les positions diagnostiques .....	64
5.1.6	Résultats par pays, influence de la saisonnalité et de la période de recueil .....	66
5.2	Principaux résultats de l'analyse du raisonnement clinique et de la prise en charge médicale.....	67
5.2.1	Histoire de la médecine occidentale en Afrique et à Madagascar .....	67
5.2.2	Le raisonnement clinique: atouts et limite .....	69
5.2.3	Une prise en charge adaptée à la situation clinique, ou aux attentes et aux représentations des malades ? .....	72
5.2.4	Reconnaissance morale et financière de l'acte intellectuel.....	78
5.2.5	Activités de santé communautaire : une santé publique centrée sur la communauté.....	81
5.2.6	Oser le suivi malgré l'isolement géographique et le manque d'équipements.....	83
5.3	Méthodologie générale : la méthode mixte .....	85
5.4	Les limites de l'étude quantitative .....	86
5.4.1	Recueil des données .....	86
5.4.2	Outil de relevé des pathologies et analyse des données.....	86
5.4.3	Représentativité de l'échantillon.....	87
5.5	Les limites de l'étude qualitative .....	88
5.5.1	Données de seconde main .....	88
5.5.2	Recueil des données .....	88
5.5.3	Analyse des données .....	89
<b>VI.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>90</b>
<b>VII.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>93</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>96</b>
<b>IX.</b>	<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>109</b>

# I INTRODUCTION

*« Docteur, j'ai bien compris ce que vous avez expliqué, mais j'ai une dernière question. Est-ce qu'il ne peut pas y avoir aussi une part...mystérieuse à cette maladie ? »*

*« La blanche, elle ne veut pas nous soigner, elle ne met pas de perfusions. »*

Extraits de consultation et de conversations,  
à l'Hôpital Catholique de Pouma au Cameroun, pays Bassa,  
décembre 2013.

## 1.1 Politique de l'OMS en soins de santé primaires

D'après l'OMS, l'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous. Parmi les éléments clés pour parvenir à cet objectif, elle rappelle la nécessité d'organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations.

Dans son « Rapport sur la santé dans le monde » de 2008 (1), l'OMS souligne des évolutions dans le mouvement des soins de santé primaires, et encourage des réformes. On y remarquera la volonté de remplacer des « *technologies simples destinées à des agents de santé non professionnels volontaires* », par des « *équipes d'agents de santé facilitant l'accès à la technologie et aux médicaments ainsi que leur utilisation appropriée* ».

Cependant, une meilleure formation des agents de santé ne semble pas suffisante pour améliorer les soins primaires. On s'attend aussi à une meilleure répartition des médecins sur le territoire, et à une incitation à une médecine de proximité, dans les zones urbaines, mais surtout dans les zones rurales où se trouvent les populations les plus vulnérables.

Pourtant, malgré le besoin de médecins en zone rurale dans les pays en développement, on constate la coexistence de plusieurs phénomènes paradoxaux:

- L'OMS évalue à 76% le nombre de médecins exerçant leur métier dans les zones urbaines, et cette proportion est encore plus élevée en Afrique subsaharienne et à Madagascar. Pourtant, les zones rurales y représentent 60 à 80% de la population selon les pays, faisant de ces régions des déserts médicaux.

Dans certains pays une forte proportion de médecins est sans emploi en ville (en avril 2013, le Syndicat autonome des médecins du Sénégal déplorait 600 médecins au chômage, en dépit des besoins criants de personnels de santé notés dans la plupart des structures sanitaires du pays (2)), et on assiste à l'expatriation des jeunes médecins africains devant l'absence de recrutement dans la fonction publique, et l'insuffisance des infrastructures. Leur départ en Europe et ailleurs prive de leur compétence les pays qui ont investi dans leurs études.

- Malgré l'augmentation salubre du nombre de facultés de médecine et des effectifs de médecins formés dans leur pays, les politiques de santé initiées par les organisations internationales n'ont pas tenu compte de cette évolution prévisible, laissant les soins de santé primaires aux agents de santé en oubliant les médecins praticiens.

## **1.2 L'action de Santé Sud**

Ce constat a amené l'association de solidarité internationale Santé Sud à lancer l'expérience de la médecine de campagne au Mali en 1989, grâce à un programme d'accompagnement de jeunes médecins dans leur installation en milieu rural, associant 3 catégories d'acteurs : une communauté rurale d'accueil, un jeune praticien issu de la faculté de médecine du pays, et l'association Santé Sud via son équipe locale permanente qui coordonne le processus d'installation.

Cette expérience qui a permis l'installation de 150 médecins au Mali, a été étendue en 1996 à Madagascar (où 38% des médecins sont sans emploi stable !), avec déjà 60 médecins installés, et continue aujourd'hui avec le Bénin (30 médecins installés), en Guinée et au Togo où la même action démarre.

Le concept de médecine générale communautaire s'est ainsi affiné avec des formations spécifiques dans chaque pays, dont un DU délivré par la faculté de médecine de Parakou au Bénin. Il associe les compétences d'un médecin de famille et celle d'un médecin de santé publique, afin d'assurer les soins de santé primaires au sein de sa communauté, tout en s'intégrant au système de santé du pays (3).

Afin de renforcer et pérenniser ces installations en zones rurales, des médecins généralistes français expérimentés et eux-mêmes installés en médecine générale libérale en France, partent

régulièrement pour des missions de compagnonnage auprès de ces médecins généralistes communautaires.

### **1.3 La consultation de médecine générale en zone rurale isolée**

Les consultations de médecine générale en zone isolée sont influencées par de nombreux facteurs, auxquels sont confrontés les soignants, qu'ils soient médecins ou non médecins. Les problématiques de santé s'y caractérisent par des difficultés d'accès aux examens de laboratoire, aux examens complémentaires, aux avis spécialisés, aux hospitalisations, etc...et des moyens financiers des familles limités, la prise en charge financière des pathologies par le système de santé du pays étant quasi-inexistante.

Depuis l'installation avec l'aide de Santé Sud du premier médecin de campagne malien en 1989 qui ouvrait la voie de la médicalisation des zones rurales dans plusieurs pays, un nombre significatif de publications, de communications et d'études directement liées à cette expérience, ont vu le jour.

Toutefois, on ne retrouve pas de publications décrivant la typologie de ces consultations de médecine générale en zone rurale isolée, où la prise en charge médicale est habituellement assurée par des paramédicaux, infirmiers ou aides-soignants.

Au Cameroun où l'investigatrice principale a pu travailler un an dans un hôpital rural entre novembre 2012 et octobre 2013, les médecins ne travaillent qu'en structure hospitalière. La médecine générale n'est très souvent qu'une transition de quelques années avant une spécialisation chirurgicale ou médicale, ceci dans l'optique de travailler en zone urbaine ou encore dans les grands programmes de santé publique.

Ce séjour au Cameroun a donné lieu à une expérience de terrain : en marge de son activité de consultation au dispensaire, et de la responsabilité du service de médecine et de pédiatrie au sein de l'hôpital, l'investigatrice a rencontré sur leurs lieux de travail les soignants exerçant dans les dispensaires aux alentours du village. Pendant 6 mois, elle leur a rendu une visite hebdomadaire, afin d'assister aux consultations « tout venant ». Le plus souvent, les consultations étaient menées par des Infirmiers Diplômés d'Etat affectés par le gouvernement dans des dispensaires publics, mais aussi par des infirmiers, aides-soignants et laborantins dans des dispensaires confessionnels ou des centres de santé privés.

L'observation de ces consultations menées par des non-médecins en dispensaire, ainsi que la lecture des rapports de mission écrits par les médecins généralistes français revenant d'un compagnonnage avec Santé Sud, ont fait naître plusieurs interrogations : quelles sont les caractéristiques et les spécificités de la consultation de médecine générale en zone rurale isolée, et quel bénéfice apporte la démarche clinique d'un médecin généraliste pour ces populations habituellement soignées par des paramédicaux ?

## **1.4 Objectifs**

L'objectif de ce travail est d'analyser le processus décisionnel et la prise en charge des situations cliniques rencontrées en consultation par des médecins généralistes communautaires en situation isolée au Bénin et à Madagascar.

L'analyse de ce processus décisionnel s'est fait en 2 temps :

- 1) la description de ces consultations (caractéristiques démographiques de la population, influence de l'âge et du sexe, type et répartition des pathologies rencontrées, influence du lieu et de la saison)
- 2) la compréhension de leurs spécificités et difficultés.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### Rappel des Objectifs

L'objectif de ce travail était d'analyser le processus décisionnel et la prise en charge des situations cliniques rencontrées en consultation par les MGC en situation isolée au Bénin et à Madagascar. L'analyse a été effectuée en deux temps :

- 1) la description de ces consultations,
- 2) la compréhension de leurs spécificités et difficultés.

### **2.1 Type de l'étude**

Il s'agissait d'une étude exploratoire, descriptive et rétrospective, réalisée en deux parties :

- a) Descriptions du travail de médecine générale en situation isolée, par l'analyse quantitative des résultats de consultation dans 3 pays : Cameroun, Bénin et Madagascar.
- b) Démarche compréhensive afin de saisir les spécificités et les difficultés du travail de médecine générale communautaire, par une étude qualitative au moyen d'entretiens.

### **2.2 Contexte de l'étude**

#### **2.2.1 L'expérience camerounaise**

Dans le cadre d'un Volontariat de Solidarité Internationale, l'investigatrice principale a travaillé en tant que médecin généraliste au Cameroun à l'Hôpital Catholique de Pouma entre novembre 2012 et octobre 2013.

L'hôpital, de capacité moyenne (50 lits), était situé à 5km du village. Il comprenait un dispensaire destiné aux consultations de médecine générale ainsi qu'au suivi mensuel des personnes atteintes du VIH, et plusieurs services d'hospitalisation.

Le village de Pouma (13 500 habitants dans la commune élargie) est en bordure de l'axe routier reliant Douala à Yaoundé, et est entouré de nombreux petits villages en pleine forêt

tropicale communément appelée « brousse », où vit une population composée essentiellement de cultivateurs et de chasseurs.

Le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies transmissibles, mais aussi par une tendance à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles. Ceci reste lié en grande partie, à la précarité des conditions socio-économiques, aux problèmes liés à l'éducation, l'emploi, l'habitat, l'accès à l'eau potable, l'assainissement et la nutrition, pour une part importante de la population. Sur le plan socio-économique, Le Cameroun était classé 150<sup>ème</sup> sur 187 pays évalués pour l'indice de développement humain (IDH) en 2011, qui était de 0,482 (4).

Le système de santé, comme dans la plupart des pays africains, est de type pyramidal à trois niveaux: central (stratégique), intermédiaire (technique) et périphérique (opérationnel). Le pays compte 178 districts de santé, avec 162 hôpitaux de districts dont 154 fonctionnels, et 2043 structures sanitaires publiques et privées, majoritairement concentrées en zone urbaine. Seule 50% de la population a accès aux structures de soins dans un rayon de 5 Km.

Une insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines de santé, persiste malgré les efforts de recrutement de ces dernières années (5). Cette situation est aggravée par une concentration en zone urbaine, au détriment des zones rurales. Le ratio en personnel médical, reste de 0,63 pour 1000 habitants en 2005, contre 2,3 selon la norme OMS. On dénombre 26.827 personnels de santé en 2004 selon le Rapport MSH (dont 15.025 en public et 11.802 en privé), parmi lesquels on compte 1 Médecin pour 5.673 habitants (Norme OMS : 1/10.000) et 1 Infirmier pour 1.981 habitants (Norme OMS : 1/5.000).

## **2.2.2 Médecine générale communautaire au Bénin et à Madagascar dans les projets soutenus par Santé Sud**

- **Conditions d'exercice**

La médecine générale communautaire vise à répondre à une double problématique: répondre à une demande de soins individuels - soigner la personne et sa famille - tout en gardant une vision globale des problèmes de santé d'une collectivité. Cette double fonction, celle de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé associée, dans une même pratique, la médecine de famille et les Soins de Santé Primaires. Ces médecins généralistes

communautaires exercent en privé, de façon autonome, dans un cadre contractuel d'association au service public (partenariat public-privé).

Le lieu d'installation est le plus souvent un « village-centre », avec une périphérie qui converge vers lui par des pistes. Sa périphérie dans un rayon de 15 km, comprend un bassin de population compris entre 5000 et 16 000 habitants, soit une moyenne d'environ 10 000 personnes. La fréquentation du centre médical dépend de la répartition de cette population et de la distance.

Le médecin vit en permanence sur son lieu d'installation, et emploie souvent un ou plusieurs aides-soignants, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes de consultation, le travail administratif ou l'entretien des locaux et du matériel. Le médecin gère son stock de médicaments et sa pharmacie.

Très peu ont accès à des examens complémentaires, en dehors de certains tests de diagnostics rapides tels qu'il en existe pour le paludisme, les urines ou certaines sérologies.

- **Systèmes de santé**

- a) Madagascar

Sur le plan socio-économique, Madagascar était classé 151<sup>ème</sup> sur 187 pays évalués pour l'indice de développement humain (IDH) en 2011, qui était de 0,480. Le taux de pauvreté a augmenté de 8 points, passant de 66,7% en 2005 à 76,5% en 2010. (4)

La situation sanitaire reste caractérisée par une prévalence élevée des maladies transmissibles et une mortalité maternelle élevée qui est de 468 sur 100 000 naissances vivantes en 2009. Un tiers de ces décès surviennent dans la tranche d'âge 15 à 19 ans. Le niveau de mortalité infanto-juvénile qui était passé de 159 pour mille en 1997 à 72 pour mille en 2008 demeure encore préoccupant. La performance du système de santé est également limitée avec près de 65 % de la population situé à moins de 5 km d'une formation sanitaire, mais un taux d'utilisation en consultation externe dans les structures publiques de 33% en 2011 (6).

La pyramide sanitaire se compose de trois échelons, soit : l'échelon central (directions et services), l'échelon intermédiaire (directions régionales) et l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire.

Un district sanitaire est ainsi structuré :

- un bureau de santé de district dirigé par l'équipe de gestion de district (EMAD),
- un Centre Hospitalier de District (CHD) ou centre de référence de premier recours,
- les Centres de Santé de Base du district (CSB de type 1 avec un infirmier ou type 2 avec un médecin) pour les premiers contacts, l'ensemble des formations sanitaires privées présentes dans sa zone de juridiction, et les structures communautaires menant des activités intersectorielles liées à la santé (COSAN, COGES). Nombreux sont les CSB qui sont peu fonctionnels ou fermés.

Madagascar étant particulièrement vaste il existe de nombreuses zones isolées ou enclavées « non couvertes » par le système de santé, dans lesquelles s'installent les médecins généralistes communautaires, en majorité sur les Hautes Terres Centrales, mais également dans les régions de Mahajunga et Tulear.

b) Bénin :

Le Bénin se caractérise par une forte croissance démographique de 3,25 %, une organisation décentralisée du système de santé, une large couverture en infrastructures sanitaires.

Le pays est en transition épidémiologique avec l'existence de maladies transmissibles, l'éclosion des maladies non transmissibles et l'importance croissante de problèmes de santé liés à l'environnement. L'IDH du Bénin en 2011 était de 0,427, le classant 167<sup>ème</sup> sur 187 pays évalués (4).

Le système de santé du Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux : central avec les hôpitaux nationaux de référence ; intermédiaire avec les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD), et périphérique avec des Hôpitaux de Zone (HZ). La zone sanitaire est donc le niveau le plus opérationnel et le plus décentralisé du système national de santé du Bénin qui couvre une ou plusieurs communes, soit une population de 100 000 à 200 000 habitants. Elle comprend un hôpital de zone, des Centres de Santé de Commune (CSC) et les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) ainsi que des structures privées ou confessionnelles.

Il existe une forte disparité entre les départements, particulièrement entre ceux du sud et ceux du nord, moins pourvus en structures de santé et en ressources humaines en santé (7).

Par exemple sur une moyenne d'un médecin pour 8411 habitants à l'échelle du pays, on trouve un médecin pour 1579 habitants à Cotonou, mais un médecin pour 38 773 habitants dans l'Alibori dans le nord du Bénin, c'est pourquoi le programme d'installation des MGC soutenus par Santé Sud s'est développé au Nord Bénin (Borgou et Alibori) avec l'appui de la jeune faculté de médecine de l'université de Parakou, créée pour désenclaver le Nord Bénin.

### **2.2.3 Missions de compagnonnage des médecins généralistes français**

Un des objectifs de Santé Sud est de renforcer et pérenniser les installations de nouveaux médecins généralistes communautaires dans les zones rurales du Bénin et de Madagascar. Dans ce but des médecins généralistes français expérimentés et eux-mêmes installés en médecine générale libérale en France, partent régulièrement pour des missions de compagnonnage auprès des MGC. Ces missions ont pour objectif d'échanger entre confrères sur les pratiques du médecin généraliste, en particulier sur l'approche clinique de la médecine de famille centrée sur la personne dans son contexte de vie. En effet, cette dimension de la pratique médicale est encore peu connue en Afrique comparée aux stratégies collectives de la santé publique développées depuis la période coloniale, tel que l'explique la sociologue Monique Van Dormael ((8), p.11). Ces compagnonnages sont l'occasion d'un partage de connaissances, de mise en réseau avec d'autres MGC (formation continue entre pairs), et de valorisation du métier de médecin généraliste.

## **2.3 Recueil des données**

### **2.3.1 Etude quantitative sur la typologie des consultations**

La population étudiée concernait les patients venant en consultation de médecine générale en zone rurale isolée, au Cameroun, à Madagascar et au Bénin, auprès de médecins généralistes installés en privé, ou au sein d'un hôpital privé au Cameroun. Ont été exclus les patients vus au cours d'une action de santé publique de masse telle qu'une campagne ou des séances de vaccination.

A Madagascar et au Bénin, les médecins français partis avec Santé Sud en mission de compagnonnage entre 2010 et 2013 ont réalisé des rapports de mission comprenant un relevé

des pathologies ou situations cliniques rencontrées pour chaque consultation pendant leur séjour, sur une durée de 8 à 10 jours, à laquelle s'ajoute une journée de formation en groupe de pairs.

Tous les médecins ayant réalisé un rapport de mission avec recueil de ces données ont accepté l'exploitation de leurs rapports.

Sur ces recueils, les variables étaient : *pays, médecin ayant fait le recueil, âge du patient, sexe du patient, distance du domicile par rapport au cabinet médical, nombre de diagnostic par consultations* et le ou les *résultat(s) de consultation*. La donnée *âge* a été enregistrée selon des classes d'âge : 0-1 ans, 2-5 ans, 6-15 ans, 16 ans et plus.

Au Cameroun, l'investigatrice a réalisé, avec ces mêmes variables, un recueil des situations rencontrées pendant les consultations de médecine générale au sein du dispensaire de l'HCP, pendant 2 mois de début février à fin mars 2013.

Au total sur les 3 pays, 10 médecins généralistes ont participé au recueil de données.

### **2.3.2 Etude qualitative sur le raisonnement clinique et la prise en charge médicale**

*-Echantillon des informateurs :*

Tous les médecins généralistes français partis plusieurs fois en mission de compagnonnage pour Santé Sud, ont été interrogés au cours d'entretiens individuels semi-dirigés, à partir d'un canevas d'entretien. Ils ont été au nombre de 7, dont 2 femmes et 5 hommes, 5 d'entre eux étaient encore en exercice libéral de médecine générale et 2 d'entre eux étaient à la retraite depuis peu. La moyenne d'âge était de 62 ans.

*-Les entretiens :*

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mots à mots afin d'établir des verbatims. 6 entretiens sur 7 se sont déroulés par skype avec utilisation de la vidéo, à leur domicile pour quatre, et à leur cabinet médical pour deux. La durée moyenne des entretiens était de 62 minutes.

Le canevas d'entretien était établi sur la base de l'observation par l'investigatrice principale des consultations menées par des soignants non médecins au Cameroun, sous la forme d'un

audit évaluant les pratiques de soin. Ces observations ont permis d'identifier des thèmes pour interroger la pratique des MGC.

Le guide d'entretien était de type semi-structuré et comportait huit questions correspondant à notre question de recherche, sur les thèmes suivants : la confiance et la relation médecin-malade, l'utilisation des algorithmes dans la démarche clinique, la recherche par l'examen clinique de signes associés, la capacité à nommer une situation clinique, la conscience des risques d'évolution, le recours aux traitements injectables et aux antibiotiques, l'utilisation des livres et l'influence de la formation initiale et continue. **(cf annexe 4)**

*-Le focus group :*

Nous avons réalisé un focus group (ou entretien collectif) avec 4 médecins compagnons parmi les 7 interrogés, à l'issue de l'analyse des entretiens individuels et de l'identification des premiers résultats. Ces derniers ont servi de canevas pour le débat. Le premier objectif était de renforcer la validité de ces résultats, confirmer la saturation des données et, si celle-ci n'était pas obtenue, identifier les données manquantes. Le second objectif était d'utiliser le débat entre enquêtés pour faire émerger les problématiques à creuser dans le cadre de la discussion, en recueillant les réactions des médecins compagnons devant les premiers résultats.

L'animateur était un socio-anthropologue sans rapport avec les médecins interrogés ni le programme de médecine générale communautaire de Santé Sud. L'investigatrice principale est restée observatrice, elle n'a pas participé ni à l'animation ni au débat afin de ne pas l'influencer. L'entretien collectif a duré 2 heures.

## **2.4 Analyse des données**

### **2.4.1 Analyse quantitative**

Les situations cliniques recueillies par les médecins compagnons au Bénin et à Madagascar, et par l'investigatrice principale au Cameroun, ont été reportés sur un tableau Excel.

Ces résultats ont été traduits dans un langage commun à l'aide du Dictionnaire des Résultats de Consultation établis par la SFMG. Puis nous avons regroupé et codé les résultats de consultation par grands ensemble de maladies, selon la classification de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Le DRC est un dictionnaire sémiologique ; il regroupe les situations cliniques qu'un médecin généraliste (en France) rencontre au moins une fois par an. Chaque situation clinique appelée « Résultat de Consultation » comprend un titre, des critères d'inclusion, des critères d'exclusion, des compléments sémiologiques.

Les données ont été analysées de façon quantitative, en pourcentage, à l'aide du logiciel stata11.

#### **2.4.2 Analyse qualitative**

L'analyse des données qualitatives s'est appuyée sur une approche inductive. Une analyse verticale (par entretien) a débutée dès les premiers entretiens selon les stratégies d'analyse proposées par Glaser & Strauss (1967) qui reposent sur l'idée que l'analyse du matériel qualitatif est un processus continu de comparaisons qui débute à la première entrevue et se poursuit jusqu'à la fin du recueil des données. Ce processus de comparaisons constantes a permis d'esquisser des catégories thématiques qui reproduisent les orientations de notre problématique, mais également l'émergence de thèmes qui n'étaient pas prévus initialement. Le canevas d'entretien a donc été étoffé au fur et à mesure des entretiens et des nouveaux thèmes et sous-thèmes apparus lors des premiers entretiens. Nous avons ensuite organisé le corpus, constitué par les entretiens, les rapports de mission et les verbatims des focus group, en thèmes et sous-thèmes afin de les analyser dans une perspective à nouveau verticale et transversale.

#### **2.5 Choix du Dictionnaire des Résultats de Consultation**

Les situations cliniques relevées par les médecins généralistes français lors de leur mission de compagnonnage ont été traduites selon le DRC de la SFMG, dans un souci de convenir au plus près au diagnostic posé par le médecin, et de rester dans une classification adaptée à la médecine générale.

Chaque Résultat de Consultation est caractérisé par une position diagnostique :

A : position d'un symptôme

B : position d'un syndrome

C : position d'un tableau de maladie

D : position d'un diagnostic complet certifié

Z : RC dont les critères d'inclusion n'existent plus en totalité, par exemple sous l'effet d'une thérapeutique (HTA contrôlée sous traitement), ou problèmes pris en charge non pathologiques (comme la contraception).

La situation clinique était classée Dénomination Hors Liste (DHL) si elle n'était pas retrouvée dans le DRC.

Un travail de thèse antérieur (9) a permis de démontrer l'intérêt de l'utilisation de cet outil descriptif en consultation de médecine générale en zone isolée africaine, notamment au Bénin.

## **2.6 Considérations éthiques**

Au Cameroun l'investigatrice principale assisté aux consultations après avoir demandé au patient si sa présence était acceptée, sans intervenir sur le déroulement de la consultation. Lorsqu'elle était sollicitée pour un avis médical par le soignant, elle demandait d'abord ce qu'aurait fait le soignant s'il avait été seul. Chaque résultat de consultation était noté et ses observations étaient notées au fur et à mesure. Les visites en dispensaires ont été poursuivies jusqu'à saturation des données.

### III. Résultats – Typologie des consultations

#### 3.1 Données Démographiques

##### 3.1.1 Age des patients

Au total, 1203 consultations ont été enregistrées, dont 529 au Bénin, 467 à Madagascar et 207 au Cameroun.

La population adulte (plus de 16 ans) était la plus représentée : 69,58 % des patients, alors que la place des enfants de 6 à 15 ans n'occupait que 4,41% des consultations.

Si l'on considère maintenant la totalité de la classe pédiatrique, allant de 0 à 15 ans, on compte 366 consultations, représentant 30,42 % de l'effectif total.

**Tableau 1 : répartition du nombre de consultations selon la classe d'âge pour l'ensemble des 3 pays**

Age	Freq.	Percent	Cum.
0-1an	165	13.72	13.72
2-5ans	148	12.30	26.02
6-15ans	53	4.41	30.42
16ans et plus	837	69.58	100.00
Total	1,203	100.00	

##### 3.1.2 Sexe des patients

Parmi les consultants, 493 sujets (40.98 %) étaient de sexe masculin et 710 (59.02%) de sexe féminin.

Jusqu'à 5 ans, on observe que les garçons étaient en proportion plus souvent amenés en consultation que les filles, cette tendance s'inversait ensuite entre 6 et 15 ans et chez les adultes.

Après regroupement en 2 catégories d'âge, de 0 à 15 ans et 16 ans et plus, parmi les enfants 54,37% étaient de sexe masculin et 45,63% de sexe féminin. Parmi les adultes, 35,13% étaient de sexe masculin et 64,87% de sexe féminin, avec une différence significative entre ces 2 groupes ( $p < 0,001$ ).

Le sexe féminin était nettement plus représenté dans la tranche d'âge des adultes (consultations pré- et post-natales, contraception...), 76,48% des patientes avaient plus de 16 ans.

**Tableau 2: répartition du nombre de consultations selon l'âge et le sexe des patients**

Age	Sexe		TOTAL
	Masculin %	Féminin %	
0-1an	18,26	10,56	13,72
2-5ans	17,04	9,01	12,30
6-15ans	5,07	3,94	4,41
16ans et plus	59,63	76,48	69,58
TOTAL	100,00	100,00	100

### 3.1.3 Distance domicile-dispensaire et nombre de consultation/médecin

La distance entre le domicile et le dispensaire était de moins de 5 km dans 55,86% des cas, et de plus de 5km dans 44,14% des cas, pour l'ensemble des 3 pays.

Le nombre de consultations relevé par médecin investigateur, durant la mission de compagnonnage pour le Bénin et Madagascar et pendant 2 mois au Cameroun, était en moyenne de 120,3 (médiane 120), avec un écart-type de 9,19. Ce tableau montre que le Cameroun est sous représenté, par contre la répartition entre Bénin et Madagascar est équilibrée.

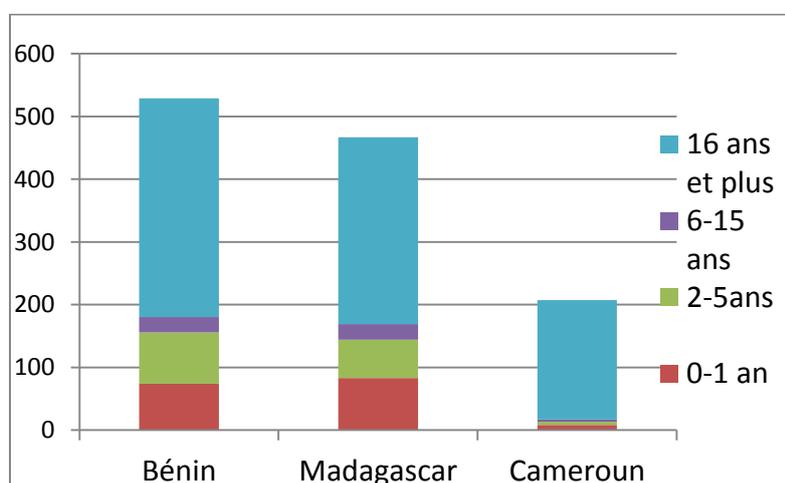
**Tableau 3: Nombre de consultations recueillies par pays**

	N° du Médecin	nb de cs	% par médecin	% par pays
<b>Cameroun</b>	0	207,00	17,21	
				<b>17,21</b>
<b>Bénin</b>	1	65,00	5,40	
	2	167,00	13,88	
	3	107,00	8,89	
	4	53,00	4,41	
	5	67,00	5,57	
	6	70,00	5,82	
				<b>43,97</b>
<b>Madagascar</b>	7	133,00	11,06	
	8	140,00	11,64	
	9	194,00	16,13	
				<b>38,82</b>
	TOTAL	1203,00	100,00	100,00
	MOY	120,30		
	ECART-TYPE	9,19		

### 3.1.4 Caractéristiques démographiques par pays

Au Cameroun il y a eu très peu de consultations de pédiatrie et adolescent, (du fait de l'existence d'un service de PMI), l'essentiel des consultations (91,79%) concernait des adultes. Le sex ratio était en faveur des femmes, en particulier à Madagascar avec 68% de consultations de femmes (n= 316), mais aussi au Cameroun avec 56,04% de femmes (n=116).

**Graphique 1 : Répartition de l'âge des patients selon les pays**



**Tableau 4 : Répartition du sexe des patients selon les pays**

Sexe	Pays			Total
	Bénin	Madagascar	Cameroun	
Masculin	251	151	91	493
Féminin	278	316	116	710
Total	529	467	207	1,203

### 3.2 Résultats de consultation

#### 3.2.1 Répartition

1480 résultats de consultation ont été analysés, pour 1203 consultations, soit 1,23 RC par patient en moyenne.

On retrouvait 1 RC dans 80,05 % (963) des consultations, 2 RC dans 16,87 % des consultations et 3 RC dans 3,08 % des consultations.

3 médecins n'avaient retenu que 1 RC dans plus de 90% des consultations : 96,3% pour le médecin 3, 94,3% pour le médecin 8 et 93,8% pour le médecin 9.

Il n'y avait pas de différences significatives concernant le nombre de RC par consultation entre les enfants et les adultes : les adultes ne présentaient pas plus de situations cliniques en consultation que les enfants.

**Tableau 5 : nombre de résultat de consultation pris en charge par consultation pour l'ensemble des consultations des 3 pays:**

Nombre de RC	Freq.	Percent.	Cum.
1	963	80,05	80,05
2	203	16,85	96,92
3	37	3,08	100,00
Total	1203	100,00	

Au total, 1480 résultats de consultation ont été enregistrés, retrouvant 212 résultats de consultations différents.

**cf Annexe 1 : répartition de l'ensemble des résultats de consultation pour l'ensemble des 3 pays.**

Les 20 premiers RC représentaient plus de la moitié (58,92%) de l'ensemble des résultats de consultations.

**Tableau 6 : Répartition des 20 premiers résultats de consultation pour l'ensemble des 3 pays**

Résultat de consultation	Freq.	Percent.
GROSSESSE SURVEILLANCE	133	8.99
ETAT FEBRILE	108	7.30
PALUDISME	98	6.62
CONTRACEPTION	71	4.80
HTA	53	3.58
DIARRHEE	51	3.45
PNEUMOPATHIE	46	3.11
ARTHROPATHIE	34	2.30
EPIGASTRALGIE	34	2.30
BRONCHITE AIGUE	32	2.16
DIARRHEE NAUSEE VOMISSEMENTS	32	2.16
ANEMIE	27	1.82
LOMBALGIE	24	1.62
PLAIE	21	1.42
RHINOPHARYNGITE	21	1.42
TOUX	20	1.35
OTITE MOYENNE	18	1.22
ACCOUCHEMENT	17	1.15
BLESSURES COMBINEES LEGERES	17	1.15
ABCES	15	1.01
<b>Total</b>	<b>872</b>	<b>58,92</b>

Une fois regroupés en grands groupes de maladies (tableau 7), on retrouvait une majorité de **pathologies infectieuses et parasitaires** (état fébriles et crises de paludisme), de pathologies concernant **la grossesse, les accouchements et la puerpéralité**, de pathologies **digestives** (incluant les diarrhées infectieuses et parasitaires, les plaintes abdominales), et de pathologies **respiratoires et ORL** (incluant les pneumopathies, les bronchites infectieuses et les infections ORL).

**Tableau 7: répartition des RC en groupes de maladie pour l'ensemble des consultations des 3 pays**

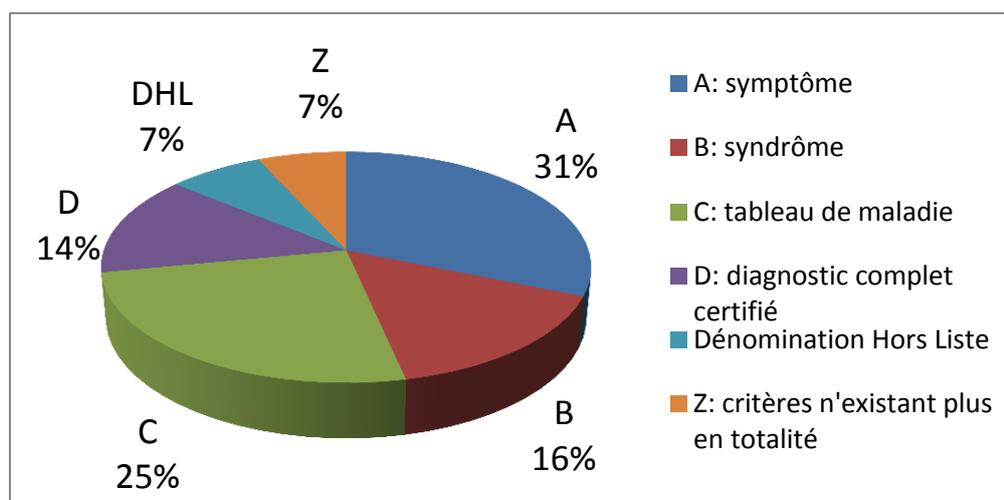
Groupe de maladie	Freq.	Percent
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	253	17.09
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	238	16.08
DIGESTIF	201	13.58
RESPIRATOIRE ORL	187	12.64
GENITO-URINAIRE	108	7.30
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	94	6.35
CIRCULATOIRE	78	5.27
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET	71	4.80
LESIONS TRAUMATIQUES	55	3.72
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	55	3.72
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	38	2.57
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	33	2.23
NERVEUX	27	1.82
ŒIL ET ANNEXES	17	1.15
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION METABOLISME	11	0.74
PERIODE PERINATALE	7	0.47
TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	7	0.47
Total	1,48	100.00

### 3.2.2 Positions diagnostiques

Pour l'ensemble des 3 pays les positions diagnostiques les plus souvent retrouvées étaient : la position A, qui représente un symptôme, et la position C qui représente un tableau de maladie. Les crises de paludisme confirmées par Test de Diagnostic Rapide représentaient 25,8% des positions C. La proportion des grossesses dans la position D est de 73%.

La moins fréquente est la position Z qui représente les RC dont le suivi a permis la régression ou la stabilisation, ou les actes de prévention (contraception, vaccination).

**Graphique 2 : répartition des positions diagnostiques pour l'ensemble des 3 pays**



7,23% (107 RC) des résultats de consultation sont des Dénomination Hors Liste.

Dans ce groupe 19,63% des RC étaient d'origine génito-urinaire (circoncision, IST), 15,89 % d'origine infectieuse et parasitaire (choc septique, typhoïde, drépanocytose), la même proportion était retrouvée pour les symptômes et résultats cliniques et biologiques anormaux (malnutrition, douleur thoracique), et 13,08% de ces DHL étaient d'origine digestive. La crise de paludisme confirmée par TDR n'a pas été comptée comme DHL.

**Tableau 8 : répartition des Dénominations Hors Liste pour l'ensemble des 3 pays**

Dénomination Hors Liste	Freq.	Percent
GENITO-URINAIRE	21	19.63
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	17	15.89
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIO	17	15.89
DIGESTIF	14	13.08
PERIODE PERINATALE	7	6.54
CIRCULATOIRE	5	4.67
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	5	4.67
RESPIRATOIRE ORL	5	4.67
LESIONS TRAUMATIQUES	4	3.74
NERVEUX	4	3.74
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	4	3.74
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	2	1.87
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	1	0.93
ŒIL ET ANNEXES	1	0.93
Total	107	100.00

### 3.3 Groupes de maladies selon la classe d'âge, le sexe et le pays

#### 3.3.1 Par âge

Chez les nourrissons (0 – 1 an), les 3 premiers groupes de maladie étaient les *pathologies infectieuses et parasitaires* (33,99%), les *pathologies respiratoires et ORL* (26,60%), et les *pathologies digestives* (19,21%). Dans cette classe d'âge un diagnostic était en rapport avec la puerperalité car il s'agissait d'un retard de croissance intra-utérin.

On retrouvait la même répartition chez les enfants de 1 à 5 ans : 36,16% de *pathologies infectieuses et parasitaires*, 23,73% de *pathologies respiratoires et ORL*, et 12,99% de *pathologies digestives*, alors que chez les enfants de 6 à 15 ans, ces pourcentages s'égalisaient avec respectivement 21,88%, 20,31% et 20,31%.

Enfin chez les adultes, les résultats de consultations les plus fréquents étaient ceux en rapport avec la *grossesse, l'accouchement ou la puerperalité* à hauteur de 22,59%, tandis que les *pathologies digestives* et les *pathologies infectieuses et parasitaires* représentaient respectivement 12,16% et 10,23% des résultats de consultation. Venaient ensuite les *pathologies génito-urinaires, infectieuses et parasitaires, et circulatoires*.

#### **Cf annexe2 : répartition des groupes de maladie par âge, pour l'ensemble des 3 pays.**

Après regroupement des âges en 2 catégories (pédiatrie et adultes) :

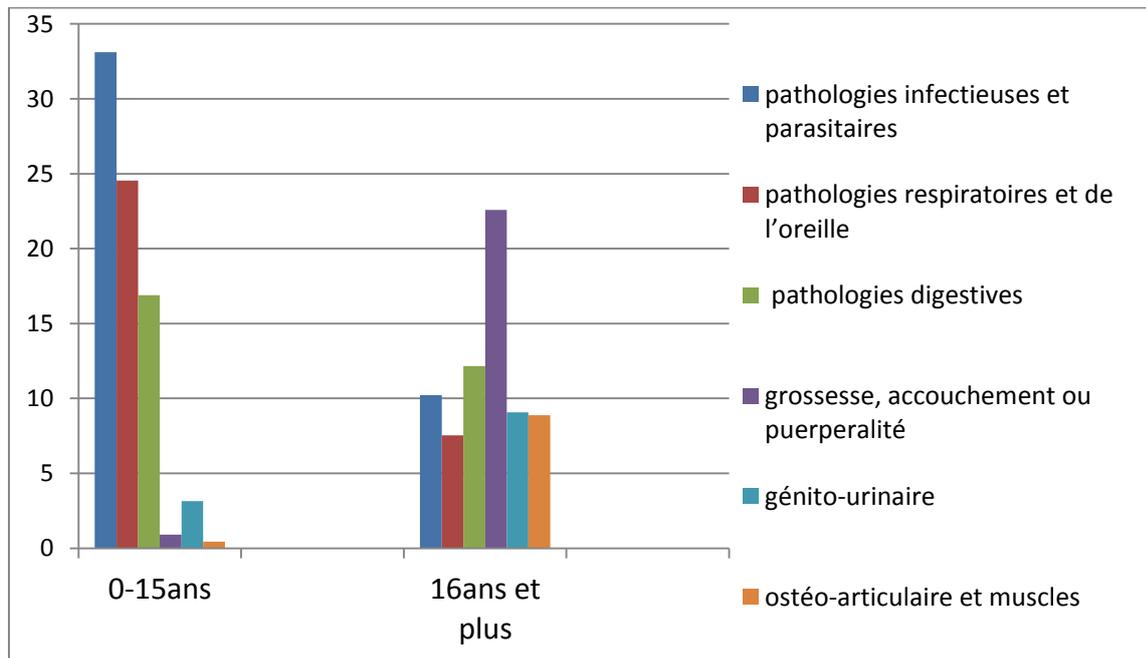
- Les pathologies infectieuses et parasitaires représentaient 33,11% des résultats de consultation des enfants et 10,23 % de ceux des adultes.
- De même les pathologies respiratoires étaient beaucoup plus représentées chez les enfants (24,55% versus 7,53%), ainsi que les pathologies digestives.
- Les situations en rapport avec la grossesse, l'accouchement ou la puerperalité étaient représentées presque uniquement chez les adultes à hauteur de 22,59 %.
- Les affections ostéo-articulaires et musculaires, et les pathologies génito-urinaires étaient plus importantes chez l'adulte.

Les différences de répartition étaient statistiquement significatives avec  $p < 0.001$ .

**Tableau 9 : répartition des groupes de maladie par classe d'âge après regroupement enfants – adultes, pour l'ensemble des 3 pays**

Age = 0-15ans			Age = 16 ans et plus		
Groupes de maladie	Fr	Perc	Groupes de maladie	Fre	Perc
			GROSSESSE ACCOUCHEMENT	23	22.5
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	14	33.1	INFECTIEUX ET PARASITAIRE	10	10.2
	7	1		6	3
RESPIRATOIRE ORL	10	24.5	RESPIRATOIRE ORL	78	7.53
DIGESTIF	75	16.8	DIGESTIF	12	12.1
LESIONS TRAUMATIQUES	16	3.60	LESIONS TRAUMATIQUES	39	3.76
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	16	3.60	PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	39	3.76
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES ANORMAUX	16	3.60	SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES ANORMAUX	55	5.31
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	14	3.15	FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	24	2.32
GENITO-URINAIRE	14	3.15	GENITO-URINAIRE	94	9.07
NERVEUX	7	1.58	NERVEUX	20	1.93
PERIODE PERINATALE	7	1.58			
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	7	1.58	SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	26	2.51
CIRCULATOIRE	5	1.13	CIRCULATOIRE	73	7.05
ŒIL ET ANNEXES	5	1.13	ŒIL ET ANNEXES	12	1.16
GROSSESSE ACCOUCHEMENT	4	0.90			
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	2	0.45	OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	92	8.88
			ENDOCRINOLOGIE NUTRITION METABOLISME	11	1.06
			TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	7	0.68
Total	44	100.	Total	1,0	100.

**Graphique 3 : Répartition des 6 groupes de maladie les plus fréquents selon l'âge, pour l'ensemble des 3 pays**



### 3.3.2 Par Sexe

Les sujets masculins présentaient le plus souvent les résultats de consultation suivants : pathologies infectieuses et parasitaires pour 21,10%, pathologies digestives 15,94%, pathologies respiratoires et ORL 15,62%.

Les femmes et filles avaient quant à elles une large prédominance de résultats de consultation concernant la grossesse, l'accouchement ou la puerperalité, à hauteur de 27,47%. Venaient ensuite les pathologies infectieuses et parasitaires pour 14,20%, les pathologies digestives 11,87% et les pathologies respiratoires et ORL 10,48%.

La répartition des RC chez les hommes et les femmes était significativement différente ( $p < 0,001$ ), mais si l'on exclut le groupe grossesse, accouchement et puerperalité on voit que les 5 groupes infectieux / digestif / respiratoires / ostéo-articulaire / génitaux urinaire, restaient les plus importants, avec chez les femmes le génito-urinaire plus fréquent que l'ostéo-articulaire.

**Tableau 10 : répartition des groupes de maladie par sexe, pour l'ensemble des 3 pays**

sexe = masculin			sexe = féminin		
Groupes de maladie	Freq.	Percent	Groupes de maladie	Freq.	Percent
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	131	21.10	INFECTIEUX ET PARASITAIRE	122	14.20
DIGESTIF	99	15.94	DIGESTIF	102	11.87
RESPIRATOIRE ORL	97	15.62	RESPIRATOIRE ORL	90	10.48
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	45	7.25	OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	49	5.70
GENITO-URINAIRE	42	6.76	GENITO-URINAIRE	66	7.68
CIRCULATOIRE	40	6.44	CIRCULATOIRE	38	4.42
LESIONS TRAUMATIQUES	38	6.12	LESIONS TRAUMATIQUES	17	1.98
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES ANORMAUX	35	5.64	SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES ANORMAUX	36	4.19
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	33	5.31	PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	22	2.56
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	15	2.42	FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	23	2.68
SANG ET ORGANES	15	2.42	SANG ET ORGANES	18	2.10
ŒIL ET ANNEXES	11	1.77	ŒIL ET ANNEXES	6	0.70
NERVEUX	9	1.45	NERVEUX	18	2.10
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION	6	0.97	ENDOCRINOLOGIE NUTRITION	5	0.58
GROSSESSE ACCOUCHEMENT	2	0.32	GROSSESSE ACCOUCHEMENT	236	27.47
PERIODE PERINATALE	2	0.32	PERIODE PERINATALE	5	0.58
TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	1	0.16	TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	6	0.70
Total	621	100.00	Total	859	100.00

### 3.3.3 Par pays

La répartition des RC était différente selon les pays et la saison : Au Bénin, les pathologies les plus représentées étaient les pathologies infectieuses et parasitaires, les situations en rapport avec la grossesse l'accouchement et la puerperalité, les pathologies digestives, puis le respiratoire et ORL.

A Madagascar, après les situations en rapport avec la grossesse l'accouchement et la puerperalité, venaient les pathologies respiratoires et ORL, puis les pathologies infectieuses et parasitaire ainsi que digestives.

Au Cameroun la répartition changeait du fait de la prise en charge des consultations relatives à la grossesse l'accouchement et la puerperalité, en dehors des consultations de médecine générale (dans le service de maternité): 18, 27% des consultations concernaient des pathologies digestives, 16,84% des pathologies otéo-articulaires et musculaires, 11,63% pathologies génito-urinaires et 10,96% de maladies circulatoires.

**cf annexe3 : répartition des groupes de maladies par pays.**

## **IV. RESULTATS - Analyse du raisonnement clinique et prise en charge médicale**

### **4.1 Caractéristiques des échantillons de médecins interrogés et des MGC**

#### *Médecins compagnons interrogés :*

L'échantillon des médecins généralistes français ayant fait des missions de compagnonnage était composé de 2 femmes et 5 hommes, d'une moyenne d'âge de 62 ans, installés en libéral en moyenne depuis 33 ans. Le lieu d'exercice était en contexte urbain pour 2, semi-rural pour 2 et rural pour 3 d'entre eux. 5 médecins étaient Maitres de Stage Universitaire (formation au cabinet d'internes en médecine générale). La moyenne du nombre de missions de compagnonnage par médecin était de 3,6. Au total il s'agissait de 25 missions (avec le compagnonnage d'un ou deux MGC par mission), dont 12 à Madagascar, 7 au Mali et 6 au Bénin. Les missions au Mali étaient les premières missions de compagnonnage, mais nous sommes focalisés dans ce travail sur les expériences malgaches et béninoises.

Dans les résultats nous avons nommé ces médecins généralistes français les « médecins compagnons ».

Les citations extraites des rapports de mission sont caractérisées par la lettre R. Par exemple si le rapport du médecin 6 est cité il est noté (RM6) en fin de citation. Les verbatims extraits du focus group sont indiqués par la lettre F et s'il s'agit d'un extrait d'entretien, il est noté par la lettre M suivi du numéro du médecin (par exemple M6).

#### *Médecins généralistes communautaires observés par les médecins compagnons*

**En annexe 5** sont présentées les caractéristiques des MGC, reprenant le sexe, l'âge, le type de village d'installation (isolement, état des routes, proximité des villes), l'effectif de la population dans leur aire de responsabilité sanitaire, et le nombre d'année d'installation au moment de la mission de compagnonnage.

Il y avait 11 médecins malgaches et 6 médecins béninois, parmi lesquels on comptait 10 femmes sur 17 MGC. L'âge moyen était de 33 ans, et la durée d'installation en moyenne de 30

ans. La population de référence (dans un rayon de 15km environ), allait de 4700 habitants dans une région de Madagascar à 19 010 habitants dans une région du Bénin.

## **4.2 Conditions d'exercice**

### ***Zone d'activité***

Au Nord du Bénin dans la région de Parakou, les aires de santé des médecins comprenaient 12 à 20 000 habitants, dans un rayon de 15 km, avec une large minorité de population Peul. C'est une région d'élevage et d'agriculture et c'est la porte du Sahel.

Il existe de grands axes traversant cette région du Nord Bénin et vers le Nigéria. Cette situation amène un intense trafic routier et une patientèle particulière : MST, traumatologie liée aux accidents de la voie publique, population mobile et passagère.

A Madagascar quelques centres sont situés dans des villages en bord de route, mais la plupart sont des villages de « bout de piste », isolés dans des zones rurales où l'aire de responsabilité du médecin peut couvrir entre 5 et 16 000 habitants, moins importante que celle du Bénin.

### ***Les Centres Médicaux Communautaires(CMC)***

Au nord du Bénin les locaux sont souvent d'anciens dispensaires villageois qui ont été réhabilités, comprenant : une salle d'attente, une salle de consultation, une salle de soins infirmiers et la pharmacie, une salle de mise en observation avec 2 à 3 lits, une salle d'accouchement et une salle des accouchées comprenant 2 lits. Parfois une salle de douche avec WC et lavabo mais sans eau courante. Les WC pour les malades sont situés à l'extérieur dans la cour du centre de santé.

Les centres médicaux du Bénin sont dans l'ensemble nettement plus grands que les cabinets des hauts plateaux de Madagascar qui se composent pour la plupart d'un bureau de consultation, d'une salle de soin et d'accouchement, et d'une autre salle servant de réserve de matériel et salle de stérilisation. Certains sont équipés d'une salle d'observation avec un ou deux lits. Il existe parfois des problèmes d'hygiène et de confort : espaces autour du cabinet

non sécurisés, poussière, pas de vitres aux fenêtres, aération difficile...Une dizaine de locaux ont été construits au moment de l'installation du médecin, sur le modèle d'une maison villageoise avec un étage pour le logement et le cabinet médical au rez-de-chaussée.

Tous ces CMC sont équipés de panneaux solaires, d'un frigidaire (à pétrole au Bénin mais pas toujours utilisé du fait du coût du pétrole, solaire à Madagascar), d'une réserve d'eau sous forme de bonbonne de 200L d'eau, d'un stérilisateur type autocuiseur SEB. Ils ont tous un mobilier médical nécessaire à la pratique de la médecine générale ainsi qu'une moto pour les visites à domicile et les déplacements.

Le personnel se compose d'un ou plusieurs aides-soignants (souvent en cours de formation), et d'un gardien.

### ***Intégration dans la communauté***

- Selon les médecins compagnons, l'élément le plus important intervenant dans la confiance entre le patient et le médecin était **l'intégration du médecin dans la communauté des habitants.**

Le fait que le médecin vive sur place était remarqué et apprécié par les habitants, qui y voyaient un côté rassurant. Ils étaient valorisés lorsque le médecin rentrait en contact avec eux, et se sentaient compris, du fait de la proximité géographique et des similitudes de mode de vie, de sa participation volontaire aux activités du village.

*« Une des confiances qui s'est créée c'est le fait qu'ils vivent sur place les médecins, [...] ils ont déjà des relations un peu personnelles qui se créent avec un petit entourage, [...] donc il y a un début de confiance qui se fait par la connaissance que les gens ont des médecins... » (M1)*

*« On ne peut pas dire qu'il était vénéré mais il était très impliqué socialement, il ne faisait pas que du médical » (M3)*

*« Le fait que ce ne soit pas des médecins fonctionnaires mais des médecins de proximité et qui restent en place, ça je pense que c'est l'élément essentiel : c'est l'installation. » (M4)*

*« Comme en France plus le médecin est isolé (dans cette communauté) plus il est loin de tout, plus l'intégration est facile et complète et y a une confiance absolue de la population d'abord qui n'ont que ce référent-là » (M6)*

- **L'origine sociale et géographique**

Selon les médecins compagnons, l'origine du médecin intervenait peu dans la qualité de cette confiance, mais celle-ci était plus longue à s'installer lorsque le médecin n'était pas originaire de la région d'installation.

*« Quand elle est arrivée elle n'avait jamais imaginé est-ce que c'était que la vie en brousse... » (M1)*

*« Il y a toujours une méfiance de ce type qui arrive, qu'est pas de la région euh...qui parle pas forcément toutes les langues. » (M4)*

*« Il est de Parakou, et avant qu'il soit là y avait déjà 2 autres médecins, mais qui n'ont pas tenu, peut-être à propos de relation de confiance avec le village. » (M7)*

### **Réseau de MGC**

- **Utilisation des moyens de communication**

Selon les médecins compagnons, la plupart du temps les MGC n'hésitaient pas à faire appel à leur réseau de connaissance lorsqu'ils étaient face à un problème. L'usage du téléphone portable était très répandu pour contacter un aîné plus expérimenté, ce système des **MGC référents** fonctionnait bien.

*« Chacun a un médecin référent à qui il peut téléphoner quand il est dans l'incertitude dans l'angoisse thérapeutique dans l'angoisse médicale, et ça ça marche ! » (M1)*

Dans un cas cependant, il a été relevé qu'en dehors des groupes de pairs, le médecin était peu investi dans le réseau, surtout en raison du **coût de la communication**.

*« Les communications sont bien plus chères que chez nous en proportion, et puis non ils n'ont pas du tout la culture de s'appeler entre eux... » (M6)*

Le médecin 6 estimait aussi qu'il serait nécessaire **d'informatiser les médecins** pour entretenir ces réseaux et permettre une formation continue plus solide.

*« L'informatisation est une manière quand même de faciliter la chose, [...] je ne vois pas comment on va pouvoir améliorer le niveau de prise en charge des populations isolées sans en même temps les réunir en réseau, et surtout la possibilité d'être ouverts sur le monde de la science quoi. » (M6)*

## *Formation initiale et continue*

- **Formation initiale**

Tous les médecins compagnons s'accordaient sur le fait que la formation théorique était bonne mais comportait des différences entre les deux pays : au Bénin la formation était similaire à celle reçue en France, mais celle-ci restait très universitaire. A Madagascar, un des médecins responsables de l'association des médecins de campagne Malgaches précisait qu'il ne leur avait pas été enseigné « l'art » de l'examen clinique, et qu'il était coutumier au CHU de passer d'emblée de l'interrogatoire aux examens complémentaires.

Selon les médecins compagnons, les MGC avaient donc d'excellentes connaissances théoriques mais étaient insuffisamment préparés à la pratique de la médecine générale en situation isolée, et manquaient de mise en pratique avant leur installation. Cette situation rappelait à la majorité leurs débuts en tant que médecin généraliste en France.

*« Moi je pense que c'est plutôt leur pratique qui est pas bonne, qui est pas complète qui est pas suffisante. D'où la nécessité d'accompagnement, avec les petits DU complémentaires et le compagnonnage je pense que ça leur apporte quelque chose même si c'est un peu bref. Euh...la formation initiale elle est quasiment la même hein » (M5)*

*« Un peu comme ici la formation initiale n'est pas adaptée forcément au travail qu'ils vont faire en brousse. Ils restent très universitaires, avec des cas cliniques compliqués...alors qu'ils vont faire une médecine assez basale où ils vont se débrouiller » (M7)*

- **Formation continue**

Selon les médecins compagnons, les réunions de groupes de pairs étaient l'occasion d'échanges fédérateurs et enrichissants entre MGC : réponses apportées aux questions soulevées par les cas cliniques rencontrés au cabinet, entretien des liens avec les autres MGC, fierté de travailler en tant que médecin généraliste indépendant...

*« On les voit s'épanouir quand ils voient que peut-être les autres ont la solution et qu'en mettant tout ça en commun on arrive à trouver des avancées » (M6)*

Cependant **les contraintes pour s'y rendre étaient nombreuses** : en raison de l'éloignement, les journées de déplacement servaient à accomplir de multiples autres tâches et visites, ce qui perturbait le bon déroulement de ces journées de formation.

La méthodologie du groupe de pair telle qu'elle a été définie en France n'était toutefois pas acquise, les échanges restaient très magistraux.

*« Déjà c'est bien qu'ils se réunissent, pour l'instant y a pas une démarche qui va vers ce qu'on connaît mais qui permet quand même de partager les expériences et de discuter ensemble. » (FM4)*

### **Livres et informatique**

- **Les livres**

Selon les médecins compagnons, tous étaient équipés de livres auxquels ils pouvaient se référer lorsque des interrogations naissaient. Pour la plupart cependant, la bibliothèque ne s'était pas étoffée au-delà des livres fournis lors de leur installation.

*« C'est sûr que le docteur X mettait facilement le nez dans ses livres mais était en manque de doc de médecine générale. [...] toutes ces maladies de santé publique ça ils ont facilement accès aux connaissances, mais il leur manque des livres de médecine interne. » (M2)*

Lors de plusieurs compagnonnages il a été constaté que l'utilisation des livres était partielle, souvent cantonnée à un domaine en particulier, voire inexistante (M6).

*« C'est plus au niveau thérapeutique qu'ils ont leurs habitudes et qu'ils n'ont pas le sens d'aller contrôler qu'ils sont dans la bonne molécule ou dans la bonne attitude » (M2)*

*« Ils n'hésitent pas à regarder dans les interactions médicamenteuses » (M4)*

*« Pour une posologie oui ils ouvrent le Vidal. Pour le diagnostic non. » (M5)*

*« Moi j'ai vu les bouquins sur des étagères et pas utilisés. » (M6)*

- **L'outil informatique**

Les médecins compagnons sont unanimes quant à la nécessité d'équiper les MGC d'un ordinateur, que ce soit pour avoir une base de données facile d'accès, pour l'utilisation d'un logiciel comme c'est le cas actuellement avec le projet de DATASANTEMADA, ou encore pour pouvoir se mettre en réseau et entretenir les connaissances ou les relations par internet.

*« Ils sont très très demandeurs de ça y a pas de doutes. L'isolement et l'attrait des nouvelles technologies, font que ça peut que marcher ça » (M5)*

*« je pense que l'informatique va amener quand même beaucoup là-dessus parce que ça amène un questionnement, une réponse instantanée » (M6)*

## *Le dossier médical*

- **La priorité aux registres de l'état**

Tous les médecins sont tenus de remplir des **registres statistiques** à fournir tous les mois aux autorités sanitaires du pays, tâche très chronophage et contraignante. Hormis ces registres, les médecins compagnons pensent que les dossiers médicaux étaient très peu utilisés, et de façon aléatoire.

*« Je trouve que c'était un très mauvais support (les registres d'état) parce qu'en un ou 2 mots ils devaient décrire une situation clinique, ça tenait pas debout... » (M2)*

*« Je trouve que le système africain fait perdre énormément d'informations, y a vraiment beaucoup trop d'administratif. » (M7)*

- **La perception d'un intérêt moindre pour les maladies aiguës**

Selon les médecins compagnons, les MGC n'avaient pas d'attitude systématique dans leur tenue du dossier médical ; ils n'en voyaient l'utilité relative que dans **le suivi des maladies chroniques** et non pas dans le cadre de l'aigu. Seuls les « patients de famille », c'est-à-dire issus d'une famille connue et régulièrement suivie par le médecin, bénéficiaient de la tenue d'un dossier.

*« Ils disent tous c'est pour les maladies chroniques, c'est à dire ils en sont pas pour le moment, dans l'idée : « je vois un patient j'ouvre un dossier », et que ce soit pour une maladie aiguë [...] ou éventuellement une maladie chronique. » (M3)*

*« Il y a moins d'intérêt pour eux de faire un suivi pour de l'aigu quoi...c'est pour ça que c'est assez illusoire pour eux de tenir un carnet. » (M6)*

- **Le progrès attendu de l'informatique**

Selon les médecins compagnons, le temps passé sur l'administratif ne laissait donc pas de marge pour la tenue d'un vrai dossier, mais tous s'accordaient à dire que l'informatisation des dossiers, telle qu'elle a déjà commencé à Madagascar, pourrait faire changer d'attitude : en incitant à la tenue des dossiers, en facilitant la récupération des données et donc la charge de travail administrative, et en permettant d'en tirer des enseignements.

*« Alors à Madagascar y a l'intro du dossier électronique et ça, certains l'utilisent à fond, d'autant plus qu'ils ont des dossiers administratifs à remplir et à renvoyer à l'administration, [...] pour d'autres [...] y a encore un frein important à l'utilisation du dossier médical, [...]*

*ils ont encore un peu de mal dans leur tête à avoir un dossier réellement en bon ordre quoi... » (M3)*

*« À chaque fois quand je leur demandais : « alors si c'était informatisé tu le ferais ? » la réponse était : « Ah ben oui ! » » (M4)*

*« Le carnet sert à toute la famille en fait [...] très rapidement ça devient un fouillis tel que c'est très difficile d'appeler ça un vrai carnet du patient tel que nous on l'entend [...] Sauf dans le cas plus récent des médecins informatisés qui à ce moment-là se mettent à tenir un carnet sur un logiciel [...] Voilà, dans ce cas-là ça fonctionne » (M6)*

### **4.3 Spécificités des consultations de médecine générale communautaire**

#### **4.3.1 Apports du MGC en soins de santé primaire**

##### *Attentes, perceptions des malades*

- **Démarcation avec les professionnels de santé non médecins**

Le MGC intervenait souvent en deuxième ou troisième ligne après d'autres soignants. Selon les médecins compagnons, si la charge de travail était importante et les motifs de consultation répétitifs, les prises en charges des médecins pouvaient être similaires aux prises en charge des personnels paramédicaux, et faire la distinction entre un médecin et un non-médecin n'était pas évidente pour la plupart des patients qui naviguent au hasard entre tous les professionnels de santé.

*« Il faut bien qu'il le montre qu'il est médecin parce que du coup je ne suis pas sûr que dans la culture de ces gens qui n'ont vus que des officiers de santé...Est-ce qu'ils ne prennent pas les gens pour des super piqueurs ? » (M5)*

*« La période où j'étais c'était des pathologies assez monothématiques, [...] donc y avait pas tellement de vrai diagnostic. » (M7)*

*« Ils savent quand même qu'un médecin a fait des études plus approfondies, mais c'est à redire car tout le monde se fait appeler toubib » (M1)*

La différence entre médecins et autres soignants se reconnaissait après plusieurs consultations chez le MGC, quand les patients comprenaient mieux **l'intérêt de l'interrogatoire et de l'examen clinique.**

« En sortant de la consultation, en ayant été interrogés, en ayant éventuellement un semblant de dossier médical, en ayant un suivi au fur et à mesure de la relation, ben là ils commencent à faire la différence, entre un médecin qui donne peu de médicaments mais avec succès, d'un tradipraticien. » (M6)

«Souvent il y a un centre de santé publique à 5 ou 10 km alors les gens ils naviguent un peu ; Bon ils se rendent compte que le médecin de santé publique d'Etat il est pas terrible hein, mais en même temps bon on ne paie pas (sauf les médicaments !) » (M3)

- **Attentes des patients**

Selon les médecins compagnons, les patients attendaient avant tout de la part du médecin généraliste mais aussi de n'importe quel autre soignant, un **résultat efficace**: ils venaient chercher « le bon médicament », et une amélioration rapide de leur état de santé.

« Effectivement quand la situation était débrouillée et qu'on obtenait un certain succès, à ce moment-là [...] la confiance s'installe [...] » (M6)

Les habitudes locales et les représentations culturelles de la population influent particulièrement sur la satisfaction du patient, notamment concernant l'utilisation des injections qui sont perçues par les populations comme plus efficaces que les médicaments administrés par voie orale.

Le fait de comprendre le diagnostic importait peu. Au premier abord l'avantage du médecin était son **charisme**, plus important pour le malade que ses connaissances théoriques.

« le confrère avait une prestance personnelle importante, il était grand, empathique, donc ça vaut autant que la compétence dans la relation » (M4)

Cependant les médecins qui **expliquaient leur démarche** alimentaient la confiance et faisaient plus facilement reconnaître leurs compétences.

« Quand y a des échecs inévitablement, les gens ils disent oui enfin c'est quand même quelqu'un qui est responsable il est capable de nous enseigner et de nous éduquer à la santé etc; ça ça les valorise beaucoup plus, c'est plus spectaculaire. » (M5)

## **Communication**

- **La barrière linguistique**

Le problème ne se posait pas à Madagascar mais surtout au Bénin où les ethnies étaient très diverses. Selon les médecins compagnons, la connaissance des langues locales permettait au médecin d'avoir une meilleure compréhension des représentations des maladies par les patients.

*« Par les langues elle connaissait un peu leurs représentations de leur maladie, pas en entier mais en partie et donc elles s'appuyaient sur leurs connaissances pour leur expliquer différemment et tout. » (M2)*

Lorsque ces langues n'étaient pas parlées, la traduction était le plus souvent faite par un infirmier ou aide-soignant originaire du village, ceci amenant parfois à une frustration de la part des malades.

*« Je ne me rappelle d'une fois où y avait eu une histoire avec une femme qui a dit : « vous ne comprenez rien », et donc y avait cet obstacle du langage elle pensait que la traduction était mal faite et que nous on n'avait pas compris ce qu'elle disait. » (M5)*

- **Explication de l'ordonnance**

Selon les médecins compagnons, l'ordonnance faisait systématiquement l'objet d'explications sur son utilisation et l'observance des traitements, de façon simplifiée et didactique.

*« Vraiment c'était toujours bien expliqué avec des symboles pour les gens illettrés : soleil, lune, nombre de prise, 2 matin 2 soir...ça franchement c'est toujours fait. » (M1)*

*« Y a un gros temps de la consultation qui est pris sur l'explication de l'ordonnance. » (M5)*

Il y a néanmoins des exceptions. Ainsi, un médecin compagnon a pu constater que, lors de consultations de contrôle, le questionnement sur ce qu'avaient compris les patients suggérait que le traitement était pris de façon très aléatoire car il n'avait pas été expliqué ni annoté au moment de sa délivrance.

*« Tu te rends compte que les doses ne sont pas données, que les posologies dans la journée ne sont pas respectées, et tout ça pourquoi ? Parce que les parents ne savent ni lire ni écrire...Et y a aucune note sur le flacon d'antibiotiques, sur le dosage » (M6)*

- **L'écoute**

Selon les médecins compagnons, les femmes médecins semblaient être plus enclines à rechercher et comprendre les processus psychologiques entrant en jeu dans la symptomatologie du malade.

« Il y a évidemment des différences culturelles, ils ont besoin de parler de leur mal-être même s'ils vont en parler avec d'autres mots que ceux employés ici (en France) » (FM2)

« Moi j'ai vu N. elle se débrouillait très bien avec la part psychologique des patients, Séverine aussi, si si...mais bon c'était des nanas ! » (FM1)

- **Compréhension du langage médical**

L'accès à la compréhension du langage médical par le malade était un enjeu majeur dans la mission des MGC, pour arriver à changer certaines croyances ou habitudes erronées.

« En général les médecins étaient assez bien pédagogues et ils expliquaient bien aux gens l'utilité de rester, pourquoi, ce qu'ils avaient, ce qu'ils risquaient, donc les gens adhèrent en fait » (M4).

### ***Raisonnement clinique***

- **Une démarche réfléchie**

Selon les médecins compagnons, le raisonnement clinique était dans l'ensemble construit et mûrement réfléchi, bien que médecin-dépendant.

« Ils agissaient en médecins généralistes en ayant un examen clinique de qualité, en ayant une démarche clinique euh...comment dirais-je en faisant une synthèse, en aboutissant à une supposition diagnostique – mais enfin ça c'est pas différent de la médecine générale en France- et donc à un traitement. » (M3)

« Ce sont des médecins qui examinent les patients qui ont une démarche vraiment intellectuelle, un esprit pratique pour trouver la solution au patient dans les conditions qu'ils utilisent. » (M6)

Les médecins compagnons ont trouvé que le bagage théorique, les connaissances et la maîtrise de l'examen clinique étaient **plus solides au Bénin qu'à Madagascar**. De ce fait les médecins béninois semblaient plus sûrs de leur démarche et de leur raisonnement.

« À Mada j'ai l'impression qu'un peu tous on a eu un médecin qui se débrouillait bien et un médecin qui était en difficulté réelle quand même » (FM1)

« J'ai trouvé très différent à Mada et au Bénin, [...] » (FM2)

En parlant d'un médecin malgache : « je pense qu'il lui manquait un bagage pour faire vraie analyse de la situation clinique et puis peut être aussi se donner droit de chercher un peu plus tu vois...la timidité intellectuelle... [...] pour pousser le raisonnement médical il faut avoir confiance en soi, tu vois il faut pousser » (M2)

- **Un interrogatoire systématique**

Chez la majorité des MGC, l'interrogatoire était systématique, consciencieux et complet, selon les médecins compagnons.

« C'est quelque chose qui était intégré dans leur pratique avec une démarche clinique, un interrogatoire, un examen clinique assez complet » (M3)

Deux médecins compagnons ont pourtant relevé que les patients pouvaient être réticents à expliquer leurs symptômes et à se laisser examiner.

« Les patients là-bas sont très pudiques et très avarés de paroles. C'est-à-dire que le patient considère qu'étant médecin ayant fait de grandes études etc. Tu dois connaître la pathologie sans que tu aies besoin d'interroger. C'est inné » (M6)

- **Les insuffisances de l'examen clinique**

Les frustrations des médecins compagnons portaient surtout sur l'examen clinique, parfois succinct et superficiel, bien que le moment du compagnonnage soit toujours l'objet de rappels et de progression. L'examen occupait une place plus importante dans la consultation dans le groupe des médecins béninois. Selon les médecins compagnons, la formation initiale est en cause, mais il y aurait d'autres raisons : habitude et installation d'une routine en période de forte épidémie, enfants emmitouflés sur les genoux des parents, locaux inadaptés avec salle d'examen à part donc peu accessible, ou défaillance de matériel.

« Dans la mesure où on demande au patient de se déshabiller, y a pas de refus de ce côté-là. Mais, mais (rires)... là aussi toujours de la routine, ce n'est pas toujours fait à fond ! » (M6)

« Parce que tout ça c'est très théorique, mais les stéthoscopes par exemple au cabinet secondaire, étaient vraiment en mauvais état [...]. Les otoscopes ne servent à rien parce qu'ils ont jamais de piles. » (M7)

- **Formulation des hypothèses diagnostiques et recherche des signes associés**

Le bagage médical permettait d'évoquer différentes hypothèses diagnostiques et de rechercher les arguments cliniques en leur faveur, par l'interrogatoire et l'examen clinique.

*« Dès que ça sort un peu elle cherche puis recherche un autre symptôme si y a besoin... » (M2)*

Plusieurs médecins compagnons ont pris pour exemple le cas de la fièvre chez l'enfant, pour souligner l'application qu'avaient les médecins à évoquer tous les diagnostics différentiels d'une crise de paludisme.

*« Par exemple "j'ai un enfant je vais l'examiner par exemple hein c'est un enfant fébrile, je vais l'examiner pour essayer de trouver une étiologie à cette fièvre, si je trouve rien je vais évoquer éventuellement un palu" » (M3)*

En plein cœur des périodes d'épidémie (paludisme, diarrhée) et donc de grande **affluence de patients présentant des symptômes similaires**, les médecins compagnons ont constaté que cette attitude était pourtant difficile à conserver.

*« Concernant l'examen, on assiste souvent à une espèce de routine, c'est-à-dire : fièvre, diarrhée et grosse rate, c'est un palu, point. [...] ça arrive hein des épidémies de palu ou de diarrhée infectieuse, et qu'après on se pose plus la question de savoir si ce n'est pas d'autres diagnostics » (M6)*

*« Ils n'ont pas d'examen paraclinique à se mettre sous la dent, donc ils sont très cliniques, et ils ont quasiment que ça, mais on assistait à l'usure de la démarche intellectuelle [...] ils sont noyés dans la routine [...] y a des facilités de raisonnement qui les ont un peu émoussé quoi. » (M6)*

- **Utilisation critique des protocoles**

Les médecins compagnons ont constaté que, de manière générale, les MGC utilisaient les protocoles nationaux de façon raisonnée et critique, sur la base de leur interrogatoire et de leur examen clinique. Certains médecins compagnons ont relevé sur ce point la différence de raisonnement entre les médecins et le personnel paramédical.

*« Je dirais que les infirmiers ils ne raisonnent pas... enfin je m'entends hein... ils utilisent un protocole, et... voilà ils en déduisent que c'est bien ça ou ce n'est pas ça, alors que tous les médecins que j'ai vus ils ont vraiment une approche telle que les médecins généralistes en France peuvent pratiquer... » (M3)*

*« Le médecin a une possibilité de réflexion, une possibilité intellectuelle qui va l'amener beaucoup plus loin que les algorithmes de base quoi. » (M6)*

Au contraire, l'un d'eux faisait remarquer les similitudes entre personnels paramédicaux et médecins.

*« Ils ont des démarches qui peuvent s'apparenter aux démarches infirmier parce que par exemple pour les enfants cette année, ils déparasitaient systématiquement tous les enfants [...] Je pense que c'est un problème de santé publique ils avaient probablement raison de le faire à ce moment-là pour les enfants. » (M7)*

Les médecins utilisaient volontiers les protocoles pour s'aider dans leur raisonnement, pour leur praticité et leur côté rassurant, surtout pour des situations cliniques particulières auxquelles ils sont peu confrontés.

Plusieurs médecins compagnons estimaient que ces protocoles étaient médicalement bien construits.

*« C'est quand même des garde-fous qui sont utiles » (M1)*

*« Ils sont très demandeurs en fait d'avoir des fiches stratégiques de raisonnement » (M6)*

*« Des protocoles de prise en charge très très bien faits en tout cas à Madagascar, et le médecin se réfère à ce protocole, mais c'est plus des outils pour certains diagnostics un petit peu particuliers » (M3)*

Un des compagnons a trouvé que les protocoles nationaux des pays étaient « en retard » par rapport aux recommandations internationales, et que les MGC manquaient d'esprit critique vis-à-vis de ceux-ci.

*« Je pense que c'est actuellement limité parce que le risque c'est que le protocole soit pris sur un symptôme sans qu'il y ait une véritable analyse de la situation clinique... » (M2)*

Par ailleurs, les algorithmes sont utilisés à défaut d'examens complémentaires fiables permettant d'écarter un diagnostic ou de le confirmer.

*« Euh bien sûr ils ont toujours la hantise du paludisme, mais l'algorithme fièvre=palu, euh... parce que c'est vrai que c'est souvent le cas si on n'a pas les tests rapides... » (M5)*

- **Résultats de consultation cohérents**

Selon les médecins compagnons, les conclusions du raisonnement clinique procédaient d'une réflexion cohérente et synthétique, même si les résultats de consultation n'étaient pas

systématiquement des diagnostics précis. Les MGC acceptaient de rester dans l'incertitude, quitte à faire revenir le patient quelques jours plus tard pour faire préciser le diagnostic et surveiller l'évolution; cette notion est développée dans le chapitre suivant.

*« Il y a un résultat de consultation plutôt clair à la fin, même si ils ont pas tous les éléments cliniques et paracliniques qui permettent d'affirmer la chose. » (M6)*

*« S'il sait pas il sait pas, il va pas cataloguer pour que ça rentre dans une case! » (M4)*

*« Si le diagnostic n'est pas précis au départ ou si le traitement n'est pas efficace, les patients sont amenés à revenir » (M6)*

Les MGC ne cherchaient pas à coller une étiquette au tableau du patient, les « sur-diagnostics » restaient donc rares, bien que tentants, pour les infirmiers plus souvent mais aussi pour les médecins.

*« Une fois ou deux un infirmier a remplacé Sandrine et effectivement y avait que des diagnostics comme ça sur le cahier qui tranchaient avec ce qu'elle mettait » (M1)*

*« Je ne suis pas certain que de temps en temps ils n'ont pas tendance à poser un diagnostic dont ils ne sont pas certains. » (M3)*

*« Pour le patient repartir sans explications, c'est difficile si je puis dire, pour les patients qui sont pas, je dirais euh...qui ont pas trop accès à l'information, c'est difficile qu'on leur dise : je ne sais pas.» (M4)*

- **Importance du bagage médical**

Les médecins compagnons ont relevé l'importance du bagage médical, dans ces situations aux multiples contraintes.

*« C'est quand même l'avantage d'un médecin par rapport à un infirmier, il a quand même un bagage de connaissance des maladies qui fait qu'il analyse mieux la situation clinique qu'un infirmier » (M2)*

*« Parce que y a cette culture médicale qui fait que tout de suite c'est compris, le pourquoi du comment est compris. » (M1)*

- **Recherche des connaissances**

Les médecins compagnons ont constaté que les MGC étaient souvent confrontés à des questionnements dans leur analyse de la situation clinique, dans leurs diagnostics et dans leur

thérapeutique, et donc en recherche d'informations lorsque leurs connaissances étaient incomplètes.

*« Au niveau de l'analyse de la situation clinique ou pour porter un diagnostic dès que ça sort des trucs courants ils vont rechercher » (M2)*

*« Ils sont en recherche d'informations, de documents qui leur permettent de prendre en charge les choses pour lesquelles ils ont du mal » (M3)*

### ***Recours aux traitements injectables***

- **Représentation de la « piqûre miraculeuse »**

Beaucoup de médecins compagnons ont évoqué une représentation culturelle : l'idée que se font les malades de la piqûre, entretient une croyance de la piqûre miraculeuse, plus efficace et plus rapide. Ils pensent que certains MGC sont conscients de leur effet placebo et essaient de changer leur pratique, tandis que d'autres semblent convaincu de la meilleure efficacité des traitements injectables. Pour le médecin compagnon 2 ces croyances ne relevaient pas uniquement de l'ordre de la négociation avec le patient mais touchaient aussi aux faiblesses du raisonnement médical.

*« C'est en tout cas dans la tête des médecins béninois "si je mets pas de piqûre les patients vont pas comprendre". Or ça je pense que c'est vraiment dans la tête des médecins et je ne suis pas sûre que ce soit dans la tête des patients. » (M2)*

*« Il y a le patient qui va vouloir: "tu comprends il a très mal" me disaient les collègues « il lui faut sa piqûre et puis comme ça je vais le soulager tout de suite et il sera content ». » (M4)*

*« Entre les médecins ils en parlent ils essaient de limiter les injections et les perfusions, mais dans un premier temps si y a pas de perfusion si y a pas d'injection, pour le patient c'est pas un traitement...C'est culturel quoi. » (M7)*

- **Démarcation ou imitation des « piqueurs sauvages »**

Ce culte de la piqûre serait principalement malien et béninois, car il existe en Afrique de l'Ouest des « piqueurs sauvages », souvent d'anciens agents de santé communautaire se déplaçant de villages en villages pour administrer des soins aux populations, bien souvent sous forme d'injection et sans la compétence requise, qui entrent en concurrence directe avec les MGC. Selon les médecins compagnons, les MGC ont développé deux attitudes en réponse

-La démarcation vis-à-vis des autres soignants, afin d'affirmer une identité de « vrai » médecin.

« *« Le piqueur sauvage il fait des piqûres parce qu'il ne sait pas faire autre chose, moi je sais utiliser les médicaments donc je donne des médicaments plus efficaces, qui font pas mal et qui sont moins chers. » Donc ils l'ont dit et ont été cru car convaincus. » (M1)*

« *Ils étaient farouchement opposés à ces piqueurs sauvages et donc finalement ils étaient plutôt militants de « on traite autrement que les piqueurs sauvages, on n'est pas obligés de faire comme eux. » (M5)*

-L'imitation, pour aller dans le sens de la population, afin de se faire accepter par une patientèle très demandeuse et convaincue de ne pouvoir être soignée que de cette manière.

« *Au Bénin y avait les piqueurs sauvages [...] là c'est difficile des fois de dire que y a autre chose que les piqûres. Les piqûres ça a une valeur hautement symbolique. Donc oui il ne pouvait pas garder un enfant en observation sans mettre une piqûre. [...]. » (M7)*

« *Le patient il est absolument persuadé que ça fonctionne [...], et si le médecin le fait pas il va aller voir le piqueur sauvage! On est dans un cercle vicieux...et vertueux serait le médecin qui résisterait à ça et qui dirait « non non moi je ne fais pas ça »... » (M6, en parlant de « l'injection qui donne de la force »)*

« *Ils répondent en faisant pareil et ça ça va pas » (M2)*

- **Usage des perfusions**

De même, les avis des médecins compagnons sont partagés sur l'utilisation des perfusions. Il a été observé que les malades sont quasi-systématiquement perfusés quand ils sont mis en observation.

-Pour certains cette pose de voie veineuse servait à justifier le fait de garder le malade en observation.

« *On fait qu'il soit tenu, accroché par la perfusion. Ca ça ne m'a pas plu du tout. Les perfusions systématiques chez les nourrissons alors que lui-même était pas convaincu du bien-fondé... » (M7)*

-Pour d'autres au contraire, celle-ci était toujours adaptée à la situation du malade.

*« De toute façon là la perf est justifiée aussi. Ils ont toujours une perf quand ils sont hospitalisés, en fait quand il faut une perf, il faut les garder tout simplement. Ce n'est pas parce qu'on les garde qu'il faut les attacher ! (rires) » (M4)*

### **Usage des antibiotiques et antiparasitaires**

A ce sujet les réponses des médecins compagnons étaient assez diverses, suivant les habitudes de prescription du MGC accompagné.

- **Les couvertures larges**

Le recours aux couvertures larges (antibiotiques large spectre ou plusieurs antibiotiques et anti-parasitaires) s'observait surtout, selon les médecins compagnons, en cas de pathologie très contagieuse (notamment les diarrhées) et lorsque les patients risquaient de ne pas revenir. Mais il s'observait aussi parfois de manière systématique et empirique.

*« Quand il y a une suspicion de diarrhée parasitaire par exemple, ils vont taper un petit peu tous azimut. [...] j'étais pas surpris là, on ne pouvait pas analyser vraiment...y avait pas de signes distinctifs. » (M5)*

*« L'association souvent systématique : Flagyl plus antibiotique plus antiparasitaire, toujours pareil, dans l'optique d'être le plus large et de taper juste quoi » (M6)*

- **L'argument de la distance**

De manière plus générale, en dehors de ces étiologies infectieuses, la décision de couvrir toutes les étiologies possibles d'une maladie était régulièrement prise, selon les médecins compagnons, en raison de l'éloignement du patient ou du risque de ne pas pouvoir le revoir rapidement. Cette attitude était argumentée et restait réservée à des cas particuliers.

*« Ça s'appelle ouvrir le parapluie...et on prend des risques en faisant ça. -J'ai trouvé un bon raisonnement médical, avec des limites devant une situation jamais rencontrée. Mais je ne les ai pas vus ouvrir le parapluie pour tout. » (M2)*

*« Les deux jeunes que j'ai vus qui s'installaient, démarche clinique irréprochable quoi, pas d'ouverture de parapluie. Ou alors 2 fois par jour, mais y avait une argumentation. » (M4)*

*« Souvent quand j'ai trouvé que le traitement était un peu lourd, ils disaient "oui enfin c'est des gens ils ont déjà vu plusieurs consultants en médecine traditionnelle" ou bien "ils ont fait 10 km à pied, et je dois être performant et éviter qu'ils ne reviennent pour rien" [...] je pense*

*pas qu'ils surévaluent le danger c'est plutôt qu'ils sont conscients du fait qu'ils ne peuvent pas faire revenir trop souvent le patient, sur de l'aigu . » (M5)*

- **Le rôle de l'accès incontrôlé aux médicaments**

Parmi les autres paramètres à prendre en compte selon les médecins compagnons les « **pharmacies par terre** » chez qui les patients achetaient divers antibiotiques de toute provenance et de toute nature, les traitements administrés par **d'autres thérapeutes**, ou encore les faibles **moyens financiers** du patient, complexifiaient ou altéraient le choix du traitement.

*« Y a un gros problème avec les antibiotiques car il faut se démarquer des choses que les gens ont déjà pris de façon complètement anarchique et passionnelle. [...] A Mada en particulier y a un gros problème avec les pharmacies par terre qui vendent de l'Amoxicilline, alors pour se démarquer ils disent ben nous on va vendre de l'Ampicilline! » (M1)*

*« Ce n'est pas un arbre décisionnel là c'est un peu coup par coup ; et puis ça dépend du prix de l'ordonnance [...] quelques fois ben on dit faut un antibiotique mais ils n'ont pas les moyens donc... » (M7)*

- **Choix adapté des antibiotiques**

Lorsque le praticien était moins contraint par les éléments évoqués ci-dessus, le choix de l'antibiotique était le plus souvent mûrement réfléchi et adapté, selon les médecins compagnons, malgré une pharmacopée restreinte.

*« Au Bénin toutes les antibiothérapies étaient justifiées. Etaient CHOISIES, et justifiées. » (M4)*

*« Moi je n'ai pas vu ça, prescrire l'antipaludéen plus l'antibiotique, tu vois ça j'ai pas vu. » (M2)*

La couverture antibiotique était donc moins utilisée, au profit d'une surveillance plus rapprochée, en faisant revenir les patients après quelques jours pour réévaluation.

La connaissance des spectres antibiotiques était très variable en fonction des MGC.

*« L'utilisation par exemple de la Ceftriaxone en injectable, elle était bien posée [...] y avait une bonne connaissance des spectres d'activité, donc une bonne indication des familles antibiotiques. » (M5)*

*« Je ne suis pas certain franchement qu'ils connaissent très très bien les spectres...Donc bon ce n'est pas forcément utilisé d'une façon toujours très rationnelle. » (M5)*

- **Durée de traitement et posologie : un suivi incertain**

Selon les médecins compagnons, la durée de traitement et la posologie prescrite étaient appropriées, mais encore une fois souvent influencées par l'aspect financier, ou l'observance difficile à contrôler, à l'instar de ce que les médecins compagnons pouvaient observer dans leur propre pratique.

*« J'ai vu écourter des traitements, [...] j'ai vu aussi adapter l'antibiotique aux moyens des gens »*

*« Ce qui est sûr c'est qu'ils insistaient beaucoup sur la durée de traitement. Maintenant est-ce que les gens respectent, hein comme en France quand on est mieux on s'arrête. »*

*« Ah !! (rires !) Est-ce que je sais ce que font mes patients moi, alors encore moins chez eux ! » (M5)*

#### **4.3.2 Différences et similitudes avec la pratique de la médecine générale en France**

##### ***Paiement de l'acte intellectuel et relation à l'argent***

- **L'argent, une préoccupation permanente**

Selon les médecins compagnons, les impasses diagnostiques et thérapeutiques étaient la plupart du temps dues à une question financière. Ce manque de moyens financiers était une préoccupation quotidienne pour le médecin.

*« Tout est prétexte à discuter le prix et il faut toute la persuasion et l'aplomb de Karl pour tenir bon. » (RM6)*

- **Difficulté à faire reconnaître l'acte intellectuel**

Selon les médecins compagnons, la grande majorité des MGC présentaient des difficultés à faire reconnaître l'acte intellectuel de la consultation comme un service ayant un coût, séparé du prix des médicaments délivrés.

Dans son rapport le médecin 2 écrit : *« Le paiement est un réel problème pour le Dr X, persuadée que les patients ne peuvent pas comprendre que la consultation a un coût. Elle pense que pour eux, seuls les médicaments se payent. » (RM2)*

*« Les confrères expliquaient bien : « ça c'est pour ma consultation ça c'est pour les médicaments » » (M3)*

« Ils sont un peu embêtés parce qu'effectivement les médecins dans les centres de santé publique, eux ils ne font pas payer puisqu'ils sont salariés de l'état (mais les médicaments sont payés). » (M3)

« Pour eux un acte médical est un acte global, et voilà... » (M7)

Les médecins compagnons reconnaissaient avoir été et être aujourd'hui encore dans des situations similaires.

« C'est les mêmes mécanismes sur lesquels nous on a évolué en France, y a eu toute cette période où les gens venaient chercher le traitement ! Autant dans la tête du médecin que du patient, on prescrivait, et on prescrit toujours ! » (FM2)

- **Moyens financiers des populations dépendant des régions**

La plus ou moins grande facilité à se faire payer dépendait de la région et de la population, selon les médecins compagnons. Ainsi, il était plus facile de se faire payer à Madagascar, bien que certains médecins installés dans des régions très pauvres étaient obligés d'adapter leurs prix aux revenus des habitants. Au Bénin, bien que les ressources économiques des populations soient plus élevées, la coutume de la négociation et l'incompréhension des malades amenaient le médecin à **mettre en place une stratégie** afin de ne pas altérer la relation médecin-patient. C'était donc souvent les employés, aides-soignants ou infirmiers, qui s'occupaient du règlement.

« Le prix de la consultation est discuté avec le village, [...] c'est considéré comme possible par la communauté, mais y a toujours le problème de paiement » (M1)

« Il s'occupait pas des paiements. Donc c'était réglé par ses employés à lui » (M5)

« C'est la sage-femme [...] qui faisait la somme globale qui inclut la consultation les médicaments, les consommables et la journée d'observation si y en a. [...] C'était toujours une discussion de marchands de tapis terrible » (M7)

« (Au Bénin) Y avait des gens qui ont les sous mais ils ne veulent pas payer, ils ne veulent pas les sortir, comme ils négocieraient la moto ils négocient le médecin ! » (FM4)

- **Hésitations des médecins à reconnaître leurs propres compétences.**

Devant cette réticence initiale de la population, les MGC eux-mêmes étaient souvent hésitants à reconnaître leurs propres compétences selon les médecins compagnons.

« Il y avait la réalité où les gens sont habitués à venir payer un médicament, bon. Et puis aussi dans sa tête à elle, c'est un problème de se faire reconnaître [...] la consultation faut se la faire payer. » (M2)

« Les patients ont du mal à accepter de payer l'acte intellectuel de la consultation. Deux conséquences : le prix est donc « noyé » dans le prix global et donc encore nié en tant qu'acte à part entière. Par ailleurs le médecin a tendance à prescrire « obligatoirement » des médicaments pour justifier le prix global. »(RM6)

- **Des consultations de suivi à prix réduits**

On retrouvait cette difficulté lors d'une deuxième consultation ou d'un suivi, pour lequel la consultation était payée moitié moins cher, voire n'était pas payée.

« La plupart font payer moitié prix ou font pas payer du tout, pour être sûrs de revoir le malade, et pour leur sécurité intellectuelle, aussi » (M1)

« Il était très bon mais il osait pas redemander l'argent. Il se disait les gens vont pas comprendre, ils vont croire que je cherche de l'argent. » (M4)

« Ils ont beaucoup de mal à faire payer une deuxième consultation quand le premier traitement n'a pas fonctionné [...] ils ont des réticences, aussi bien d'un côté que de l'autre » (M6)

- **Utilisation du crédit**

Lorsque les patients n'avaient pas de quoi honorer la consultation dans l'immédiat, les médecins compagnons ont constaté que le crédit pouvait être utilisé. Toujours au Bénin, les médecins avaient des difficultés à recouvrir les avances consenties aux patients et essayaient de limiter cette habitude, comme l'explique le médecin 6 dans son rapport : « Il est de plus en plus ferme sur le remboursement des sommes engagées ce qui est facilité au fur et à mesure par la fidélité grandissante de sa patientèle. » (RM6)

### ***Education du patient et activités de santé communautaire***

- **Un rôle essentiel de santé communautaire**

Tel qu'il est prévu dans leur mission, les MGC gardaient un rôle important de santé publique au sein de la communauté en plus de leur activité de médecine de famille. Les médecins compagnons ont constaté qu'ils y consacraient une part conséquente de leur temps de travail.

Ils n'hésitaient pas à mener des actions de **médecine préventive ou d'éducation à la santé**, au cabinet pendant la consultation ou lors des visites dans les villages alentours, par exemple dans les villages peuls au Bénin.

*« Nous avons parlé de l'importance pour lui de l'occupation de toute son aire d'activité et de la nécessité d'organiser des réunions d'information sur l'hygiène, la nutrition, la surveillance de la grossesse etc. »(RM5)*

*« Ils gagnent la confiance des populations quand ils vont vers elles, par les actions collectives » (M2)*

*« Y en a qui font avec les groupes de femmes pendant les jours de vaccinations par exemple, d'autres à la consultation de façon individuelle. »(M1)*

*« Lui c'était son initiative c'était pas de la médecine publique, c'était de la médecine préventive, mais il le faisait de manière communautaire. » (M5)*

- **Une pédagogie adaptée**

Selon les médecins compagnons, les MGC savaient se faire comprendre, adoptaient des moyens de communication appropriés.

*« Elles étaient géniales dans leur explications ! [...] A la fois ce qu'elle comprenait de l'état du patient et à la fois le traitement ! [...] partout où je suis passée ils expliquent. Ça veut dire qu'on crée une autre confiance que celle des gens qui croient au sorcier. » (M2)*

*« En général les médecins étaient assez bien pédagogues. » (M4)*

- **Intégration dans les actions de santé publique de l'état**

Au-delà de leurs initiatives personnelles, les médecins compagnons ont constaté qu'il était important pour les MGC d'être intégrés dans les actions de santé publique impulsées par l'état et le médecin coordonnateur de la région.

*« Dans cette réunion, le médecin coordonnateur a valorisé le travail des MGC en s'adressant souvent directement à Désiré pour avoir son approbation. Il s'est dit prêt à l'intégrer dans le programme de santé publique. Il a promis de se rendre à Kpessou pour en reparler. » (RM7)*

La collaboration n'était cependant pas partout facile à obtenir, certains faisaient face à une concurrence directe avec les autres professionnels de santé (médecins de santé publique ou non-médecins) cherchant à les évincer de ces programmes.

*« Il avait vraiment des gros problèmes relationnels avec ce médecin-là (de santé publique), qui l'a pas inclus dans les campagnes de vaccination, qui l'a vraiment mis à l'écart » (M5)*

## *Surveillance et suivi des patients*

- **Faire revenir les malades**

Les médecins compagnons ont observé que, lorsque le malade n'habitait pas trop loin, le faire revenir était une attitude largement utilisée, pour attendre l'apparition d'autres symptômes et confirmer un diagnostic, pour surveiller l'évolution d'un tableau clinique ou encore pour adapter un traitement. Les patients revenaient volontiers, mais le médecin était contraint de diminuer de moitié le prix de la consultation ou de refaire un acte gratuit afin de les encourager à honorer ces rendez-vous de suivi.

*« Ils attendent que le tableau évolue un peu plus que nous, nous on se précipite toujours sur écho prise de sang, eux comme ils l'ont pas ils attendent quand même un peu avant de référer, de voir comment ça tourne. » (M1)*

*« Ils sont capables de revoir les patients et de reprendre un diagnostic, éventuellement modifier, après un traitement bien conduit, ça leur permet d'avancer quand même eux dans la démarche. » (M6)*

Les médecins les plus isolés rencontraient toutefois beaucoup de **difficultés à attendre et faire revenir**, soit parce que les patients venaient de loin ou ne voulaient pas payer une deuxième fois malgré la réduction, soit par peur d'être jugé par le malade comme incompetent.

*« Bon après y a toujours des cas particuliers de patients qui sont loin qui viennent à pied, qui vont probablement pas revenir, alors là peut-être que pour se couvrir, ils vont être un peu plus radicaux » (M3)*

*« C'est difficile de leur dire : « ça va aller vous verrez, on va se donner un peu de temps, voir l'évolution demain, [...] il avait du mal parce que c'était aussi pour les gens un signe de faiblesse quoi dans sa décision. » (M7)*

*« Moi si ils reviennent 3 fois ils vont payer 3 fois, par contre là eux, y avait la timidité de faire payer, et donc il fallait si possible que ce soit réglé en une seule consultation. » (FM6)*

- **Surveillance des cas graves dans la salle de mise en observation**

Les CMC au Bénin étaient équipés d'une salle de mise en observation largement utilisée et pratique en cas de nécessité de surveillance, et réservée aux cas les plus graves selon les médecins compagnons.

*« Elle pouvait mettre en observation pour quelques heures, donc ils sont très conscients des risques [...] est ce que je réfère est ce que je ne réfère pas, tu reprends ta situation clinique, tous les signes, non y a pas de défense... » (M2)*

*« Ils ont toujours une petite salle où ils peuvent garder les patients sous la main (...) et donc ils le surveillent, ils le perfusent si besoin, ils ajustent au coup par coup. » (M3)*

Dans les cabinets ou cette salle manquait comme à Madagascar, l'observation des patients était beaucoup plus rare et compliquée, pouvant parfois amener à utiliser les maisons voisines du cabinet pour un accouchement ou une surveillance.

- **Hierarchisation des risques d'évolution**

Selon les médecins compagnons, les risques d'évolution étaient hiérarchisés par les MGC. Il en découlait une prise en charge adaptée, en fonction du problème pris en charge, de son degré d'urgence et du profil du patient.

En réponse à la question 5 de l'entretien, le médecin 3 répond : *« c'est à dire que là je lis ce que vous écrivez...moi je pense qu'ils sont plus subtils ils tiennent compte de leur examen, ils tiennent compte de l'état du patient, en admettant qu'ils aient un diagnostic très...probable. » (M3)*

*« Les cas qu'on a hospitalisés ça valait le coup, c'était tout à fait pertinent...Et puis alors quand on hospitalisait dans le CMC ce n'était pas pour rire ! » (M4)*

*« Y avait une hiérarchisation, pour les enfants et les adolescents... [...]Et une hiérarchisation aussi par rapport à la distance par rapport au centre. [...] Ca paraissait très adapté, c'est ...pour les mentalités des gens que ce n'était pas adapté. » (M7)*

- **Difficultés à référer**

Les médecins compagnons ont observé que, lorsque la situation demandait des examens complémentaires ou une prise en charge hospitalière, les MGC n'hésitaient pas à référer, mais les obstacles étaient multiples : refus de la famille par manque de moyens, hôpital de référence très éloigné, médecins hospitaliers non contactés et absence de retour sur le devenir du patient.

*« Moi j'aurais suggéré de téléphoner dans le service, pour prévenir. [...] si on leur disait voilà vous êtes attendus dans tel service à tel endroit, déjà ils feraient peut-être un peu plus l'effort d'y aller. » (M7)*

*« On obtient pas forcément l'accord de la famille pour transférer. Il faut aller à la capitale, ça pose des gros problèmes surtout à Madagascar » (M5)*

## *Les autres paramètres entrant dans la prise de décision*

- **Difficultés d'accès aux examens complémentaires**

Les CMC les mieux équipés avaient à disposition : TDR paludisme, oxymètre, bandelettes urinaires, et rarement un glucomètre ; ce matériel était utilisé à bon escient selon les médecins compagnons.

Toutefois, au-delà des tests de diagnostic rapide, les examens complémentaires (radiographie, échographies, examens biologiques) étaient très difficiles à obtenir.

*« De par les moyens du patient qui sont limités, [...] d'autre part le peu de possibilités techniques aux alentours » (M6)*

La plupart des médecins ne les proposaient donc pas, même s'ils les savaient nécessaires, en sachant qu'ils allaient faire face à un refus systématique de la part du patient.

Le manque d'examens complémentaires se faisait surtout ressentir dans les cas de pathologies rares, ou dans le suivi des pathologies chroniques.

*« Ça enlève quand même pas mal de précision hein! » (M6)*

*« Ben c'était isolé mais c'était des questions de vie ou de mort hein... » (M7)*

*« Le manque d'examen complémentaire c'est un gros frein dans le raisonnement clinique, c'est pour ça que aujourd'hui dans 80% des cas, [...] on traite l'aigu on fait pas de chronique, [...] tout simplement parce qu'on n'a pas les moyens, ni financiers ni techniques, de suivre ces patients ! »*

Les médecins compagnons interviewés n'étaient toutefois pas d'accord sur les conséquences de l'absence d'examens complémentaires :

-Pour certains, le manque d'accès aux examens paracliniques impactait fortement la décision thérapeutique, mais aussi le raisonnement médical dans son ensemble.

*« Quand tu sais que de toute façon tu n'auras pas d'examen paraclinique ou de biologie... nous en France si on se retrouvait dans la même situation, quand tu sais que tu n'as que tes doigts, un raisonnement assez succinct, quand tu sais que tu n'as qu'un quart d'heure que tu ne reverras peut-être plus la personne, ça pousse pas à aller se poser toutes les questions de dg différentiel etc... » (FM6)*

-Pour d'autres, cela influençait uniquement la prise de décision, et non pas le raisonnement médical qui, lui, pouvait être altéré par d'autres facteurs (connaissances incomplètes, croyances sur les injections...).

*« Dans ton raisonnement médical tu fonctionnes en fonction de toutes les causes possibles, et que tu aies les examens complémentaires ou pas tu dois les évoquer ! » (FM2)*

- **Les périodes d'épidémie : une apparente monotonie des pathologies rencontrées**

En période d'épidémie et donc de grande affluence de patients présentant des symptômes similaires, la prise de décision était influencée par l'apparente monotonie des pathologies rencontrées sur le plan local, menant à des **attitudes systématiques** des MGC, selon les médecins compagnons.

Les autres facteurs intervenants déjà évoqués par les médecins compagnons étaient : **l'isolement** du médecin, la **distance** du patient par rapport au centre, le **contexte social** du patient, **la sédentarité ou le nomadisme**, la **grosse charge de travail** en fonction de la saison, et surtout le **coût de l'ordonnance**, tel que l'écrit le médecin 7 dans un rapport. Ces éléments vont être à l'origine de réflexions hâtives sur la situation clinique et sur la décision thérapeutique.

*« Il y en a un qui était extrêmement surbooké, quand tu as pas de moyens que tu dois raisonner vite et que y en a 40 qui poussent dehors, ce n'est pas toujours évident, tu fais un peu du symptomatique » (FM4)*

A l'inverse, **le temps** qui passe et le nombre de malades en salle d'attente, ne jouait pas un rôle prépondérant dans le déroulement des consultations.

*« Ils se sont jamais pressés, ça durait ce que ça durait. » (FM6)*

- **Particularité des prises en charge en santé publique :**

Certains médecins compagnons ont insisté sur le fait qu'il fallait garder à l'esprit le rôle de santé publique des MGC dans leur prise en charge, pouvant amener à des démarches bien spécifiques et pouvant largement différer de celles d'un médecin généraliste français.

*« Eux ils sont beaucoup plus facilement axés vers la santé publique. On ne gère pas une population de 10'000 habitants comme une population de 1000 habitants. Rien que ça, ça influe sur la démarche clinique. Si on a une attitude de santé publique on va plus facilement avoir des attitudes systématiques » (M7)*

## *Influence de l'ancienneté de l'installation*

### • **Création de la patientèle à l'arrivée du MGC**

Selon les médecins compagnons, la première nécessité des MGC était de se faire une patientèle le plus rapidement possible afin de couvrir les frais liés à l'installation et de pouvoir en vivre. Cette obligation les amenait à des attitudes de **négociation** en début d'installation pour se faire adopter par la population :

- Répondre aux attentes et aux représentations culturelles de la population, quitte à prescrire, perfuser et injecter plus que de raison, parfois en dépit de leurs convictions.
- Accepter des négociations permanentes sur la prise en charge et en particulier le traitement.
- Accepter d'accorder le crédit de façon très régulière et répétée, parfois plusieurs fois de suite pour le même patient ou la même famille.

**Les conséquences** de ces négociations en début d'installation étaient :

- Une habitude des patients aux comportements et réponses du médecin, et donc une perpétuation de pratiques initialement destinées à aller dans le sens de la population mais non justifiées médicalement.

*« Au début tu es obligé pour t'intégrer dans la population d'accepter certaines pratiques, mais à un moment donné il faut en sortir, se démarquer des tradipraticiens qui font un peu ça, les gens viennent chercher leur injection il leur faisait » (FM6)*

*« On a un peu la patientèle qu'on se crée » (FM4)*

- Des prises en charges symptomatiques et rapides, dues à une faible expérience et un manque d'assurance dans leur raisonnement clinique,

-Peu de temps accordé au départ à la pédagogie,

*« Quand il aura la confiance il pourra faire de la pédagogie, expliquer : « les antibiotiques c'est pas automatique », enfin c'est ça ! » (FM4)*

- la création de carnet de crédits conséquents,

*« Au fur et à mesure du temps, le carnet de crédit était appelé à disparaître, il fallait à un moment donné exiger le paiement...» (FM6)*

Ainsi, plus l'installation était ancienne, plus le praticien maîtrisait le ou les langages, et les représentations culturelles de son bassin de population. Ceci marquait sa faculté plus ou moins rapide à se faire comprendre, trouver les moyens de communication adaptés et se démarquer des autres soignants.

Le fait d'être de la même ethnie que la population de son lieu d'installation était donc un avantage majeur, selon les médecins compagnons.

Les MGC avaient donc besoin de **faire leur expérience** sur le terrain pour être en confiance, et plus la durée d'installation était longue, plus ils se sentaient à l'aise et progressaient dans leur démarche clinique.

*« Très vite on retrouve un raisonnement logique, on sent une amélioration possible très vite : Il suffirait d'une formation de quelques jours pour qu'il y ait un progrès majeur ! » (M1)*

*« Une fois que tu as cherché, que tu as été confronté à la situation plusieurs fois...tu vois après tu peux t'enrichir quoi » (M2)*

- **Réactivation des connaissances**

Plusieurs médecins compagnons ont constaté qu'il était difficile pour les MGC de rester dans la curiosité intellectuelle, soit par manque de confiance en soi, soit par manque d'outils à portée de main. La différence avec la pratique « aisée » de la médecine générale en France était sur ce point notable.

*« à leur décharge, nous on est soumis sans arrêt j'allais dire à l'aiguillon de...d'être toujours à la pointe et d'être toujours informés, nous on a l'aiguillon des patients qui nous sollicitent régulièrement, on a les groupes de pairs [...] on a l'aiguillon informatique [...] on a les abonnements qui nous arrivent [...] Voilà nous on est tout le temps réactivés à ce niveau-là, alors que eux quand tu es tout seul dans ton coin, ben au bout de quelques mois tu vois la sensibilisation elle est minime! » (M6)*

## V. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'analyser le processus décisionnel et la prise en charge des situations cliniques rencontrées en consultation par des MGC en situation isolée au Bénin et à Madagascar, en décrivant ces consultations, et en tentant de comprendre leurs spécificités et difficultés.

Ce travail s'est réalisé en collaboration avec l'équipe de médecins bénévoles de l'association Santé Sud, ONG qui soutient depuis plusieurs années avec certains universitaires de ces pays, l'installation de médecins généralistes communautaires dans les zones isolées en particulier du Bénin et de Madagascar, qui font l'objet de cette étude.

Concernant l'étude quantitative, il s'agissait de la première étude reprenant les rapports de mission de compagnonnage, et à ce titre l'étude était exploratoire et n'avait pas porté d'hypothèse préalable. Il s'agissait de mieux connaître le profil pathologique et démographique des patients venant consulter ces médecins.

L'étude qualitative est venue compléter ces résultats. Nous avons émis l'hypothèse que la présence d'un médecin apporte un bénéfice en soins primaires pour les populations rurales. Nous voulions aussi faire ressortir les spécificités du métier de MGC, en apportant des informations sur les déterminants influençant le processus décisionnel et la prise en charge des patients, afin d'ajuster et poursuivre les efforts dans la médicalisation des zones rurales.

Dans un premier temps, nous discutons de ces principaux résultats en regard de la littérature (en santé publique et en sciences sociales) dans le champ du développement et de la santé, des Objectifs Millénaires pour le Développement que l'OMS a adopté en 2005, et de l'histoire de la médecine coloniale. Puis nous examinons les limites et les biais méthodologiques de nos enquêtes quantitative et qualitative.

## 5.1 Principaux résultats de la typologie des consultations

### 5.1.1 Prise en charge de la femme

L’OMS, dans ses Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), accorde une grande importance à la réduction du taux de mortalité maternelle. L’OMD 5 en particulier vise à réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle d’ici 2015. Cet objectif a pris beaucoup de retard. Il concerne la santé reproductive et la planification familiale (suivi des grossesses, accouchements, contraception...). Selon le rapport de l’OMS sur les femmes et la santé (10), la santé des femmes pendant leurs années fécondes (entre 15 et 49 ans) est importante non seulement pour les intéressées, mais aussi pour la génération suivante. Les problèmes de santé observés à ces âges sont pour beaucoup propres aux fillettes et aux femmes. Ainsi, les complications de la grossesse et de l’accouchement sont la première cause de mortalité chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans dans les pays en développement.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans ce groupe d’âge, les principaux facteurs de risque de décès et d’incapacités sont l’absence de contraception et les rapports sexuels non protégés. Ces conditions ont pour résultat des grossesses non désirées, des avortements à risque, des complications de la grossesse et de l’accouchement et des maladies sexuellement transmissibles, dont l’infection à VIH.

Nos résultats nous montrent que l’activité des MGC dans ce domaine est conséquente, puisque le premier RC, représentant 8,99% des consultations, est le suivi de grossesse, et que le quatrième est la contraception. Au total 22,59 % des RC sur l’ensemble des adultes concernent la grossesse, les accouchements et la puerpéralité. On explique ainsi aisément la prédominance des femmes chez les adultes consultant. Ce fort taux de consultations montre que les femmes ont pleinement confiance en ces médecins qui les prennent en charge et assurent un suivi fiable et adapté.

En outre, ce chiffre était sous-estimé, du fait de l’absence de consultations concernant la mère et le nourrisson dans mon relevé au Cameroun, mais aussi dans un autre relevé de Madagascar. Ces populations étaient suivies dans le service de maternité et non dans les consultations tout-venant, ce qui constitue un biais de sélection ayant pour conséquence une sous-évaluation du recours des femmes aux consultations médicales.

### **5.1.2 Prise en charge des enfants**

#### **L'OMD 4 de l'OMS s'intitule quant à lui « réduire la mortalité chez l'enfant ».**

Cette population est touchée en premier lieu par les pathologies infectieuses et parasitaires, les pathologies respiratoires et ORL, et les pathologies digestives, qu'on peut aussi considérer très souvent comme infectieuses ou parasitaires puisque les diarrhées infectieuses y sont largement représentées. Ainsi toujours selon l'OMS, en 2014 le risque pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire est 8 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe (11).

Dans les pathologies aiguës et souvent d'évolution fatale lorsque la prévention et la prise en charge n'est pas adéquate, la présence d'un médecin en première ligne contribue à améliorer les résultats de cet OMD. Il faudra encore du recul et de nouvelles études sur le devenir de ces enfants, afin d'estimer leur chances de survie lorsqu'ils sont suivis par des médecins, comparativement aux autres.

Concernant la répartition des sexes chez l'enfant, on constate aussi que les garçons en bas âge sont plus souvent amenés en consultation que les filles du même âge. La base de données de l'Observatoire mondial de la Santé (12), a recensé par pays la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des traitements appropriés au cours d'une diarrhée ou au cours d'une infection respiratoire, en fonction du sexe : au Bénin en 2006, les garçons traités pour diarrhée sont plus nombreux (44,1% vs 39,0% chez les filles), mais moins nombreux pour les infections respiratoires. Au Cameroun le phénomène est inverse, alors qu'à Madagascar en 2008 les garçons sont plus nombreux dans les 2 domaines (50,5% vs 48,2% pour les diarrhées, et 43,9% vs 39,8%).

Deux hypothèses sont possibles devant nos résultats: les garçons sont plus vulnérables devant ces maladies infectieuses et parasitaires, ou bien les parents amènent plus volontiers leurs garçons malades que leurs filles. Les données actuelles de la science médicale ne vont pas dans le sens de la première hypothèse, mais la deuxième est plausible, à la lumière des schémas traditionnels des sociétés rurales. La discrimination dans les soins à l'égard des filles, conduisant à un recours moins important au soin pour les fillettes a été dénoncé dans plusieurs pays du continent asiatique. En Inde par exemple, la discrimination qui touche les filles dans les États du nord et du centre-nord du pays constitue le principal déterminant de la surmortalité, de l'ordre de 60-65 % (13). Au Bénin, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, instance des nations unies, « reste préoccupé par le fait

que les femmes et les filles n'ont pas accès à des soins de santé adéquats, surtout dans les zones rurales ». Il recommande ainsi que l'Etat prenne des mesures pour améliorer l'accès des femmes aux soins de santé ainsi qu'aux services et aux informations relatifs à la santé, en particulier dans les zones rurales ((14), p.6). On revient ici à la priorité de l'OMS à l'égard des femmes, celle-ci ne doit pas perdre de vue la nécessité de prendre des mesures dès la petite enfance.

Une autre caractéristique importante de la prise en charge des enfants par les médecins de cette étude est l'absence d'actes de prévention chez les enfants au cours des consultations, alors que ces actes occupent une grande place en France. On peut l'observer dans une étude sur les consultations d'enfants en médecine générale en France dans laquelle l'activité de prévention des généralistes couvrait près du tiers de leur travail (32,1%) pour les nourrissons (15). Il en est de même dans l'étude de I. Jammet où la prévention représente 40% des actes chez le nourrisson (16).

En santé communautaire, la prévention est faite dans le cadre des séances de vaccination, et il n'existe pas d'examen systématique du nourrisson comme en France... Nous pouvons donc espérer que l'installation de médecins en zone rurale dans l'avenir permettra de développer le suivi systématique des enfants.

### **5.1.3 Nombre de Résultats de Consultation (RC) par consultation**

Dans une thèse de médecine générale de 2010 réalisée au Bénin (9), on enregistrait 1,32 RC par patients. En France selon la SFMG (17), le nombre moyen était de 1,80 par patient toutes classes d'âge confondues. Une autre thèse (J. Signoret, (18)) donne les chiffres en France sur 18 années (1993 à 2010) : la moyenne est de 1,96 RC par consultation, on retrouve cette même valeur de 1,96 dans la thèse de I. Jammet (16).

Dans notre étude, 3 médecins sur 9 n'ont recueilli qu'un seul RC dans plus de 90% des consultations rencontrées. Nous pensons qu'ils n'ont retenu que le RC important pris en charge, par soucis de temps ou de clarté. Ceci entraîne un biais pour le résultat du nombre de RC par consultation. On peut considérer que le nombre des consultations comprenant 2 ou 3 RC est sous-estimé, et que ce chiffre serait supérieur à 1,23 RC par consultation en moyenne en l'absence de ce biais.

Cependant, même si ce chiffre est sous-évalué, il est plus proche de celui retrouvé dans l'étude menée au Bénin (7) que de celui observé en France.

D'autre part, le nombre de résultats de consultation par consultation croît avec l'âge en France (17), ce que nous n'observons pas dans notre étude. On peut expliquer cette non-augmentation du nombre de RC par consultation avec l'âge du consultant, par le fait que les maladies chroniques sont moins dépistées et moins suivies, et dans ce sens les médecins africains sont moins confrontés à des consultations de personnes âgées présentant des polyopathologies, aiguës ou chroniques. Les patients ne consultent pas toujours pour les problèmes qu'ils considèrent comme non prioritaires, ou n'en parlent pas au cours de la consultation, soit pour des raisons culturelles (pudeurs, représentations), soit pour des raisons financières (prix de la consultation et des traitements).

Au total une des caractéristiques des consultations des généralistes dans les pays africains est de prendre en charge moins de situations cliniques par consultation qu'en France.

#### **5.1.4 Répartition des Résultats de Consultation**

En France selon les travaux de la SFMG, les 30 premiers résultats de consultation représentent un peu plus de 50% des résultats (17). Dans notre étude les 20 premiers résultats suffisent à dépasser la moitié de la totalité des consultations, indiquant une récurrence des résultats plus importante en médecine générale communautaire, d'où l'intérêt d'une formation initiale et continue optimale sur ces situations cliniques les plus fréquemment rencontrées. Dans la dynamique récente du DU de médecine générale communautaire à Parakou, la faculté de médecine pourrait envisager, avec l'aide des MGC déjà installés, l'élaboration et l'apprentissage de démarches programmées pour ces résultats de consultation en particulier. Ce travail pourrait aussi se faire au sein des groupes de pairs auxquels la plupart des MGC participent.

On remarque la très faible part des maladies chroniques (diabète, HTA et maladies cardiovasculaires, épilepsie) sur l'ensemble des résultats de consultation, mais la prédominance de maladies à caractère aigu, qu'elles soient infectieuses, respiratoires ou digestives. On s'attendait à ces résultats du fait du profil épidémiologique des pays étudiés, mais la présence d'un médecin installé et exerçant une médecine de famille, avec un suivi régulier au long cours, nous fait aussi pressentir la détection de nouvelles maladies.

Ainsi, chez les adultes, les pathologies ostéo-articulaires (essentiellement arthropathie, lombalgie, sciatique) et circulatoires (HTA, insuffisance cardiaque et troubles du rythme) apparaissent respectivement en 5eme et 7eme position.

Le nombre total de RC différents est de 212 dans notre étude, alors qu'il est de 270 en France (recueil sur 1 mois de 20 médecins) dans la thèse de I. Jammet (16).

La thèse de J. Signoret retrouve quant à elle 269 RC différents en moyenne par an vu par l'ensemble des médecins, mais le recueil s'est fait sur 18 ans (18).

Ainsi, avec les limites liées aux échantillons différents, le nombre de RC rencontrés par les médecins africains et malgaches est moindre que celui rencontré par les médecins français dans les études réalisées en France.

Ceci est probablement lié à la moindre proportion des maladies de civilisation, et le peu d'actes de dépistage dans les consultations des pays étudiés.

La répartition des RC change selon les pays :

Au Cameroun tous âges confondus, le groupe « génito-urinaire » est en 3eme position en raison de nombreuses « algies pelviennes », mais aussi de nombreuses causes infectieuses variées : urinaires, prostatiques et génitales, et en particulier les infections sexuellement transmissibles.

Le groupe « pathologies ostéo-articulaires » est le 2eme groupe le plus fréquent, alors que le groupe « pathologies circulatoires » est le 4eme. Ce constat est lié à la très faible part de consultations de pédiatrie, mais surtout au contexte local : une population de cultivateurs, portant des charges lourdes et travaillant la terre toute l'année, qui connaît bien l'Hôpital Catholique de Pouma (existant depuis plus de 50 ans).

Les médecins sur place font face à de multiples plaintes articulaires et musculo-tendineuses, souvent chroniques ou répétées. D'autre part, on pourrait penser que la consommation de sel en grande quantité depuis les années 70 (notamment le cube Maggi) est responsable d'une apparition importante d'HTA même dans les zones rurales. Une étude guinéenne rapporte cependant que les facteurs sont multiples : l'obésité, le tabagisme, une alimentation riche en sodium et en graisses saturées, une consommation de colas et diabète participent aussi à cette aggravation(19). Cette évolution devient actuellement un problème de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique selon l'OMS. En revanche les autres maladies chroniques sont encore peu relevées, peut-être en partie parce que la transition épidémiologique concerne

davantage les zones urbaines, et moins les zones rurales où les populations vivent davantage sur un mode traditionnel.

A Madagascar nous pouvons comparer nos résultats à ceux de la base de données de DATASANTEMADA (DSM) (20): lancé en juillet 2012 dans le cadre d'un partenariat entre MG Form (organisme de formation du syndicat MG France) et l'ONG Santé Sud, ce projet utilise les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) dans un programme d'informatisation mobile et connectée des MGC installés en zone rurale à Madagascar. La finalité de ce programme est d'améliorer la qualité des soins, grâce à l'informatisation du poste de travail du médecin et l'utilisation d'un logiciel médical adapté à sa pratique. Ceci a permis notamment le traitement et l'analyse des données de santé, grâce à l'équipement de 37 MGC à Madagascar.

Les premiers résultats compilés rapportent que sur 26 779 patients différents et 22 860 consultations médicales, 14,4% des consultations sont en rapport avec la maternité, la planification familiale ou les consultations prénatales, au lieu de 24,91% dans notre étude. Les affections respiratoires 40%, en majorité chez les enfants, au lieu de 18%, et digestives 19,5% au lieu de 14% selon nos résultats. On remarque aussi la place importante de la prise en charge des affections bucco-dentaires, pour 6,6%, et du Paludisme qui intervient pour 4,5% des consultations. Le peu de pathologies chroniques (HTA, diabète, épilepsie et affections ostéoarticulaires pour un total de 5,4%) observées dans la base des consultants signent un état sanitaire dans les campagnes en deçà de la transition épidémiologique. La traumatologie avec « seulement » 548 cas (3,2%), et 2,6% dans notre étude, montre que cette activité relève essentiellement des acteurs locaux, rebouteux et tradipraticiens sauf en cas de gravité avec plaie importante ou fracture sérieuse. A moins que cette activité ne soit intégrée dans les actes techniques.

Au total cette répartition est donc similaire par ordre de fréquence, bien que la grossesse occupe une part bien plus importante dans notre étude.

### **5.1.5 Les positions diagnostiques**

La répartition des positions diagnostiques dans notre population montre une prédominance des symptômes isolés (A = 31,28 %) et des tableaux de maladie (C = 25,34 %) par rapport à la part de syndromes (B = 15,34%) et de diagnostics certifiés (D = 14,05%).

Dans les différentes études menées en France, la part de la position diagnostique A n'est pas aussi forte (26 % en 1994) mais la position B est beaucoup plus fréquente (45%). L'analyse du DRC en France entre 1993 et 1999, montre également un taux stable de symptômes et syndrome autour de 70 % et de tableaux de maladies et diagnostics certifiés aux alentours de 30 %. Nous sommes assez loin dans notre étude de cette répartition : 47% de symptômes et syndromes et 39% de maladies et diagnostics certifiés. Les autres RC sont classés DHL ou Z.

Cette constatation s'explique d'une part par la forte proportion de surveillance de grossesse, classées C ou D, et par la prise en charge des accouchements, à la différence de la France où les accouchements et une partie des grossesses sont prises en charge par des gynécologues. D'autre part, elle s'explique par l'importance des pathologies aiguës et du stade d'évolution souvent avancé lorsque le patient se décide à venir consulter. L'éloignement, le peu de moyens financiers et l'ignorance des risques d'évolution d'une maladie sont autant de facteurs qui retardent cette consultation. Aussi, une analyse clinique appropriée par le médecin permet souvent de dégager un tableau de maladie clair, qui aurait été classé A ou B car encore incertain si le patient avait consulté dès le début de ces symptômes.

Une étude ultérieure permettrait sans doute de voir une répartition plus similaire à l'étude française, en supposant que l'accessibilité aux soins s'améliore actuellement avec l'installation des MGC plus à proximité.

La part plus faible de la position D s'explique aisément par l'absence de recours aux examens complémentaires sur le lieu de l'étude. Malgré ce handicap, la part des diagnostics élaborés est loin d'être nulle.

Selon l'observatoire de médecine générale, les DHL représentaient 3 % de l'ensemble des RC, taux stable entre 1993 et 1999 (17). Dans notre étude, la part des DHL est plus conséquente, puisqu'elle représente 7 % de la totalité des problèmes de santé, de façon peu surprenante car le DRC est à l'origine adapté aux problèmes médicaux de la population française. L'ajout de quelques RC notamment de maladie infectieuse ou anémie, dans un DRC adapté à l'Afrique tel que le suggère D. Bergeron dans sa thèse (9), aurait permis de réduire ce chiffre.

### **5.1.6 Résultats par pays, influence de la saisonnalité et de la période de recueil**

Dans les pays à forte prévalence de maladies infectieuses et parasitaires, la saison exerce une forte influence sur l'apparition et l'évolution de ces maladies.

Au Nord du Bénin où s'installent les médecins généralistes communautaires, le climat est tropical, avec une saison sèche de novembre à avril et une saison des pluies de mai à septembre. Les missions de compagnonnage ont eu lieu pendant la saison sèche, avant les grosses chaleurs de mars à mai. Cette période qui fait suite à la grande saison humide, est propice aux épidémies de maladies infectieuses et parasitaires, ce que l'on remarquera aisément dans les résultats.

A Madagascar, le climat est tropical humide le long de la côte Est, tempéré à l'intérieur des terres et au nord et aride dans le sud. Madagascar connaît deux saisons : une saison chaude et humide de novembre à avril, puis une saison sèche, plus fraîche, de mai à octobre. Les climats sont cependant très variés selon l'altitude et la situation par rapport aux vents dominants. Les routes pendant la saison humide devenant quasiment impraticables, les missions de compagnonnage ont lieu pendant cette saison sèche voire hivernale, en particulier sur les hauts plateaux du centre où sont installés une majorité de médecins communautaires. La transmission des maladies infectieuses est alors moins importante qu'en saison humide, mais on observe une recrudescence des maladies respiratoires et ORL.

Dans ces grandes épidémies saisonnières liées aux agents infectieux, le rôle de santé publique et de prévention du MGC pourrait devenir primordial pour toucher une population plus large, éduquer cette dernière et assurer une prise en charge au plus tôt afin d'éviter les conséquences néfastes de ces maladies infectieuses.

Au Cameroun, le recueil a été effectué dans la région centre-sud, en février et mars ce qui correspond à la fin de la grande saison sèche (de décembre à mars). Dans cette région à climat équatorial, il s'ensuit une petite saison des pluies d'avril à juin, une petite saison sèche en juillet et août, et une grande saison des pluies de septembre à novembre. Ce climat équatorial implique une transmission permanente du paludisme, et non pas saisonnière ou épisodique. Depuis une dizaine d'années, la formation d'agents de santé communautaires dans les villages les plus reculés, en charge de délivrer gratuitement du Coartem (association d'Arthemeter-Lumefantrine) au moindre signe de fièvre chez l'enfant, a contribué à réduire

considérablement le nombre de cas de paludisme grave et les consultations de ces enfants en dispensaire.

## **5.2 Principaux résultats de l'analyse du raisonnement clinique et de la prise en charge médicale**

### **5.2.1 Histoire de la médecine occidentale en Afrique et à Madagascar**

Nos résultats doivent être relus avec pour éclairage l'histoire des systèmes de santé de ces anciennes colonies françaises, et en particulier des soins de santé primaires, afin d'en comprendre les ressorts.

L'ouvrage de la sociologue Monique Van Dormael nous apporte de nombreuses clés de lecture à ce sujet. La médecine moderne est à priori la même en Occident, au Bénin, au Cameroun et à Madagascar, mais l'approche historique fait ressortir une différence de taille :

« Alors que dans les sociétés occidentales, la médecine a été générée par des transformations sociales qui l'ont précédée, la médecine moderne dans le Tiers-Monde a été amenée de l'extérieur et greffée dans des sociétés fondées sur un tout autre imaginaire. Cette médecine empreinte de valeurs et de traditions occidentales a été introduite d'abord dans le cadre de conquêtes coloniales, puis dans le cadre de politiques de santé menées par l'Etat Colonial » ((8), p.1).

Selon Charles Becker, on remarque que dans l'application des politiques de santé au début du XXème siècle:

« -L'état sanitaire des populations africaines ne fut généralement considéré que comme une condition nécessaire du développement des colonies et de leur rentabilité,

-les structures de santé furent développées prioritairement en milieu urbain (hôpitaux et laboratoires) où elles servaient la population Européenne et les populations engagées dans la production,

-le maillage en structures de soin permanentes dans les centres secondaires se réalisa dans des zones privilégiées en fonction de critères économiques,

-l'Assistance médicale indigène se réalisa en grande partie auprès des populations rurales pour enrayer les épidémies » ((21), p.414).

Ce sont les découvertes pasteurienues qui encouragèrent cette dernière stratégie: le dépistage de masse en vue d'interrompre la chaîne de transmission des maladies, dont la logique n'était pas de soigner les malades mais d'éviter la propagation de la maladie. Appliquée avec autoritarisme, la médecine coloniale pris alors un aspect, selon l'anthropologue Bernard Hours, de « santé publique fondée sur des traitements de masse, des macro-analyses des pathologies, forts éloignées du « colloque singulier du médecin et du malade » ((22), p.125).

Dès le début, la médecine occidentale fut donc caractérisée par sa centralisation et dépendance à l'égard de la métropole, et par l'importance du rôle des médecins coloniaux dans son organisation et sa direction. Dans les années 1930, le « service des grandes endémies » se concentre sur la lutte contre certaines maladies spécifiques, dont la maladie du sommeil qui faisait des ravages.

Ainsi, au moment des indépendances, les principales composantes des services de santé étaient : les services de lutte contre certaines maladies spécifiques, les hôpitaux urbains conçus sur le modèle européen, et les dispensaires et petits hôpitaux ruraux, souvent gérés par des missionnaires ou des plantations, des compagnies commerciales ou autres entreprises privées.

La médecine de famille n'avait à ce moment en Occident pas d'identité ni de légitimité suffisante pour que l'on songe à l'exporter (bien qu'on lui ait rendu par la suite toute son importance), et ne fut pas intégrée dans les services de santé gouvernementaux des colonies.

Pour faire face au manque de médecins diplômés, surtout dans les zones rurales, certains gouvernements, notamment à Madagascar, ont créé une catégorie de praticiens administrativement inférieure et subordonnée aux médecins diplômés, les assistants médicaux. Ailleurs, les infirmiers des dispensaires n'effectuaient que quelques soins limités. Ce n'est qu'après les indépendances que la formation des médecins s'est réellement développée, sur un modèle de formation calqué sur le cursus des études médicales européennes.

Il s'est rapidement avéré que les programmes de formation importés de l'Occident ne correspondaient pas aux problèmes de santé des populations locales, et utilisaient un équipement technique que les médecins ne retrouvaient plus par la suite dans les provinces où ils étaient affectés. Mais ce constat n'a pas vraiment été pris en compte par les hôpitaux universitaires qui ont persisté à délivrer un enseignement parfois « déconnecté » de la réalité,

destiné à la seule spécialisation médicale et non pas aux soins primaires, avec pour effet le maintien de la priorité donnée aux hôpitaux urbains.

La promotion des Soins de Santé Primaires depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978, est une reconnaissance officielle de l'importance de la participation des individus et des communautés locales sur la base de leurs valeurs, parallèlement à la rationalité scientifique et organisationnelle, pour répondre aux besoins de santé ((8), p.8-33).

Malgré cela, on déplore encore une dépendance des programmes de santé des pays aux bons vouloirs des bailleurs de fonds et aux priorités mondiales de santé (tels que le paludisme, le VIH, la tuberculose, la mère et l'enfant) pour lesquelles tous les fonds sont alloués, au détriment des pathologies plus « banales » et pourtant parfois tout aussi meurtrières, avec pour résultat un Etat à deux vitesses (les secteurs « à projet » et les autres). L'aide internationale, qui a pourtant connue une forte hausse dans les dernières années – elle est passée de 6 milliards de dollars en 2000 à 14 milliards en 2005 – se révèle insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins des populations (23).

Les résultats de notre étude nous amènent ainsi à poser la question: en quoi l'héritage de la médecine coloniale et la dépendance financière et morale des pays aux institutions internationales, continuent-ils d'influencer fortement les comportements et les représentations sociales des populations rurales du Bénin et de Madagascar, soignants comme patients ?

### **5.2.2 Le raisonnement clinique: atouts et limite**

- **Les MGC ont systématiquement recours à l'interrogatoire pour rechercher des signes cliniques précis, à la formulation de différentes hypothèses diagnostiques et à leur hiérarchisation, à une communication appropriée sur le diagnostic et la prise en charge.**

Ce sont des données relativement nouvelles mais appréciées par les patients qui, d'après les médecins compagnons, comprennent ainsi la différence du médecin généraliste par rapport aux thérapeutes auparavant rencontrés, malgré la faible culture médicale des patients.

On suppose que les MGC ont aussi fait évoluer l'image de la « médecine des blancs », qui pour les plus anciennes générations évoque encore le temps des « services des grandes

endémies », des dépistages de masse, des traitements administrés à des communautés entières et des campagnes de vaccination de grande ampleur, suivant la logique d'éradication des maladies (donc loin d'être négligeable), mais laissant de côté les autres pathologies présentées par les individus, avec peu de place pour l'interrogatoire, l'examen clinique et le processus décisionnel. D'après les travaux de Monteillet au Cameroun, les pratiques de soin de l'administration coloniale française ont contribué à la construction d'un imaginaire populaire de la médecine privilégiant injections et comprimés, favorisant l'adhésion des sociétés africaines à la « médecine du médicament » ((24), p.31), au lieu de favoriser l'approche globale requise dans les Soins de Santé Primaires.

Nous pouvons comparer nos résultats aux constatations faites par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan dans leur livre « Une médecine inhospitalière », bien qu'il s'agisse de l'observation de soignants exerçant en dispensaires et centres de santé publique et situés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest et non pas en zone rurale. Les auteurs décrivent des consultations menées par les soignants sans écoute du malade ni aucune information délivrée à l'issue de la consultation. Leur enquête « qualité des soins » à Abidjan rapporte entre autres un interrogatoire limité qui aboutit à la délivrance stéréotypée d'une ordonnance (« on parle peu, on touche peu, mais on donne systématiquement une ordonnance »), un examen clinique présent dans seulement 47% des consultations externes curatives (auscultation thoracique et palpation abdominale), et une information délivrée à l'issue de la consultation rare (seulement 8% des femmes en CPN ont une explication sur le déroulement de leur grossesse). Ils ajoutent : « l'infirmier ou la sage-femme qui consulte (et parfois le médecin) se contente de caricaturer dans sa consultation ce que devrait être une démarche clinique cohérente, hors de sa portée. On nomme une « pathologie standard », on prescrit un traitement tout aussi standard, sans vraiment savoir. » ((25), P.56 et 57).

Il semblerait que cette occultation quasi-totale du processus décisionnel s'observe moins dans les dispensaires ruraux. Au Cameroun en effet, l'observation que nous avons faite des consultations par des non médecins en milieu rural révèle un temps conséquent consacré à l'interrogatoire et à l'écoute du malade. Cependant, les questions étaient orientées sur les pathologies les plus fréquentes, la recherche des diagnostics différentiels (par l'interrogatoire ou l'examen clinique) était limitée, et le traitement qui en résultait était standardisé, ceci par manque de molécules à disposition dans la pharmacie mais aussi par habitude et facilité.

S'il fallait retenir une fragilité dans la démarche clinique des MGC, il s'agirait de la pratique de l'examen physique du patient, surtout à Madagascar. La place de plus en plus grande des examens complémentaires dans la réflexion du médecin et dans le système hospitalier universitaire, n'encouragerait pas les MGC à adopter une attitude systématique concernant l'examen physique du patient, et le patient, n'en voyant pas toujours l'intérêt, était moins enclin à se laisser examiner.

La pression du temps, bien qu'elle ne ressorte pas dans notre étude comme un facteur d'influence majeur sur la démarche du médecin, a pourtant des conséquences selon une étude parue en 2013. Cette étude évalue le suivi des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge des rhinopharyngites virales, en contexte de surcharge de travail (26) : moins de questions posées à l'interrogatoire sur les symptômes, moins d'application dans l'examen clinique, et moins de conseils donnés sur l'hygiène de vie.

- **La forte récurrence des pathologies rencontrées peut constituer un piège pour le médecin**, tel qu'on l'observe en France lors des épidémies hivernales d'angine ou de grippe, où la hantise des médecins est de négliger une toute autre infection aux symptômes similaires, mais pourtant plus grave.

L'étude quantitative et l'étude qualitative se complètent sur un point majeur : les 20 premiers résultats de consultation concernaient 59% des consultations, en raison de la majorité de pathologies infectieuses, cycliques et contagieuses. Pour les médecins compagnons, cette forte récurrence se traduit par une apparente monotonie des pathologies rencontrées par les MGC.

Globalement deux attitudes sont observées dans ce contexte, de la part des MGC:

- les prises en charge systématiques ou symptomatiques, en partie dans le but de traiter le plus grand nombre de personnes en un temps limité afin de réduire l'incidence/prévalence des pathologies,
- les prises en charge adaptées au patient et prenant en compte la globalité de ses symptômes, de son histoire et de son environnement, propres à la médecine de famille.

**Le médecin généraliste rencontre alors des difficultés pour choisir entre son rôle de médecin de santé publique qui raisonne en terme populationnel, et son rôle de médecin**

**de famille face à un individu, qui se traduiront parfois par des attitudes opposées, avec un réel dilemme.**

Faut-il par exemple, dans un contexte d'épidémie de diarrhée fébrile, traiter toute une famille par antibiotiques, devant le risque contagieux et la crainte de ne plus la voir revenir si d'autres membres s'avéraient atteints? Ou adapter sa prise en charge sur l'individu qui consulte, tenter d'éviter des antibiotiques par une approche éducative, un suivi rapproché, et une adaptation en fonction de l'évolution?

### **5.2.3 Une prise en charge adaptée à la situation clinique, ou aux attentes et aux représentations des malades ?**

L'histoire de l'implantation de la médecine occidentale dans les colonies françaises nous rappelle que celle-ci fut exportée sans toutes ses composantes, notamment la médecine de famille. Aussi garda-t-elle un caractère impersonnel lié à ses objectifs scientifiques. De plus, elle fut transférée en occultant les dimensions symboliques de la maladie et des pratiques locales de soin ((8), p.29).

Pourtant, la question des représentations culturelles des maladies, du soin et des traitements, est régulièrement évoquée par les médecins compagnons dans les entretiens.

- **Une des principales attentes du patient, en venant voir le médecin, est de repartir avec « le bon médicament ».** D'après les anthropologues Van der Geest et Whyte, on observe une grande popularité des médicaments dans les sociétés prospères comme dans les sociétés pauvres :

« Lorsque nous parlons de « popularité », nous le disons du point de vue du consommateur. Mais bien sûr, les médicaments sont aussi populaires auprès des manufacturiers, des détaillants et des médecins. Pour les deux premiers groupes en effet, les médicaments sont lucratifs, et pour les médecins leur attrait s'explique du fait qu'ils permettent d'être de « bons docteurs » (en distribuant des médicaments) tout en écourtant la consultation (par une prescription qui sanctionne la fin de la rencontre) » ((27), p.99).

Dans l'entre-deux guerres, les antibiotiques en particuliers ont contribué à la popularité des médicaments, suite aux résultats spectaculaires, presque miraculeux, obtenus dans le traitement des maladies infectieuses. Ce succès thérapeutique dans les maladies contagieuses

aurait favorisé l'entrée de la biomédecine et particulièrement des médicaments pharmaceutiques, dans l'arsenal thérapeutique des populations. D'autres composantes de ce pouvoir des médicaments, sont leur origine exotique perçue comme une promesse de supériorité, ou encore leur propension à favoriser des échanges symboliques entre patient et médecin ((27), p.103) :

« Lorsque les médicaments sont considérés comme étant l'essence même de la pratique médicale, la prescription est l'élément principal que l'on attend d'un médecin. Ainsi, le refus de prescrire une ordonnance, bien que parfois souhaitable du point de vue biomédical, serait considéré comme une conduite irrationnelle selon les critères culturels locaux. Dans de telles situations, les médecins sont incités à prescrire des ordonnances pour faire plaisir au patient et soigner leur réputation » ((27), p.103).

Nos résultats montrent en effet que les médecins, MGC et autres, sont parfois amenés à faire des **prescriptions injustifiées ou inadaptées, pour répondre aux attentes des patients, mais aussi à l'idée qu'ils se font des attentes du patient.**

En France, une thèse de médecine générale (28) rapporte que 83% des patients ont déclaré se conformer à une décision du médecin de ne pas prescrire de médicaments, et 88 % ont également affirmé ne pas attendre de médicaments à chaque consultation. Parallèlement, 41% des praticiens étaient convaincus que les patients attendaient systématiquement une prescription. Le diagnostic était la demande prioritaire des patients, tandis que l'écoute était perçue par les médecins comme la principale attente. Ces différences entre attentes des patients et perceptions de leurs médecins contribuent au phénomène de sur-prescription.

Selon le rapport de Valérie Gimbert publié par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective en France (29), 90% des consultations donneraient lieu à une prescription en France, taux élevé par rapport à nos voisins européens : seules 43% des consultations aux Pays-Bas, ou encore 72% en Allemagne, donnent lieu à une prescription. L'examen des usages dans le secteur ambulatoire (financièrement le plus important), montre donc un niveau de consommation élevé, voire démesuré en France. Cela tient à l'organisation de la chaîne du médicament et aux représentations collectives sous-jacentes.

Les pratiques de prescription des médecins français peuvent être éclairées par les travaux de Sophia Rosman qui a comparé les pratiques de prescription en médecine générale en France et aux Pays-Bas. Son article décrit les différentes composantes de la logique de « restriction » observée par les médecins néerlandais :

- l'argument financier avec la conscience du coût du traitement, dans un souci de « ne pas gaspiller » les ressources collectives,
- l'argument médico-professionnel, par le respect des recommandations, elles-mêmes réalisées par des collègues médecins généralistes et qui couvrent toutes les pathologies traitées en médecine générale,
- L'argument médico-thérapeutique qui vise à responsabiliser le patient, afin d'éviter les effets indésirables et les risques d'accoutumance ou de résistance des médicaments.

A l'inverse, on observerait chez les médecins français une logique de « réparation instantanée » par le biais du médicament, afin de fidéliser les patients, de valider leur légitimité professionnelle, et en utilisant la prescription comme moyen d'échapper à des consultations difficiles ou à des journées de travail surchargées.

« Cette variabilité dans les 2 pays s'explique par des différences sur les plans suivants :

- le rapport à la maladie du patient (recours immédiat au médecin en France),
- l'organisation du système de soin (le médecin français voit le « tout-venant » sans filtrage à l'entrée),
- l'attitude du médecin (responsabilisation et éducation du patient néerlandais),
- l'attitude du patient (les patients français sont en attente de médicaments),
- la manière de clore la consultation. » ((30), p. 117-130).

Nous retrouvons bien l'attitude des médecins français telle qu'elle a été analysée par S. Rosman, chez leurs confrères MGC malgaches et béninois qui pratiquent une médecine générale « occidentale » initialement calquée sur notre modèle...à la différence près que l'absence de couverture sociale pour les usagers représente un frein majeur au gaspillage ou aux prescriptions non indispensables.

On peut supposer qu'en France mais aussi au Bénin et à Madagascar, on encouragerait un meilleur usage des médicaments en axant les politiques de santé sur la prévention et l'éducation thérapeutique, à la fois pour des économies financières mais surtout pour limiter leurs effets indésirables.

- **L'installation d'un MGC dans la communauté semble perçue par les villageois comme une alternative thérapeutique**, en apportant des nouveautés dans le déroulement de la consultation ou dans la réponse médicamenteuse.

Pour autant, cela ne vient pas perturber les représentations des maladies et les procédures de résorption du mal, d'où une navigation entre de multiples praticiens, tradi-thérapeutes, marabouts ou guérisseurs traditionnels ayant des pratiques de toute sortes, parfois opposées, mais pas forcément concurrentielles du point de vue du patient. Tel que l'écrit Y. Jaffré, « Les populations « tentent leur chance sanitaire » dans le secteur formel tout autant qu'informel » (31).

Pour M. Van Dormael, « les populations africaines réinterprètent les pouvoirs des médicaments des blancs et les combinent avec leurs pratiques dans des itinéraires thérapeutiques adaptés à chaque situation » ((8), p.21).

En fait, ce sont moins les guérisseurs traditionnels qui sont les acteurs majeurs de ce « secteur informel » de la santé, que les colporteurs, les pseudo-praticiens et les vendeurs à l'étalage de médicaments modernes (« pharmacies par terre »), qui bénéficient des excès et des coûts des ordonnances médicales. On remarquera l'absence de toute stratégie (préventive, répressive ou participative) à leur égard ((25), p.83).

Plus généralement, **on estime que l'automédication pharmaceutique est devenue aujourd'hui le principal recours thérapeutique en Afrique** ((25), p.83). Les médicaments sont en grande majorité utilisés en privé et individuellement, par conséquent ils semblent conférer un pouvoir individuel, car ils diminuent la dépendance envers les praticiens médicaux et les experts spirituels. Les médicaments occidentaux sont d'ailleurs particulièrement appréciés pour leur côté prêts à l'emploi, à l'inverse des plantes indigènes qu'il faut cueillir et préparer ((27), p.105). Au point qu'A. Alland a fait remarquer, à la fin des années 1970 en Côte d'Ivoire, que les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des « accessoires non nécessaires » pour l'utilisation des médicaments ((27), p.97).

D'après l'analyse du commerce des « pharmacies par terre » par l'anthropologue Yannick Jaffré dans les marchés de la ville de Bamako, « les rumeurs autour de l'efficacité d'un remède, le nom donné au produit, sa présentation, les vertus thérapeutiques qu'on lui accorde - et qu'importe, dès lors que la croyance est partagée, que ce soit à tort ou à raison - sont à prendre en compte pour comprendre le jeu complexe des offres et des demandes ». Dans le domaine thérapeutique, le marché africain cache derrière quelques

produits les plaintes des populations les plus démunies et les difficultés de l'Etat à y répondre (31).

On comprend donc bien la difficulté des MGC à prescrire (et à ne pas prescrire) en tenant compte de cette consommation floue et non maîtrisable, mais aux conséquences pourtant importantes notamment sur les maladies infectieuses. **Le fait de rechercher et prendre en compte les consommations antérieures dans le « parcours de soin » du malade est toutefois une particularité et une avancée de la médecine générale communautaire.** On ne retrouve pas cette préoccupation dans les dispensaires ruraux du Cameroun.

De manière générale, les MGC cherchent à comprendre les représentations populaires des maladies et à adapter leur prise en charge en fonction de ces représentations, tout en gardant une ligne de conduite fondée sur leurs connaissances scientifiques et médicales.

**Voilà un autre dilemme pour les médecins malgaches et béninois : « il existe une réelle difficulté à concilier leur identité professionnelle fondée dans des représentations empruntées à l'Occident, et leur identité sociale telle que définie par la communauté »** ((8), p.34).

- **Les antibiotiques et les traitements injectables font partie des traitements prescrits « favoris », pour les médecins comme pour les patients,** telle que « l'injection qui donne de la force » au Bénin.

Dans une étude évaluant les habitudes de prescription des médecins généralistes en zone urbaine et en zone rurale au Tamil Nadu (32), il ressort que toutes zones confondues, 55% des ordonnances comportaient des antibiotiques, et que 80% des médecins prescrivaient au moins une injection. L'habitude de prescrire plus d'un antibiotique et plus d'une injection était plus importante parmi les médecins urbains (48% au lieu de 12% en zone rurale).

On peut se questionner sur les origines d'un tel engouement pour ces injections et perfusions, que toutes les catégories de soignants s'évertuent à pratiquer. Ces actes techniques, considérés comme les plus valorisants par des générations de soignants peu formés ou formés « sur le tas », permettent tout à la fois d'acquérir les attributs symboliques du statut de médecin et d'espérer une rémunération de la part du malade, puisque tout geste peut être rémunéré. Ces gestes sont alors parfois largement « vidés » de leur raison scientifique et clinique, et servent uniquement à opérer à un constant décalage hiérarchique « vers le haut », permettant à de

nombreux aides-soignants ou infirmiers de se déclarer « docteur ». « Ils sont alors plus les simulacres d'une fonction qu'ils ne correspondent à la mise en œuvre d'un protocole de soins centré sur la guérison du malade » ((25), p.86 et 87).

Du point de vue du malade, l'injection est un acte banal dans les services de santé, avec le paradigme « populaire » où piquer c'est soigner ((33) p.243), et où l'on entretient dès la petite enfance, à la fois la peur et la fascination de la piqûre, pour la douleur qu'elle provoque et la croyance qu'en souffrant, le « mal » sortira plus vite.

Wyatt H. a pu observer que les pays où les injections sont si populaires correspondent aux zones où ont été pratiqués les programmes d'éradication massives des maladies (en particulier le pian traité par injections de pénicilline, et Kala-Azar (autrement appelée leishmaniose splénique)), les zones concernées étant les Caraïbes, le Nord de l'Amérique du Sud, et en Afrique du Sénégal au Kenya et au Sud en Angola et à Madagascar (34).

En Ouganda par exemple, l'utilisation de l'injection est largement répandue à tous les niveaux du système de soins ; aiguilles, seringues et médicaments injectables sont disponibles à l'usage des familles et de praticiens non-formés (35). On peut faire le parallèle avec les « piqueurs sauvages » du Bénin qui exploitent l'ignorance et utilisent la mystification plutôt que l'explication, et que les MGC redoutent. Pour Birungi H., les raisons de ce phénomène sont la faiblesse du système de santé du pays, ainsi que la perte de confiance dans les traitements qu'il propose. De plus, les campagnes massives d'éducation à la santé pour la prévention du Sida ont alerté les populations sur les risques d'utiliser des seringues non stérilisées, ce qui a renforcé la méfiance envers le système public et encouragé les familles à recevoir les soins de la part de personnes connues et utilisant un équipement qu'elles pouvaient personnellement contrôler. Ainsi, changer les habitudes devra avant tout passer par un renforcement du système de santé public (35).

La problématique du mésusage des médicaments, et en particulier des antibiotiques et des injections, est pourtant un sujet qui préoccupe l'OMS depuis longtemps. L'organisation affirme que partout dans le monde, plus de la moitié des médicaments sont prescrits, donnés ou vendus de façon inappropriée, et que la moitié des patients ne les prennent pas correctement: trop de médicaments donnés par patients, utilisation inappropriée des antibiotiques dans des dosages inadéquats et pour des pathologies non-infectieuses, sur-utilisation des injections quand des équivalents oraux seraient plus adaptés, difficulté à prescrire en accord avec les recommandations internationales, automédication et non-

adhérence aux conseils et posologies (36). A cet égard, la politique des SSP qui a confié la responsabilité diagnostique et thérapeutique aux paramédicaux, faute de médecins en nombre suffisant, a contribué à aggraver cette situation.

**Encourager le bon usage des médicaments est actuellement une préoccupation internationale d'un point de vue de santé publique. Cela demande un changement d'attitude, sans doute plus difficile à assumer pour les médecins qu'à accepter de la part des patients. A Madagascar et au Bénin, la démarcation avec les habitudes passées est difficile et longue à installer, mais elle est poursuivie avec succès par de nombreux MGC.** Ces derniers développent une conscience critique voire virulente vis-à-vis du mésusage des injections, mais aussi des antibiotiques, en rupture avec des pratiques déviantes et infondées, colportées par une médecine efficace mais trop souvent récupérée pour des fins personnelles par des non médecins.

#### **5.2.4 Reconnaissance morale et financière de l'acte intellectuel**

- **D'où vient cette difficulté à reconnaître la réflexion menée par le médecin au cours de la consultation, et la proposition de soin qu'il formule (sans inclure la prescription médicamenteuse), comme un acte médical à part entière ?**

La période coloniale est parfois désignée par l'époque « où il y avait des médicaments ». En effet, la gratuité des soins et des médicaments était une constante dans les services coloniaux gouvernementaux ((8), p.21). Après les plans d'ajustements structurels imposés à la fin des années 1980 par les bailleurs de fond à la plupart des pays Ouest africains, on observa un démantèlement des services de santé gouvernementaux. « Désormais on ne peut bénéficier de soins qu'en payant : pas d'argent, pas de soins ; c'est la fin de la gratuité, la fin de l'assistance » (21), p.238).

Nous n'avons pas retrouvé de travaux concernant cette difficulté des populations africaines à reconnaître l'acte intellectuel comme un acte payant. On paie un geste technique, une ordonnance, une perfusion, un pansement...on paie un acte concret, on veut en avoir pour son argent. Il reste peu de place pour la réflexion menant au diagnostic, pour les connaissances requises lors du suivi d'une maladie chronique...

On observe un phénomène similaire en France, où la réflexion sur la délégation et les transferts de tâche a fait émerger cette question : en transférant les compétences d'éducation thérapeutique aux autres soignants, les médecins pourraient évoluer vers un métier de super technicien au lieu de développer leur capacité d'écoute. Pour le Pr Berland Y., « c'est l'acte technique qui est valorisé aujourd'hui, pas l'acte intellectuel, qui n'est ni reconnu, ni valorisé, ni payé à son juste niveau. » Ainsi le rapport sur la démographie médicale en 2006, prône la revalorisation de l'acte intellectuel « aux dépens de l'acte médico-technique »(37).

Au Bénin et à Madagascar, une des hypothèses explicatives à cette dévalorisation de l'acte intellectuel que nous avons évoquée plus haut (cf chapitre 5.5.2) pourrait venir de **la perception d'une médecine peu centrée sur l'individu et demandant peu de réflexion à l'époque des services de santé coloniaux** qui pratiquaient le dépistage et administraient les traitements systématiquement, rapidement et gratuitement.

**Une autre explication peut venir des contraintes socio-économiques de l'ensemble des populations rurales**, parfois très pauvres selon les régions: puisqu'on ne peut pas assumer la charge de la consultation et du traitement, on économise seulement pour le traitement... Dans l'attente du geste final et spectaculaire de la piqûre, les familles sont prêtes à réunir des sommes importantes. Et sur place, on négocie, avec plus ou moins de succès (selon la stratégie qu'a mise en place le médecin).

Et pourtant, là encore la médecine générale communautaire est « innovante », car le prix de la consultation et des médicaments est toujours adapté aux revenus de la population. Elle rompt avec des pratiques courantes dans les autres centres de santé, où on assiste à une tarification informelle, par diverses manipulations du personnel pour faire payer plus, ou à l'inverse pour « arranger » le malade qui fait partie de son réseau de connaissances.

En outre les MGC doivent se battre avec des contraintes logistiques inimaginables (transports rares et chers, isolement, mauvais état des routes, catastrophes naturelles), bien que leur proximité avec la population a permis d'éliminer une grande partie de leurs problèmes.

Finalement, d'après les anthropologues Jaffré et Olivier de Sardan, ces contraintes socio-économiques « disjoignent le savoir théoriquement acquis de sa mise en œuvre. Même quand on sait ce qu'il faudrait faire, bien souvent on ne dispose pas des produits ou des appareils techniques pour le faire » ((25), p.299).

- Pour les chercheurs en santé publique Valéry Ridde et Karl Blanchet, « l'expérience a montré que **le paiement direct ne permet pas d'entretenir les systèmes de santé en Afrique**. Pis, il constituerait même une barrière empêchant les plus pauvres de se soigner. Selon la Banque mondiale elle-même, le paiement direct ne couvrirait que 5 à 10 % des besoins de soin. 10 à 30 % de la population du continent n'auraient pas accès aux soins pour des raisons budgétaires. En outre, un grand nombre de personnes s'endettent pour payer leurs ordonnances» ((23), chap. 4).

C'est pourquoi, après avoir pendant 20 ans demandé aux patients de payer lorsqu'ils consultent, les pouvoirs publics nationaux et mondiaux semblent amorcer un changement de cap. Même la Banque mondiale, qui a été le plus ardent défenseur de l'imposition du paiement direct des soins dans les années 1980 et 1990 semble changer d'avis. Dans sa nouvelle politique de santé promue en 2007, elle affirme qu'elle soutiendra les pays qui décident d'abolir le paiement direct. De même, en juin 2007, la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) abondait en ce sens : « Si vous voulez réduire la pauvreté, cela me paraît censé d'aider les gouvernements à abolir le paiement », dans l'idée de plus en plus défendue de la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU) ((23), chap.6).

Cependant, des réticences se manifestent. On s'inquiète du financement, du manque de préparation, du besoin de suivre et d'évaluer l'introduction d'un tel changement, ou encore de sa pérennité. La principale difficulté à surmonter est évidemment celle du financement. La plupart de ces politiques d'exemption sont financées directement ou indirectement par les bailleurs de fonds internationaux. La « mode » passée, poursuivront-ils, et jusqu'à quand? Les Etats africains pourront-ils enfin, à l'aune de ces expériences, accorder un budget décent à la santé ?

Santé Sud a déjà commencé cette réflexion en analysant les systèmes de financement de la santé en Afrique Subsaharienne grâce au travail de A. Gilbert :

« A côté du recouvrement des coûts qui reste le système de base, des systèmes de mutualisation du risque tendent à se développer pour permettre aux familles de mieux assurer le financement de leur soins (par exemple, les mutuelles de santé, le forfait obstétrical et des projets d'assurance universelle comme le Régime d'Assurance Maladie Universelle. (...) Par ailleurs, des expériences d'exemption des soins ciblées sur certaines pathologies (VIH, Paludisme), certaines personnes (indigentes, jeunes

enfants), et certaines prestations (Césariennes) sont expérimentées dans de nombreux pays d'Afrique. (38)»

Pour l'instant, ces expérimentations font face à de nombreuses difficultés dans leur gestion et leur application. Parfois elles déresponsabilisent les populations alors que les SSP cherchaient à les responsabiliser.

Dans tous les cas, si les décideurs des systèmes de santé du Bénin, de Madagascar, mais aussi du Mali et de la Guinée, engagent des réformes pour un accès aux soins pour tous, cela demandera aux Médecins Généralistes Communautaires de **repenser les bases et les fondations de leur fonctionnement « libéral », qui malgré son originalité et ses pratiques innovantes, risque de ne pas pouvoir perdurer en cas de retour à la « gratuité » des soins pour tous.** En pratique, la gratuité n'existant pas dans la santé, des solutions adaptées devront être trouvées, basées sur un système de "Tiers payant " fiable, capable de s'adapter à cette approche privée/publique de la médecine de proximité...S'intégrer et se placer en tant que partie prenante de ce virage placera les MGC au centre des soins de santé primaires. Ce changement pourrait orienter nombre de médecins généralistes vers la médecine de campagne, en imaginant que la peur de ne pas rentrer dans ses frais ne soit plus l'un des freins majeurs à l'installation en zone rurale.

### **5.2.5 Activités de santé communautaire : une santé publique centrée sur la communauté**

Les fondateurs de Santé Sud ont beaucoup insisté, lors de la mise en place des premiers MGC, sur la stratégie combinée Médecine de famille-Soins de santé Primaires, avec ce « plus » du MGC, par rapports aux infirmiers locaux ou aux médecins français.

Depuis la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire, « il existe une reconnaissance officielle de politiques prenant leur distance par rapport à la vision hospitalocentrique urbaine », qui laissait les populations rurales à la gestion de soignants non ou peu diplômés, utilisant des attitudes standardisées basées sur des schémas d'éradication de grandes maladies endémiques, et non adaptées à la demande de soin d'un individu ((8), p.33). Les agents de santé actuels sont aujourd'hui bien mieux formés, mais le glissement des fonctions du bas vers le haut reste monnaie courante et toutes sortes de « docteurs » s'auto-

déclarent, non pas pour une meilleure santé de leur communauté mais pour une recherche de reconnaissance sociale et de gain financier.

On comprend que derrière cette activité de santé communautaire, se cachent une multitude d'activités relevant de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la santé publique, mais que l'approche communautaire et la réponse à un besoin n'est pas toujours évidente.

Etre médecin de « santé publique », dans l'imaginaire des médecins africains, est lourd de signification, et dépasse la définition classique que nous connaissons. Comme nous l'explique M. Van Dormael, la santé publique a d'abord été assimilée à des traitements de masse, des analyses grossières et globales des maladies, destinées non pas à protéger la population autochtone mais les européens qui la côtoyaient ((8), p.11). Selon Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, la bureaucratisation des tâches instaurée à l'époque a fait se détourner de plus en plus les médecins et les sages-femmes de la clinique, pour se consacrer aux tâches administratives, à la « santé publique » et aux séminaires en tout genre. D'autant que l'attrait du « per diem » n'est pas, loin de là, négligeable. De plus, toute promotion vers le secteur des ONG qui assure de meilleurs revenus, est professionnellement et socialement plus « rentable », plus visible que de travailler consciencieusement et anonymement dans son service ou son dispensaire. « Ces deux aspects sont parmi les plus pervers des politiques de santé publique, qui vident en fait les structures de santé de leurs personnels les plus honnêtes et les plus qualifiés » ((25), p.88). Les ONG et bailleurs de fond ont contribué à installer et reproduire un système de gaspillage routinier et une culture des « per diem » difficile à remettre en question aujourd'hui.

Paradoxalement, la médecine d'état ou la médecine de santé publique, véhicule une certaine connotation péjorative, en tout cas dans les pays d'Afrique de l'Ouest, d'après les médecins compagnons interrogés mais aussi d'après notre expérience personnelle au Cameroun. Ces médecins fonctionnaires ont, en dépit de l'avantage fourni par un salaire régulier et sûr, la réputation d'avoir peu de conscience professionnelle et d'être plus intéressés par leurs activités parallèles permettant d'arrondir leurs fins de mois.

Aujourd'hui la santé publique demande aux responsables sanitaires des chiffres afin d'évaluer le fonctionnement et la « productivité » des services ou des centres de santé. Tout cela est nécessaire mais toutes ces tâches bien accaparantes sont toutes dirigées vers l'extérieur des dispensaires. Il importerait maintenant d'inverser ce flux de paperasserie en recentrant les pratiques de « santé publique » vers l'intérieur des dispensaires ((25), p.352). C'est une des

grandes ambitions du programme de DATASANTEMADA, évoquée dans le paragraphe suivant.

**Ainsi, il s'agit pour les MGC de s'approprier cette « vraie » fonction de santé publique, au service des populations, ce qu'ils font déjà avec un fort investissement et une grande efficacité d'après les témoignages des médecins compagnons. Cette double activité semble donc assimilée et pratiquée par les MGC, de façon plus ou moins spontanée, et surtout en fonction de leur disponibilité.**

Les médecins compagnons français sont d'ailleurs impressionnés par cet investissement : aller au-devant des villageois, après une journée ou une semaine remplie de consultation et de multiples autres tâches administratives et chronophages, est une tâche que probablement peu d'entre eux auraient le courage de faire.

On constate d'ailleurs que les réponses apportées par l'étude qualitative viennent contredire nos résultats quantitatifs relatifs à l'activité réduite de prévention, puisque celle-ci apparaît, d'après les entretiens, bien présente dans l'activité quotidienne des MGC. Ce décalage s'explique sans doute par une prévention dispensée de manière informelle, sans que cela soit retenu comme un motif de consultation et donc noté comme résultat de consultations dans les tableaux statistiques des rapports de mission. En effet, c'est le geste et l'ordonnance que les patients acceptent de payer, et non pas l'action de délivrance de conseils qui constitue une grande partie des activités de prévention.

### **5.2.6 Oser le suivi malgré l'isolement géographique et le manque d'équipements**

- Dans l'idée des MGC, faire revenir un patient fait risquer la perception par le malade d'une incompetence, et la perte d'un patient potentiel régulier. Le manque de persuasion sur le bien-fondé de leur demande de suivi accompagne le fréquent manque de confiance en soi qu'ont les médecins à leur installation. Avant de faire comprendre la nécessité d'un suivi ou d'une surveillance à court terme lorsqu'elle est nécessaire, ils doivent faire leurs preuves par des actions concrètes, et les populations ne sont pas tendres devant la moindre erreur ou la moindre insatisfaction.

A l'inverse pour le patient occidental de manière générale, la confiance augmenterait d'autant plus si le médecin demande à revoir un patient pour un suivi rapproché. Le médecin est

considéré « à priori » comme compétent, par conséquent son choix est réfléchi, justifié, et il est presque « gratifiant » pour un malade de savoir que le médecin s'inquiète de l'évolution de son état de santé. Bien sûr, le jugement personnel des malades vient ensuite confirmer ou altérer ce pré requis, en fonction du vécu du patient, des interactions personnelles médecin-patient, de l'efficacité du traitement initial.

- **La présence d'un médecin de famille, amené à revoir les malades les plus proches du centre médical de façon régulière, permet de mettre au jour les maladies chroniques**, comme on l'observe dans notre étude quantitative au Cameroun notamment, même si le médecin généraliste communautaire n'existe pas encore en tant que tel.

Dans un article sur la place des maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne (39), les auteurs font remarquer la focalisation des soins primaires sur la prise en charge des femmes et enfants, (selon notre étude 22,6% des consultations concernent les femmes), et des grandes maladies infectieuses, alors que les maladies chroniques ne font que s'accroître, sans préparation des acteurs de la santé à la prévention et au traitement de ces dernières. Les maladies chroniques ne sont pas des maladies prioritaires en santé publique, et le suivi régulier n'est pas dans les habitudes des populations et des médecins. **Les MGC auront un rôle à jouer dans cette transition épidémiologique, pour ne pas laisser la prise en charge de ces patients aux seuls hôpitaux équipés, en participant à l'organisation du suivi de ces maladies non contagieuses au sein du système de SSP.**

- Dans l'objectif d'un meilleur suivi et d'une amélioration des conditions d'exercice des MGC, le programme de DATASANTEMADA à Madagascar (cf chapitre 5.1.4 et 5.2.5) est actuellement en plein développement avec pour finalité :

-L'amélioration de la qualité des soins, par le développement dans internet d'une base de données sur la patientèle des MCG, et d'un dictionnaire répertoriant les actes médicaux et les médicaments essentiels disponibles. L'informatique ouvre la possibilité de saisir et de suivre des dossiers médicaux numériques individualisés. Le programme concrétise aussi la formation continue : les ouvrages de référence sont plus facilement consultables, ainsi que des vidéos de tutoriaux et d'autres formes de formation continue en ligne.

-L'amélioration des conditions d'exercice du MGC : l'utilisation du logiciel, créé selon leur besoins et adapté à leur pratique, permet une mise à jour des dossiers plus rapide et abordable, et surtout la saisie automatique du Rapport Mensuel d'Activités destiné au Ministère de la Santé Publique. Il s'en suit un gain de temps considérable si l'on en croit les observations des médecins compagnons français, sidérés par l'aspect chronophage de cette tâche administrative.

Le programme intègre aujourd'hui 37 MGC exerçants à Madagascar, formés et suivis par MG Form et Santé Sud. Sur le plan matériel, des mini-PC ont été mis à disposition, équipés de logiciels spécifiques et de clés de connexion 3G. En septembre 2014, 27 MGC sont opérationnels sur les 29 MGC déjà formés et dotés, et la télétransmission des données est régulière pour 59% d'entre eux.

On peut donc espérer encore beaucoup de ce dispositif que les MGC sont en train de prendre en main grâce à une formation de formateurs permettant une extension en réseau.

**La vie du réseau de MGC et les capacités des associations professionnelles qui les fédèrent (AMC-MAD à Madagascar, AMGCB au Bénin, AMC au Mali), les échanges entre confrères, la possibilité de formation continue régulière et l'accès à l'information instantanée s'en verront fortement améliorées, si les MGC réussissent à s'appropriier les NTIC.**

### **5.3 Méthodologie générale : la méthode mixte**

Nous avons utilisé une « méthode mixte », à la fois quantitative et qualitative, pour cette étude. Cette association pourrait être critiquée du fait de sa complexité et des difficultés de rapprochement des différents résultats obtenus, mais elle nous a permis de faire des liens entre le type de population étudié et les comportements des MGC. D'après V. Ridde et G. Mak, « que nous ayons recours à des données quantitatives ou qualitatives, l'important est qu'elles soient utiles pour répondre aux questions posées par l'évaluation et ses commanditaires. [...] les données qualitatives peuvent ainsi disposer de plus ou moins de prépondérance sur les données quantitatives. Elles peuvent également être employées avant, après ou en même temps que les données quantitatives »(40).

Cette approche est donc de plus en plus utilisée dans les évaluations en santé publique, et il était donc légitime de se l'approprier pour ce travail qui réunissait l'apport de données chiffrées mais aussi des observations non quantifiables, qui méritaient tout autant voire plus, d'être analysées.

## **5.4 Les limites de l'étude quantitative**

### **5.4.1 Recueil des données**

Le caractère rétrospectif de l'étude a constitué une limite à la bonne compréhension des relevés de pathologies réalisés par les investigateurs.

Les recueils n'ont pas tous été remplis de manière identique car il n'avait pas été fourni aux médecins compagnons avant leur départ d'outil de description des tableaux cliniques rencontrés (DRC), ni d'outil de codage tel que la CIM10 ou la CISP, le recueil s'est donc fait en texte libre sans langage commun. Certaines variables présentes dans quelques rapports (par exemple le devenir des patients qui a été recueilli dans les rapports les plus récents) étaient absentes dans d'autres, elles n'ont donc pas pu être exploitées dans cette analyse. Plusieurs médecins avaient « personnalisé » et complété leur recueil avec des éléments jugés intéressants, d'autres étaient très succins. La subjectivité et l'expérience médicale de chacun intervenait sur le recueil de la situation clinique. Ces différents éléments ont pu entraîner un biais de mesure.

### **5.4.2 Outil de relevé des pathologies et analyse des données**

Nous avons utilisé le Dictionnaire des Résultats de Consultation, outil adapté à la description sémiologique des tableaux cliniques rencontrés en médecine générale, qui sont principalement des symptômes et des syndromes en France. En effet, il existe divers outils de description ou de classification des maladies. Leur pertinence varie selon leur champ d'application ambulatoire ou hospitalière, généraliste ou spécialiste. Ces systèmes de description et de codage sont utilisables en pratique quotidienne, soit en temps réel ou en temps différé. La classification Internationale des Maladies ainsi que la Classification Internationale des Soins

Primaires sont deux outils possibles pour classer ou coder les maladies ou les pratiques médicales. Leur défaut est leur inadéquation à décrire les diagnostics de la médecine générale, car ces classifications ne sont pas des langages ni des outils de description. L'avantage du DRC consiste en sa possibilité de langage commun, évitant que chacun écrive en texte libre, ou ne nomme « angine » ce qu'un autre nommera « pharyngite » et un 3ème « laryngite ».

Les médecins ont décrit en texte libre les situations cliniques rencontrées qui dans un 2ème temps ont été traduites avec le dictionnaire des résultats de consultation. Ceci entraîne un biais d'interprétation des textes libres.

Les suspicions ou diagnostics incertains sur des tableaux de maladie ont été considérés comme symptôme avec une position A ou B lorsqu'il y avait absence de confirmation. A titre d'exemple une crise de paludisme, en l'absence de TDR confirmant la présence de Plasmodium Falciparum dans le sang, a été considérée comme état fébrile dans la traduction selon le DRC.

Cette uniformisation des relevés a toutefois permis d'en faire une analyse quantitative fiable, tout en restant au plus proche de ce qu'ont voulu dire les médecins dans leur analyse de la situation.

### **5.4.3 Représentativité de l'échantillon**

Un seul recueil a été fait au Cameroun, par un seul médecin, alors que nous avons plusieurs recueils concernant le Bénin et Madagascar, réalisés par des investigateurs différents.

Ces résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble des populations qui viennent consulter un agent de santé au Cameroun, au Bénin et à Madagascar.

Cependant, tous les médecins ayant réalisé un rapport de mission avec recueil de ces données ont accepté l'exploitation de leurs rapports. De plus le nombre de consultations et de résultats de consultations obtenus (n = 1480), permet de généraliser ces résultats aux populations concernées par l'installation en brousse des MGC dans ces pays, (bien que le Cameroun n'ait pas encore à ce jour de MGC en première ligne).

## **5.5 Les limites de l'étude qualitative**

### **5.5.1 Données de seconde main**

Avec 7 médecins interviewés, l'échantillon était de petite taille, mais exhaustif en ce sens qu'il a inclus les médecins compagnons les plus expérimentés (ayant fait plusieurs compagnonnages et dans plusieurs pays) avec Santé Sud.

Il s'agissait d'une population de médecins bénévoles au sein de Santé Sud, plutôt « militante » car convaincue du bien-fondé de la médecine générale communautaire, ce qui peut représenter un problème de neutralité vis-à-vis des questions posées pendant l'entretien et le focus group.

Le principal biais vient de la source secondaire des données (données de « seconde main »). Il était impossible, dans le cadre d'une thèse de médecine, d'observer la pratique de 17 MGC pendant des périodes suffisamment longues pour observer une diversité de situations. Le choix de travailler sur des données de seconde main, en interviewant les médecins compagnons, a permis de contourner cette difficulté. Cette source de données (données secondaires) peut induire un biais d'interprétation puisque l'analyse se fonde sur un premier niveau d'interprétation, celui des médecins compagnons. Cependant, la connaissance des conditions d'exercice dans les dispensaires ruraux de la part de l'investigatrice principale du fait de son expérience de terrain au Cameroun, et la confrontation des interprétations des médecins compagnons lors du focus group, a permis d'intégrer peu de biais important dans l'analyse des données.

On suppose par ailleurs que l'attitude des MGC fut influencée par la présence des médecins français compagnons pendant la mission de compagnonnage, et ne reflète pas exactement la réalité quotidienne de leur pratique.

### **5.5.2 Recueil des données**

Le canevas d'entretien a été fait à partir d'observations conduites au Cameroun : là aussi les attitudes des soignants ont pu être influencées par la présence d'un observateur, et on s'attend aussi à un biais d'interprétation de la part de l'investigatrice.

Les médecins interviewés résidaient dans plusieurs régions de France, 6 des 7 entretiens se sont donc déroulés à distance grâce au logiciel skype, ce qui a permis une interaction visuelle, mais toutefois altérée dans la perception du non-verbal.

Pour plusieurs médecins compagnons, le temps écoulé entre la mission et l'entretien était de plus d'un an, avec pour conséquence une absence de réaction « à chaud », parfois des oublis. Cependant, ceci a permis une prise de recul sur le vécu de la mission, une mise à distance des émotions. La relecture, après l'entretien, des rapports de mission (rédigés dans les semaines qui suivent le retour de mission du médecin), a permis de vérifier que le discours oral était en cohérence avec l'écriture du rapport.

Le Focus group a réuni 4 médecins sur 7. Celui-ci a permis une seconde validation ou des corrections par les enquêtés eux-mêmes, sur les premiers résultats issus des entretiens. Il a par ailleurs ouvert le débat sur les différents points de la discussion. Les biais internes ont été évités par la présence d'un socio-anthropologue non-médecin, pour l'animation en tant que tierce personne extérieure à l'étude et n'ayant pas participé aux travaux antérieurs.

### **5.5.3 Analyse des données**

L'investigatrice principale a effectué seule le codage et la relecture des verbatims. L'absence de double codage avec confrontation des analyses indépendantes constitue un autre biais d'interprétation.

Nous avons effectué une triangulation des données avec le croisement des informations apportées par les entretiens, les rapports de mission et le focus group.

La généralisation des résultats a été difficile car les interprétations des médecins compagnons sont parfois divergentes, mais nous avons pu faire ressortir certaines constantes et tendances générales sur lesquelles nous avons basé notre discussion.

## VI. Conclusion

L'objectif de cette recherche était de décrire les caractéristiques des consultations en situation isolée et d'analyser le raisonnement clinique et la prise en charge médicale des médecins généralistes communautaires. Nous nous sommes rapprochés de notre objectif en faisant ressortir certaines spécificités épidémiologiques et sociologiques.

Nos résultats confirment l'importance de la place du MGC dans la prise en charge des problèmes de santé materno-infantiles, et notamment le suivi des grossesses, des accouchements, et la planification familiale.

Avec seulement 20 situations cliniques couvrant 58% des situations cliniques prises en charge, il y a une forte récurrence des maladies digestives, respiratoires, infectieuses et parasitaires chez les enfants. Il paraît souhaitable que les cursus de formation initiale et continue des médecins africains et malgaches se focalisent davantage sur ces situations cliniques afin d'améliorer leur prise en charge, même si le type de climat et la saison des pays observés influence l'apparition de ces pathologies dominantes.

Les maladies chroniques sont encore peu diagnostiquées ou dépistées mais sont de plus en plus représentées en particulier sur le plan ostéo-articulaire et cardio-vasculaire, notamment au Cameroun.

Les consultations comportent moins de différentes situations cliniques prises en charge pendant la consultation qu'en France. L'étude des positions diagnostiques montre que l'analyse du médecin permet souvent de dégager des symptômes isolés ou un tableau de maladie. Ainsi le manque d'examen complémentaires ne présenterait pas un frein à la démarche médicale dans la pratique courante du médecin, mais il devient préoccupant devant des situations rares, des diagnostics incertains, ou des situations où le pronostic vital est en jeu.

Les MCG de Madagascar nous fourniront bientôt de nouvelles données plus fiables et représentatives, grâce au réseau DATASANTEMADA. Le développement de cette informatisation, prévue également au Bénin et au Mali (le projet DATASANTEMALI propose d'expérimenter une informatisation du système d'information sanitaire au niveau de 20 centres de santé communautaires (CSCOM) dans 4 régions du Mali), fait entrevoir de belles évolutions dans l'amélioration de la qualité des soins et des conditions d'exercice.

En Afrique l'histoire de l'apparition de la médecine occidentale continue d'influencer les médecins et les populations rurales. Cet héritage se manifeste notamment dans l'organisation

des Soins de Santé Primaires, et dans le raisonnement clinique et la prise en charge médicale des MCG. La médecine moderne a été importée de l'extérieur sans tenir compte des valeurs et traditions des sociétés locales, en privilégiant les campagnes de masse aux dépens de la médecine de famille. L'utilisation non contrôlée des médicaments (en particulier antibiotiques et injectables) en réponse immédiate à une plainte a contribué à leur dangereuse popularité. Enfin, l'absence d'une protection sociale gérée par l'Etat performante, permettant un accès aux soins pour tous, rend les difficultés dues aux faibles ressources économiques omniprésentes dans la relation médecin-malade.

De manière générale, les MGC se retrouvent face à plusieurs dilemmes :

- Concilier leurs rôles de médecin de famille et de médecin de santé publique, ce qui se traduit parfois par des attitudes « opposées »,
- Concilier leur identité professionnelle fondée sur des pratiques et connaissances théoriques empruntées à l'occident, et leur identité sociale liée à la tradition et la communauté,
- Oser critiquer et se démarquer des habitudes passées ou perpétuées par les thérapeutes précédents et promouvoir le bon usage des médicaments, tout en allant dans le sens des attentes et représentations du patient,
- Reconnaître et faire reconnaître leur démarche intellectuelle ( la science clinique) et leur savoir-faire comme « acte médical » ayant un prix, alors que la confiance en soi est fragile et que la population n'accepte de payer que le « concret » dans un contexte de faibles ressources économiques,
- Prendre en compte la multitude des contraintes matérielles extérieures dans leur stratégie thérapeutique, en acceptant de n'être pas toujours au plus proche des recommandations de bonne pratique.

Au-delà des difficultés rencontrées, les MGC peuvent se féliciter du fait qu'apparaît la notion de médecine de famille, alors que celle du médecin de santé publique reste bien présente dans leur activité, mais avec une dimension « communautaire » plus affirmée qui se traduit par un investissement volontaire et efficace au service des populations rurales isolées de Madagascar et du Bénin.

L'avenir réserve aux MGC plusieurs défis : dépister et organiser la prise en charge et le suivi en première ligne des maladies chroniques, accompagner et structurer de nouveaux systèmes assuranciers via le Tiers Payant pour les Soins de Santé Primaires, s'approprier les nouvelles technologies pour améliorer leur formation continue, faire vivre le réseau de MGC et libérer

du temps pour leurs malades. Ils sont, en quelque sorte, les pionniers d'une médecine de proximité à l'écoute de ces communautés rurales qui méritent tout autant que les populations urbaines des soins de qualité.

## VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Evans T, Van Lerberghe W, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.
2. 600 médecins chômeurs recensés au Sénégal (Syndicat) - Afrique - Actualités - StarAfrica.com [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: <http://fr.starafrika.com/actualites/600-medecins-choeurs-recenses-au-senegal-syndicat.html>
3. Desplats D., Razakarison C. Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Concept, organisation, pratiques. 2011. 320 p.
4. Klugman J, Programme des Nations Unies pour le développement. Durabilité et équité: un meilleur avenir pour tous. Rapp Mond Sur Développement Hum. 2011;
5. Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique. Stratégie de Coopération de l’OMS avec les Pays, 2010-2015, Cameroun. OMS; 2009.
6. Statistics | Madagascar | UNICEF [Internet]. [cited 2014 Nov 2]. Available from: [http://www.unicef.org/french/infobycountry/madagascar\\_statistics.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/madagascar_statistics.html)
7. Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique. Stratégie de Coopération de l’OMS avec les Pays, 2009-2013, Bénin. OMS; 2009.
8. Dormael MV. La médecine coloniale: ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde. Antwerp: ITGPress; 1997.
9. Bergeron David. Applicabilité du codage selon le dictionnaire des résultats de consultation de la société française de médecine générale en soins de santé primaires d’un pays en développement d’Afrique sub-saharienne [Thèse pour le diplôme d’état de docteur en médecine]. Créteil (Paris XII); 2010.
10. World Health Organization. Women and health: today’s evidence tomorrow’s agenda. Geneva: World Organization; 2009. 91 p.
11. OMS. Statistiques Sanitaires Mondiales 2014. OMS; 2014 p. 12.
12. WHO. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. [cited 2014 Jul 22]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>
13. Arokiasamy P. Les variations régionales de la discrimination et de la surmortalité des petites filles en Inde. Population. 2004;59(6):947.
14. Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes. Nations Unies; 2005.
15. Griot Elisabeth. Les consultations d’enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. 1995.

16. Jammet Isabelle. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Poitiers; 2004.
17. Clerc P., Martinez L., Morel F. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. documents de recherche en médecine générale. 1998 Sep;37.
18. Signoret Julien. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Versailles Saint-quentin-en-Yvelines; 2012.
19. Baldé A.M., Traoré S., Touré M., Diallo D. Hypertension artérielle en Guinée: épidémiologie et place de la phytothérapie dans la prise en charge dans les zones urbaines de Fria, boké, Forecariah (basse Guinée). Pharm Méd Trad Afr. 2006;XII:19–43.
20. Mamy Hery Ny Aina RAKOTONINALY. DATASANTÉMADA, premiers résultats sur 19551 actes de médecine générale communautaire (MGC). PPT presented at: 1er congrès de la médecine générale francophone de l'Océan Indien; 2013; St Denis de la Réunion.
21. Becker Charles, Collignon René. Epidémie et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. Cah Santé. 1998;8(6):411–6.
22. Hours Bernard. La santé publique entre soins de santé primaires et management. Cah Sci Hum. 1992;28(1):123–40.
23. Ridde Valéry, Blanchet Karl. Vers la gratuité des soins en Afrique ? [Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 16]. Available from: <http://humanitaire.revues.org/480>
24. Baxerres C, Cassier, Maurice. Du médicament informel au médicament libéralisé une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin. [Paris]: Ed. des archives contemporaines; 2014.
25. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris; Marseille: Karthala ; APAD; 2003.
26. Tsiga E, Panagopoulou E, Sevdalis N, Montgomery A, Benos A. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. BMJ Open. 2013 Apr 11;3(4):e002700–e002700.
27. Van der Geest S, Reynolds Whyte S. Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. Anthropol Sociétés. 2003;27(2):97.
28. Mauraizin, Gregory. La prescription médicamenteuse en médecine générale [Internet]. Université Paul Sabatier, Toulouse; 2007 [cited 2014 Oct 16]. Available from: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=4>
29. Gimbert, Valérie. Les médicaments et leurs usages, comment favoriser une consommation adaptée? Note Anal. 2014 Mar;(9).

30. Rosman, Sophia. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique entre la France et les Pays-Bas. In: Schweyer, François-Xavier, Bloy, Géraldine, editors. *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'École des hautes études en santé publique. Rennes; 2010. p. 117–31.
31. Jaffré, Yannick. Pharmacies des villes, pharmacies “par terre” [Internet]. *Bulletin de l'APAD*. 2006 [cited 2014 Oct 16]. Available from: <http://apad.revues.org/482#bibliography>
32. Ganeshkumar P, Katta A, Gopalakrishnan S. Assessment of prescribing practices among urban and rural general practitioners in Tamil Nadu. *Indian J Pharmacol*. 2013;45(3):252.
33. Jaffré Yannick, Diallo M, Atcha V, Dicko F. Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry). *Anthropol Médicale*. 2009 juin;(3395):238–46.
34. Wyatt, H. V. The popularity of injections in the third world: origins and consequences for poliomyelitis. *Soc Sci Med*. 1984;19(9):911–5.
35. Birungi, Hariett. Injections and self-help: risk and trust in Ugandan health care. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1455–62.
36. OMS. OMS | Usage rationnel des médicaments [Internet]. [cited 2014 Oct 16]. Available from: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/fr/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/)
37. Berland, Y. Délégation de tâches, nouveaux métiers : l'enjeu crucial de la formation. *Concours Méd*. 2007 mai;129(5/6).
38. Gilbert, Amandine. Analyse comparative des systèmes de financement de la santé en Afrique subsaharienne. *Santé Sud*; 2013.
39. Kengne AP, Mayosi BM. Readiness of the primary care system for non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. *Lancet Glob Health*. 2014 May;2(5):e247–e248.
40. Ridde Valéry, Mak Geneviève. La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique. *adsp*. 2009 décembre;(69):32–4.

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1 : répartition de l'ensemble des résultats de consultation pour l'ensemble des 3 pays

Résultat de consultation	Freq.	Percent.	Cum.
GROSSESSE SURVEILLANCE	133	8.99	58.51
ETAT FEBRILE	108	7.30	46.62
PALUDISME	98	6.62	78.92
CONTRACEPTION	71	4.80	23.72
HTA	53	3.58	63.51
DIARRHEE	51	3.45	31.42
PNEUMOPATHIE	46	3.11	86.08
ARTHROPATHIE	34	2.30	10.00
EPIGASTRALGIE	34	2.30	38.58
BRONCHITE AIGUE	32	2.16	15.14
DIARRHEE NAUSEE VOMISSEMENTS	32	2.16	33.58
ANEMIE	27	1.82	6.15
LOMBALGIE	24	1.62	67.77
PLAIE	21	1.42	81.76
RHINOPHARYNGITE	21	1.42	90.61
TOUX	20	1.35	95.47
OTITE MOYENNE	18	1.22	72.30
ACCOUCHEMENT	17	1.15	2.36
BLESSURES COMBINEES LEGERES	17	1.15	12.84
ABCES	15	1.01	1.01
PLAINTTE ABDOMINALE	15	1.01	82.77
SCIATIQUE	15	1.01	91.69
DENT PATHOLOGIQUE	13	0.88	26.01
HERNIE	13	0.88	59.93
VACCINATION	13	0.88	97.77
VIH	13	0.88	99.19
ANGINE	12	0.81	7.23
MENORRAGIE METRORRAGIE	12	0.81	69.39
ALGIE PELVIENNE	11	0.74	3.11
CIRCONCISION	11	0.74	17.70
DERMATOSE	11	0.74	26.96
PARASITOSE DIGESTIVE	11	0.74	79.86
CONJONCTIVITE	10	0.68	18.58
DIABETE DE TYPE 2	10	0.68	27.97
DORSALGIE	10	0.68	34.26
EPILEPSIE	10	0.68	39.26
CEPHALEE	9	0.61	15.95
CYSTITE-CYSTATALGIE	9	0.61	25.07
EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION	9	0.61	47.84
GROSSESSE CONSTATATION	9	0.61	49.53
NEURALGIE NEVRITE	9	0.61	70.68
AMENORRHEE OLIGOMENORRHEE HYPOMENORRHEE	8	0.54	4.32
ASTHME	8	0.54	11.42
PROSTATE HYPERTROPHIE	8	0.54	87.30
CHOC SEPTIQUE	7	0.47	16.89
DOULEUR THORACIQUE	7	0.47	34.93
HYPOTROPHIE	7	0.47	64.26
SYNDROME COLIQUE	7	0.47	93.65
VULVITE CERVICITE VAGINITE	7	0.47	99.66
CONTUSION	6	0.41	24.12
INSUFFISANCE CARDIAQUE	6	0.41	65.68
PRURIT GENERALISE	6	0.41	87.91

ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL	5	0.34	3.65
CERUMEN	5	0.34	16.28
CONSTIPATION	5	0.34	18.92
ETAT MORBIDE AFEBRILE	5	0.34	46.96
INFECTION GENITALE	5	0.34	65.00
MALNUTRITION	5	0.34	68.24
ANEMIE FERRIPRIVE	4	0.27	6.42
ASTHENIE FATIGUE	4	0.27	10.61
ASTHENIE-FATIGUE	4	0.27	10.88
EXTRACTION DENTAIRE	4	0.27	48.18
FIEVRE TYPHOIDE	4	0.27	48.72
IMPETIGO	4	0.27	64.66
MORSURE	4	0.27	69.80
POST PARTUM COMPLICATION	4	0.27	86.42
PSYCHIQUE AUTRE TROUBLE	4	0.27	88.24
TRAUMATISME CRANIEN	4	0.27	95.74
TUBERCULOSE RECHUTE	4	0.27	96.22
ŒIL-ACUITE VISUELLE	4	0.27	100.00
ALTERATION ETAT GENERAL	3	0.20	3.31
ANXIETE ANGOISSE	3	0.20	7.57
CONVULSION FEBRILE	3	0.20	24.32
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3	0.20	34.46
DYSPNEE	3	0.20	35.68
ECZEMA	3	0.20	35.95
EPAULE DOULOUREUSE	3	0.20	36.28
FIBROME UTERIN	3	0.20	48.45
HEMATURIE	3	0.20	58.72
INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE	3	0.20	65.27
OTITE EXTERNE	3	0.20	71.08
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	3	0.20	86.76
PROSTATITE	3	0.20	87.50
PYELONEPHRITE AIGUE	3	0.20	88.45
PYROSIS REFLUX	3	0.20	88.65
RHINITE ALLERGIQUE	3	0.20	89.19
SINUSITE	3	0.20	92.16
TACHYCARDIE	3	0.20	93.92
URETRITE	3	0.20	96.69
URTICAIRE	3	0.20	96.89
VERTIGE ETAT VERTIGINEUX	3	0.20	98.31
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	2	0.14	1.15
AMAIGRISSEMENT	2	0.14	3.78
ASCITE RÉCIDIVANTE	2	0.14	10.20
ASTHENIE	2	0.14	10.34
BLESSURES COMBINEES SEVERES	2	0.14	12.97
CERVICALGIE	2	0.14	16.42
COLIQUE NEPHRETIQUE	2	0.14	17.84
DENUTRITION	2	0.14	26.15
DESHYDRATATION	2	0.14	27.09
DESIR DE GROSSESSE	2	0.14	27.23
DYSFONCTION SEXUELLE	2	0.14	35.20
DYSMENORRHEE	2	0.14	35.34
DYSPHAGIE	2	0.14	35.47
ETAT MORBIDE FEBRILE	2	0.14	47.09
EXAMEN POST-NATAL	2	0.14	47.23
HYPERTONIE ANALE	2	0.14	63.72
INTERTRIGO	2	0.14	65.88
LEUCORRHEE	2	0.14	66.15
MIGRAINE	2	0.14	69.53
PAROTIDITE	2	0.14	80.07
PHARYNGITE	2	0.14	80.27
PLAINTES POLYMORPHES	2	0.14	82.91
SEIN AUTRE	2	0.14	91.82

SOUFFLE CARDIAQUE	2	0.14	92.30
STERILITE HYPOFERTILITE	2	0.14	92.50
SUITE OPERATOIRE	2	0.14	92.70
SURCHARGE PONDERALE	2	0.14	92.84
SURINFECTION CUTANEE	2	0.14	93.18
TENOSYNOVITE	2	0.14	94.05
TROUBLE DU RYTHME	2	0.14	95.88
ULCERE DE JAMBE	2	0.14	96.49
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	2	0.14	97.97
VERTIGE	2	0.14	98.11
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	1	0.07	1.22
ANOMALIE BIOLOGIQUE HYPOGLYCÉMIE	1	0.07	7.30
ANOREXIE	1	0.07	7.36
APPARITION DE NOUVELLES ADÉNOPATHIES ET	1	0.07	7.64
ARTERITE	1	0.07	7.70
ARTHROPATHIE	1	0.07	10.07
ATROPHIE VAGINALE	1	0.07	11.49
AVORTEMENT	1	0.07	11.55
BACTERIURIE-PYURIE	1	0.07	11.62
BILAN DE SANTE	1	0.07	11.69
BRONCHITE CHRONIQUE	1	0.07	15.20
CANDIDOSE BUCCALE	1	0.07	15.27
CATARACTE	1	0.07	15.34
CICATRICE CHÉLOÏDE	1	0.07	16.96
CONJONCTIVES DECOLOREES	1	0.07	17.91
CRAMPE MUSCULAIRE	1	0.07	24.39
CURETAGE APRES FAUSSE COUCHE	1	0.07	24.46
DEMANDE RADIO DE CONTRÔLE	1	0.07	25.14
DERMATOPHYTOSE	1	0.07	26.22
DETRESSE RESPIRATOIRE	1	0.07	27.30
DREPANOCYTOSE	1	0.07	35.00
DRÉPANOCYTOSE	1	0.07	35.07
DÉSHYDRATATION	1	0.07	35.74
ENROUEMENT	1	0.07	36.01
ENTORSE GENOU	1	0.07	36.08
EPISTAXIS	1	0.07	39.32
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1	0.07	47.91
FCS À 6 MOIS	1	0.07	48.24
FISTULE OMBILICALE	1	0.07	48.78
GOITRE	1	0.07	48.85
GOUTTE	1	0.07	48.92
HEMOPTYSIE	1	0.07	58.78
HEMORROIDES	1	0.07	58.85
HEPATITE VIRALE B	1	0.07	58.92
HEPATOMEGALIE	1	0.07	58.99
HEPATOPATHIE	1	0.07	59.05
HYDROCELE	1	0.07	63.58
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	1	0.07	63.78
HÉMIPLÉGIE SÉQUELLAIRE	1	0.07	64.32
ICTÈRE	1	0.07	64.39
INFECTION NEO NATALE	1	0.07	65.07
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	0.07	65.74
INTOXICATION KOLA	1	0.07	65.95
JAMBES LOURDES	1	0.07	66.01
MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	1	0.07	67.84
MALAISE	1	0.07	67.91
MALNUTRITION LÉGÈRE	1	0.07	68.31
MASSE ABDOMINALE	1	0.07	68.38
MÉLENA	1	0.07	68.45
MÉMOIRE PERTE DE	1	0.07	68.51
MENINGITE	1	0.07	68.58
MUSCLE ELONGATION-DECHIRURE	1	0.07	69.86

MYCOSE BUCCALE	1	0.07	69.93
MYCOSE UNGUEALE	1	0.07	70.00
MÉDICAMENTS ET SUBSTANCES BIOLOGIQUE AY	1	0.07	70.07
OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS	1	0.07	70.74
OEDEMES DIFFUS	1	0.07	70.81
OESOPHAGITE	1	0.07	70.88
PANARIS	1	0.07	78.99
PARALYSIE DU PIED	1	0.07	79.05
PARALYSIE FACIALE SUR PROBABLE COMPRESS	1	0.07	79.12
PARESTHESIE DES MEMBRES	1	0.07	79.93
PERLECHE	1	0.07	80.14
PITYRIASIS VERSICOLOR	1	0.07	80.34
PLEURS	1	0.07	82.97
POLYADENOPATHIES	1	0.07	86.15
PRESBYTIE	1	0.07	86.49
PROBLEME DE COUPLE	1	0.07	86.55
PRURIT LOCALISE	1	0.07	87.97
REACTION VACCINALE	1	0.07	88.72
RECHERCHE PATERNITE FUTUR ENFANT	1	0.07	88.78
RECTOCELE	1	0.07	88.85
RECTORRAGIES	1	0.07	88.92
RETENTION PLACENTAIRE	1	0.07	88.99
ROUGEOLE	1	0.07	90.68
SEPSIS SEVERE	1	0.07	91.89
SEPTICEMIE	1	0.07	91.96
SOUFFRANCE FŒTALE	1	0.07	92.36
SUICIDE	1	0.07	92.57
SURDITE POST TRAUMATIQUE	1	0.07	92.91
SURDOSAGE MEDICAMENTEUX	1	0.07	92.97
SURINFECTION CORDON	1	0.07	93.04
SÉCHERESSE BUCCALE	1	0.07	93.72
TORSION TESTICULAIRE	1	0.07	94.12
TROUBLES DE CONSCIENCE	1	0.07	95.95
TUMEFACTION	1	0.07	96.28
TUMEFACTION PAROTIDIENNE	1	0.07	96.35
VARICELLE	1	0.07	97.84
ZONA DOULEUR POST ZOSTERIENNE	1	0.07	99.73
Total	1480	0	

## Annexe 2 : répartition des groupes de maladie par âge, pour l'ensemble des 3 pays

<b>-&gt; age = 0-1an</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	69	33.99	58.62
RESPIRATOIRE ORL	54	26.60	91.13
DIGESTIF	39	19.21	19.70
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIO	9	4.43	98.03
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	7	3.45	23.15
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	5	2.46	93.60
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	4	1.97	63.05
ŒIL ET ANNEXES	4	1.97	100.00
LESIONS TRAUMATIQUES	3	1.48	60.10
PERIODE PERINATALE	3	1.48	64.53
GENITO-URINAIRE	2	0.99	24.14
NERVEUX	2	0.99	61.08
CIRCULATOIRE	1	0.49	0.49
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	1	0.49	24.63
Total	203	100.00	

<b>-&gt; age = 2-5an</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	64	36.16	59.32
RESPIRATOIRE ORL	42	23.73	95.48
DIGESTIF	23	12.99	14.69
GENITO-URINAIRE	10	5.65	23.16
LESIONS TRAUMATIQUES	7	3.95	63.28
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	7	3.95	69.49
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIO	7	3.95	100.00
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	5	2.82	17.51
PERIODE PERINATALE	4	2.26	71.75
CIRCULATOIRE	3	1.69	1.69
NERVEUX	3	1.69	64.97
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	1	0.56	65.54
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	1	0.56	96.05
Total	177	100.00	

<b>-&gt; age = 6-15ans</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	14	21.88	54.69
DIGESTIF	13	20.31	21.88
RESPIRATOIRE ORL	13	20.31	96.88
LESIONS TRAUMATIQUES	6	9.38	64.06
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	5	7.81	76.56
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	3	4.69	32.81
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	2	3.13	25.00
GENITO-URINAIRE	2	3.13	28.13
NERVEUX	2	3.13	67.19
CIRCULATOIRE	1	1.56	1.56
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	1	1.56	68.75
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	1	1.56	98.44
ŒIL ET ANNEXES	1	1.56	100.00
Total	64	100.00	

<b>-&gt; age = 16ans et plus</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	234	22.59	54.25
DIGESTIF	126	12.16	19.21
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	106	10.23	64.48
GENITO-URINAIRE	94	9.07	31.66
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	92	8.88	79.05
RESPIRATOIRE ORL	78	7.53	90.35
CIRCULATOIRE	73	7.05	7.05
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET BIO	55	5.31	98.17
LESIONS TRAUMATIQUES	39	3.76	68.24
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	39	3.76	82.82
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	26	2.51	92.86
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE ET	24	2.32	22.59
NERVEUX	20	1.93	70.17
ŒIL ET ANNEXES	12	1.16	100.00
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION METABOLISME	11	1.06	20.27
TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	7	0.68	98.84
Total	1,036	100.00	

### Annexe 3 : répartition des groupes de maladies par pays

<b>BENIN</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	154	24.33	64.93
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	98	15.48	40.60
DIGESTIF	68	10.74	15.80
RESPIRATOIRE ORL	58	9.16	90.05
LESIONS TRAUMATIQUES	37	5.85	70.77
GENITO-URINAIRE	36	5.69	25.12
CIRCULATOIRE	32	5.06	5.06
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	31	4.90	77.25
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	26	4.11	94.15
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET	22	3.48	97.63
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	19	3.00	80.25
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	17	2.69	19.43
ŒIL ET ANNEXES	11	1.74	100.00
NERVEUX	10	1.58	72.35
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION METABOLISME	6	0.95	16.75
PERIODE PERINATALE	4	0.63	80.88
TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	4	0.63	98.26
Total	633	100.00	

<b>MADAGASCAR</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	136	24.91	51.83
RESPIRATOIRE ORL	99	18.13	93.59
DIGESTIF	78	14.29	16.67
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	73	13.37	65.20
GENITO-URINAIRE	37	6.78	26.92
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET	26	4.76	98.72
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	19	3.48	20.15
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	16	2.93	74.91
LESIONS TRAUMATIQUES	14	2.56	67.77
CIRCULATOIRE	13	2.38	2.38
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	12	2.20	71.98
NERVEUX	11	2.01	69.78
ŒIL ET ANNEXES	4	0.73	100.00
PERIODE PERINATALE	3	0.55	75.46
TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	3	0.55	99.27
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	2	0.37	93.96
Total	546	100.00	

<b>CAMEROUN</b>			
groupes	Freq.	Percent	Cum.
DIGESTIF	55	18.27	29.24
OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES	51	16.94	73.42
GENITO-URINAIRE	35	11.63	43.19
CIRCULATOIRE	33	10.96	10.96
RESPIRATOIRE ORL	30	9.97	90.03
INFECTIEUX ET PARASITAIRE	26	8.64	53.16
SYMPTOMES ET RESULTATS CLINIQUES ET	23	7.64	99.34
PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE	20	6.64	80.07
NERVEUX	6	1.99	56.48
ENDOCRINOLOGIE NUTRITION METABOLISME	5	1.66	30.90
SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	5	1.66	91.69
GROSSESSE ACCOUCHEMENT PUERPERALITE	4	1.33	44.52
LESIONS TRAUMATIQUES	4	1.33	54.49
FACTEURS INFLUANT SUR ETAT DE SANTE	2	0.66	31.56
ŒIL ET ANNEXES	2	0.66	100.00
Total	301	100.00	

## **Annexe 4 : guide d'entretien des médecins généralistes français « compagnons » de Santé Sud**

- 1) La confiance accordée par les patients aux infirmiers et aides-soignants est centrale et très entretenue.

Les infirmiers et aides-soignants sont souvent proches des malades culturellement et socialement, leur langage est très souvent commun, et les « services rendus » informels servent parfois dans la relation de soin ou dans le « règlement » de la consultation.

- Comment s'instaure et s'entretient la confiance dans la relation médecin généraliste communautaire et patient ?

*Questions de relance :*

- *Quels sont les paramètres intervenant dans cette confiance ? Etranger/local/intégration dans la communauté*
- *Confiance « cléricale », « affinitaire », ou « rationnelle » ? relation, affinité, sur compétence ou résultat, sexe du médecin ?*
- *Rapport à l'argent ?*  
*(Chez les infirmiers, le prix de la consultation est « inclus » dans le prix des médicaments sans être individualisé, si bien que le malade pense ne payer que les médicaments et ne présente pas de contestations sur le règlement. Ainsi, il est mieux accepté de suivre la prise en charge préconisée, de revenir pour un suivi, un traitement ou un contrôle)*
- *Information Education Communication?*

- 2) La démarche clinique des infirmiers et AS (de l'interrogatoire et l'examen clinique à la prise en charge) est protocolisée et calquée sur des algorithmes appris en milieu scolaire ou en formation continue, sur les maladies prioritaires en santé publique. Ceux-ci sont systématisés (par exemple les consultations pré-natales ou la recherche d'une anémie) et bien maîtrisés par la plupart des soignants.

- D'après votre expérience, est-ce un bénéfice ou un handicap dans le raisonnement clinique?
- Quelle est l'attitude des MGC sur ces maladies de santé publique?

3) Lorsqu'un malade se présente avec un symptôme, il est rarement recherché des signes associés ou des critères cliniques, à l'interrogatoire ou lors de l'examen clinique, permettant d'affirmer ou éliminer un tableau de maladies ou un syndrome.

- Dans quelle mesure les MGC prennent-ils le temps de rechercher d'autres signes en faveur d'une pathologie ou un syndrome en particulier?
- Place de l'examen physique ?

4) Concernant la capacité à nommer une situation clinique (ou l'analyse syndromique): il est difficile d'observer une reformulation du diagnostic (à différencier du motif de consultation) après l'interrogatoire, l'examen clinique, voir les examens biologiques quand ils sont possibles.

Plusieurs attitudes se voient :

- a) On en reste aux plaintes initiales / motifs de consultations du malade, de telle sorte que 1 symptôme = 1 diagnostic.
- b) On cite de grands ensembles ou groupe de maladies, sans se prononcer. (ex PID)
- c) l'IDE se sent obligé de citer et écrire un diagnostic même lorsque rien ne lui prouve que ce diagnostic est correct, d'où des diagnostics « par excès » ou abusifs.

- Pouvez-vous rapporter des cas similaires ou d'autres situations vous ayant interpellé quant à la capacité à formuler une situation clinique ou un résultat de consultation en fin de consultation ?
- Tenue d'un dossier médical clair ?
- Accès aux examens complémentaires ?

5) La conscience des risques d'évolution est très disparate selon les pathologies et les soignants. Face à des maladies fréquentes, les soignants vont systématiquement prévenir le risque d'une évolution considérée comme la pire (par exemple en cas de fièvre: injection systématique d'aspirine en prévention de convulsion fébrile, ou en cas de paludisme simple confirmé par TDR : traitement IV et couverture antibiotique systématique).

A l'inverse en présence de maladies chroniques, la prévention des risques d'évolution semble insuffisante.

- Que pouvez-vous dire, chez les MGC, de l'analyse des risques d'évolution, quel que soit le résultat de consultation?
  - Suivi des patients, surveillance ?
- 6) Dans la prise en charge thérapeutique, le recours aux traitements injectables semble largement pratiqué à la fois par conviction pour une efficacité optimale mais aussi pour son effet placebo...
- Quel est votre avis sur cette pratique et constatez-vous la même chose lors de vos compagnonnages ?
- 7) Le recours aux antibiotiques, antiparasitaires ou autres traitements anti-infectieux est fréquent et généralement de prix abordable, mais les spectres sont mal connus et beaucoup de traitements sont empiriques et larges afin de couvrir tous les diagnostics étiologiques et différentiels d'un même tableau.
- Comment sont manipulés les antibiotiques ou les traitements en pathologie infectieuse, en médecine générale communautaire ?
- 8) Que pensez-vous de la formation initiale et continue des MGC ? De l'utilisation des livres, bases de données quand les connaissances sont incomplètes ou qu'il existe un doute ?
- Intérêt du Réseau de MGC ?

**Annexe 5 : Liste des MGC malgaches et béninois de l'étude, ayant reçu en compagnonnage les médecins généralistes français.** (Les MGC sont installés dans les zones périphériques où il n'y a pas de structure de santé publique)

N° des MGC	âge	sexe	Pays et lieu d'installation	Population de référence (rayon de 15km env.)	Nb d'années d'installation
1	32	F	<b>Mada</b> : région Itasy. La ville la plus proche est à 25 km de piste (3/4 heures en moto)	4.700 hab.	2 ans
2	38	F	<b>Mada</b> : région Itasy. Le hameau est isolé (les 40 derniers km de pistes sont très difficilement praticables).	11.470 hab.	5 ans
3	33	M	<b>Mada</b> : région du Bongolava. une des zones les plus isolées des hauts plateaux. La commune la plus proche est à 15 kms en moto.	7.500 hab.	5 ans
4	33	M	<b>Mada</b> : région du Bongolava. situé près d'un axe de circulation (à 15 kms de piste d'une grande ville).	6.800 hab.	2 ans
5	37	M	<b>Mada</b> : région du Bongolava. situé au bout de 70 km de piste d'un axe de circulation.	6 .500 hab.	2 ans
6	31	F	<b>Mada</b> : région Boeny commune rurale à 380km de la ville dont 35 km de piste. Pendant la saison des pluies, la commune est complètement isolée à cause du mauvais état de la piste.	17.750 hab.	2 ans
7	28	F	<b>Mada</b> région Boeny. à 21 km du chef- lieu de district sanitaire. On accède à cette commune seulement par pirogue en saison des pluies, et en moto ou voiture par une piste accidentée de 44 km.	7.400 hab.	2 ans
8	37	F	<b>Mada</b> : région Bongolava. village « au bord du goudron ».sur un axe de circulation, à 7 km de la ville.	5.600 hab.	15 mois
9	36	F	<b>Mada</b> : village de la région d'Itasy	6.500 hab.	15 mois

10	38	F	<b>Mada</b> : région Bongolava à 30 km de piste d'un axe de circulation, piste très endommagée.	5.900 hab.	6 ans
11	42	F	<b>Mada</b> : région Bongolava. piste de 60 km très délabrée.	8.600 hab.	4 ans
12	29	F	<b>Bénin</b> : Commune de Tchaourou, département du Borgou. village de 4 000 hab. Seule une portion du trajet est en piste, le reste est goudronné. Hôpital départemental à 30 km à Parakou.	16 220 hab.	6mois
13	32	M	<b>Bénin</b> : Commune de Tchaourou, (Borgou). village 5 650 hab., + cabinet secondaire dans un autre village (3 975 hab.) à 12 km Hôpital de référence : Papané mais Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Parakou plus accessible	16.850 hab.	1 an
14	27	F	<b>Bénin</b> : Commune de Pèrèrè,(Borgou), village de 1.676 hab, à 40 km à l'Est de Parakou. L'hôpital de référence est à 35 km. Piste avec intense trafic car Nigeria très proche (15 km environ).	12.170 hab.	11 mois
15	30	M	<b>Bénin</b> : commune de Kalalé (Borgou) village de 5 200 hab.), situé à 50 kms de l'hôpital de référence	19.010 hab.	10 mois
16	28	M	<b>Bénin</b> : commune de Nikki (Borgou), village 1.500 hab., situé à 15 km de Nikki et accessible par une petite piste.	14.350 hab.	6 mois
17	28	M	<b>Bénin</b> : commune de Tchaourou (Borgou) village de 4000 hab. situé à 25 km de piste de la route goudronnée qui mène à Parakou.	16.058 hab.	11 mois

A Madagascar, ces MGC sont installés dans deux régions des Hauts Plateaux, Itasy et Bongolava (Antananarivo), et sur la région Boeny (Mahajanga). Au Bénin, ces MGC sont installés dans le département du Borgou, au nord de Parakou et près de la frontière Nigérienne.

## **IX. ABREVIATIONS**

<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>AMC</b>	Association des Médecins de Campagne (Mali)
<b>AMC-MAD</b>	Association des Médecins Communautaires-Madagascar
<b>AMGCB</b>	Association des Médecins Généralistes Communautaires du Bénin
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIM-10</b>	Classification Internationale des Maladies-10
<b>CISP</b>	classification Internationale des Soins Primaires
<b>CMC</b>	Centre de Médecine Communautaire
<b>Cs</b>	Consultation
<b>CSCOM</b>	Centres de Santé COMMunautaires
<b>DHL</b>	Dénomination Hors Liste
<b>DRC</b>	Dictionnaire des Résultats de Consultation
<b>DU</b>	Diplôme Universitaire
<b>HCP</b>	Hôpital Catholique de Pouma
<b>MGC</b>	Médecin Généraliste Communautaire
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>NTIC</b>	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
<b>OMD</b>	Objectif Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universel
<b>RC</b>	Résultat de Consultation
<b>RMA</b>	Rapports Mensuels d'Activité
<b>SFMG</b>	Société Française de Médecine Générale
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>WHO</b>	World Health Organization

# RESUME

**Contexte et but de l'étude :** Afin d'améliorer les soins de santé primaires en Afrique subsaharienne et à Madagascar, l'ONG Santé Sud a créé un programme d'accompagnement de médecins dans leur installation en milieu rural et isolé. Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques et spécificités des consultations de médecine générale en zones rurales au Cameroun, au Bénin et à Madagascar, et d'analyser le raisonnement clinique et la prise en charge des médecins généralistes communautaires.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude exploratoire, descriptive et rétrospective, associant une étude quantitative (analyse des résultats de consultation recueillis entre 2010 et 2013 dans 3 pays : Cameroun, Bénin et Madagascar), et une étude qualitative (analyse des spécificités et difficultés de la médecine générale communautaire, au moyen d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes français partis en mission de compagnonnage à Madagascar et au Bénin).

**Résultats :** 22,6 % des résultats de consultation chez les adultes concernaient la grossesse et les accouchements. Les 20 premiers résultats de consultations couvraient 59% des problèmes pris en charge. Il s'agissait en majorité de symptômes isolés et de tableaux de maladie, avec peu de maladies chroniques, mais des différences selon les pays. Les médecins généralistes communautaires améliorent la qualité des soins par la richesse de leur raisonnement clinique malgré la difficulté de faire reconnaître le coût de leur prise en charge, en rupture avec des pratiques courantes infondées. Leur aptitude à prendre en compte les attentes et les représentations du patient, malgré les multiples contraintes matérielles de leur exercice rural, se montre déterminante.

**Conclusions :** Les médecins généralistes communautaires doivent concilier médecine de famille et prise en charge de la communauté, identité professionnelle occidentale et identité sociale traditionnelle dans des pays où l'histoire de l'apparition de la médecine « moderne » a des répercussions. Leur présence apporte une solution concrète pour l'amélioration des Soins de Santé Primaires des populations rurales isolées, en particulier auprès des femmes.

## Mots-clés :

Médecine générale communautaire - Soins de Santé primaires - Résultats de Consultation - Afrique subsaharienne - Madagascar – Bénin – Cameroun - Populations rurales - Raisonnement clinique - Acte intellectuel – Identité professionnelle - Représentations des maladies - Mésusage des médicaments – Accès au soin des femmes