



Studies in Health Services Organisation & Policy, 22, 2003
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere
© ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. E-mail :
isa@itg.be

Sylvie Dugas et Monique Van Dormael
La construction de la médecine de famille dans les pays en développement

D/2003/0450/4
ISBN 90-76070-27-X
ISSN 1370-6462

Cette recherche a été réalisée avec l'appui financier de la Coopération Belge au Développement (Direction Générale de la Coopération au Développement, ou DGCD).

*La construction
de la médecine de famille
dans les pays en développement*

Sylvie Dugas et Monique Van Dormael

Studies in Health Services Organisation & Policy, 22, 2003

Abstract

Les services de 1^{ère} ligne dans les pays en développement sont confrontés à la nécessité d'améliorer la qualité et l'acceptabilité des soins, en particulier curatifs, et ce pour l'ensemble de la population. Dans quelle mesure la médecine de famille peut-elle apporter, face à ce défi, des éléments de réponses adaptés aux contextes divers des sociétés en développement? Sur le terrain, la «médecine de famille» est de fait au cœur d'expériences diversifiées dans un nombre croissant de pays en développement, parfois dans le cadre de réformes de systèmes de soins, et des médecins sont de plus en plus souvent impliqués dans la dispensation de soins de 1^{ère} ligne. L'étude présentée ici vise à identifier à quelles conditions ces deux phénomènes – la référence aux concepts de médecine de famille et la «médicalisation» de la dispensation des soins – peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins et renforcer les systèmes de soins dans leur ensemble. Elle est basée principalement sur des informations fournies par quatre études de cas menées dans des contextes diversifiés : Cuba, la Thaïlande, l'Afrique du Sud et le Mali.

Le système de soins cubain, fortement marqué par la médecine spécialisée jusqu'en 1984, a depuis été fondamentalement remanié et centré sur la médecine de famille. Conceptuellement fondée dans l'intégration d'une médecine clinique polyvalente et de la mise en œuvre de programmes spécifiques à travers une approche communautaire, la médecine de famille cubaine couvre actuellement l'ensemble de la population. Cette production massive de médecins de famille a été atteinte à travers une stratégie d'encadrement dans la pratique.

En Thaïlande, la récente réforme du système de soins prévoit de promouvoir la médecine de famille pour renforcer les centres de santé, où jusque là des auxiliaires dispensaient des soins essentiellement préventifs et promotionnels. Les expériences de terrain foisonnent et alimentent la réflexion politique, mais il n'y a pas encore de consensus à l'échelle nationale sur l'adaptation des concepts de médecine de famille à la réalité thaïe, et l'explicitation collective de l'identité professionnelle de médecins de famille reste un enjeu majeur. Par ailleurs, si la médecine de famille est reconnue comme spécialité médicale, on envisage également de former des «nurse practitioners» pour la pratiquer.

En Afrique du Sud, la médecine de famille s'est développée simultanément aux pays du Nord, y compris sur le plan académique, mais sa prati-

que reste concentrée dans le secteur privé à but lucratif, qui absorbe une part croissante du personnel de santé qualifié. La mise en œuvre des mesures visant à renforcer les soins curatifs dans les centres de santé gouvernementaux se heurte à la préparation inadéquate des infirmières en charge de ces centres ; quelques expériences tentent de relever le défi en formant des infirmières à une approche de médecine de famille. La médecine de famille en Afrique du Sud illustre comment, dans un contexte de grandes inégalités entre le secteur public et le secteur privé, son développement est susceptible de contribuer à creuser le fossé et les inégalités.

Au Mali, malgré le faible niveau de ressources, on observe une «médicalisation» de fait d'une partie non négligeable des soins de 1^{ère} ligne, y compris dans les centres de santé communautaires ruraux. Issus d'une formation biomédicale et hospitalière, ces médecins de 1^{ère} ligne ne sont pas préparés à ce travail et inventent au jour le jour le métier de médecin de famille dans le contexte malien. L'expérience malienne montre aussi le rôle que peut jouer une association professionnelle dans la régulation de la pratique de ses membres et dans l'explicitation d'une identité professionnelle.

L'analyse transversale de ces études de cas confirme le potentiel des concepts de la médecine de famille pour renforcer la première ligne, en particulier pour améliorer la consultation individuelle dans ses dimensions cliniques et relationnelles et pour adapter les réponses aux circonstances particulières. On constate toutefois une grande hétérogénéité dans les interprétations de la médecine de famille, dont la promotion peut se résumer à un slogan à défaut de clarifications conceptuelles... Un enjeu particulier est d'améliorer les soins aux individus sans perdre les acquis plus collectifs des soins de santé primaires. L'expérience montre l'utilité, pour nourrir un débat conceptuel de pouvoir observer des pratiques concrètes de médecine de famille.

La mise en œuvre des concepts de médecine de famille ne suppose pas nécessairement que les praticiens soient des médecins : le profil des prestataires est à adapter au contexte du pays, et notamment aux ressources humaines disponibles; de même, si les dispensateurs de soins sont des médecins, l'utilité d'une spécialisation en médecine de famille est à examiner en fonction du contexte. La présence de médecins présente un potentiel de qualité accrue en termes de compétences cliniques permettant d'élargir la gamme de problèmes pris en charge en première ligne, et en termes de capacités d'adaptation aux cas particuliers. Toutefois la réalisation de ce po-

tentiel suppose le développement d'identités professionnelles spécifiques à la médecine de famille, et la mise en place de contextes organisationnels favorisant le professionnalisme. Ces conditions sont probablement également valables pour des prestataires non-médecins, mais les études de cas ne nous permettent pas d'étayer cette hypothèse.

Enfin, la contribution des concepts de la médecine de famille et de médecins comme prestataires de 1^{ère} ligne suppose des politiques de santé créant des conditions favorables à une première ligne forte, notamment à travers les politiques de ressources humaines : régulation de la production, dé-bureaucratiation des procédures et renforcement du professionnalisme. Si l'on veut éviter que l'amélioration de la qualité des soins ne soit accessible qu'à une minorité, la médecine de famille doit pouvoir se développer dans le cadre d'un système de soins à finalité publique.

Liste des abréviations

AD : assistant director
ASACO : association de santé communautaire
CH : community hospital
CS : centre de santé
CSA : centre de santé d'arrondissement
CSAR : centre de santé d'arrondissement revitalisé
CSC : centre de santé de cercle
CSCom : centre de santé communautaire
CSRef : centre de santé de référence
DHO : district health officer
DMT : district management team
ESSC : équipe socio-sanitaire de cercle
FLHS : first line health services
GBT : grupos basicos de trabajo (groupes de travail de base, Cuba)
GP : general practitioner
HC : health centre
HCR : health care reform
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IMT : institut de médecine tropicale
INPS : Institut National de Prévoyance Sociale
ME : médicaments essentiels
MF : médecine de famille
MGI : medicina general intergral (Cuba)
MOH : ministry of health
MOI : ministry of interior
MS : medical scheme
MSP : ministère de la santé publique
NC : nouveau cas
NGO : non government organisation
ONG : organisation non gouvernementale
OPD : out-patient department

PC : polyclinique (étude de cas Cuba)
PHC : primary health care
PHO : provincial health office
PIB : produit intérieur brut
PMA : paquet minimum d'activité
PPU : polyclinique principale d'urgence (Cuba)
PSPHR : projet santé, population et hydraulique rurale (Mali)
SA : South Africa
SAMA : South African medical association
SRN : state registered nurse
SSP : soins de santé primaires
TMI : taux de mortalité infantile
TMM : taux de mortalité maternelle

*Partie I – Médecine de
famille et renforcement
des systèmes de soins*

Introduction

Une des conditions de bon fonctionnement de systèmes de soins de santé est l'existence d'une première ligne forte. C'est là un des piliers des politiques de soins de santé primaires, et la base d'une réelle complémentarité entre première ligne et hôpital. La première ligne est non seulement plus accessible géographiquement mais aussi, du fait des relations de proximité avec la population, mieux placée pour adapter les soins aux attentes et besoins spécifiques des individus et de la communauté. Sa polyvalence lui permet de prendre en charge tous les problèmes de santé et toutes les catégories de la population, avec l'appui de l'hôpital quand la complexité du problème le justifie. Le postulat qui sous-tend les politiques de soins de santé primaires est qu'une première ligne forte et appuyée par un hôpital de référence permet d'offrir des soins de meilleure qualité que si ces soins étaient dispensés uniquement à partir de l'hôpital.

Or trop souvent la première ligne est interprétée comme une extension de l'hôpital visant à rapprocher les activités sanitaires de routine de la population. La justification de la première ligne est alors réduite à son accessibilité géographique et on oublie sa supériorité potentielle sur l'hôpital lorsqu'il s'agit d'adapter les réponses aux problèmes en dialogue avec les individus et la population. Trop souvent aussi, l'énumération des activités à réaliser au niveau de la première ligne - le «paquet minimum d'activités» - est interprété de façon restrictive, et on oublie qu'il constitue une base minimale, et que selon les aspirations locales de la population et les spécificités d'un centre particulier, d'autres activités peuvent y être réalisées sans que cela ne devienne la norme pour d'autres centres de santé. On oublie enfin que la première ligne est bien plus que le bras des programmes de prévention et de lutte contre des maladies spécifiques, et que son aptitude à répondre à la demande curative de la population - et pas seulement pour des problèmes bénins - est une condition d'acceptabilité globale du service. Si certaines réalisations de terrain peuvent être considérées comme des réussites, la mise en œuvre des soins de 1^{ère} ligne est, dans les faits, souvent restée en deçà des espérances : conceptions restrictives des fonctions, mais aussi manque de ressources en médicaments ou en personnel, faiblesse de l'appui du district, bureaucratisation des opérations, pressions de bailleurs de fonds pour accorder la priorité à des maladies spécifiques ont contribué à une certaine désillusion par rapports aux politiques de soins de santé pri-

maires. L'hypothèse à la base de cette recherche est que la médecine de famille est susceptible, sous certaines conditions, de donner un nouvel élan aux soins de santé primaires et de contribuer à une première ligne forte dans le cadre d'un système de soins performant.

La pertinence d'une recherche sur la médecine de famille est confortée par l'observation de l'évolution sur le terrain. En effet, les initiatives se multiplient en vue d'adapter la médecine de famille (développée au départ dans les pays du Nord) aux contextes de pays en développement, et le développement de la médecine de famille fait partie intégrante de réformes nationales des systèmes de soins dans bon nombre de pays du Sud. Or il existe encore peu de recherches systématiques sur la médecine de famille dans les pays en développement, et de nombreuses questions restent en suspens. Quel est le potentiel de la médecine de famille pour les systèmes de soins des pays en développement et à quelles conditions peut-il s'exprimer? Quelles stratégies de promotion de la médecine de famille sont adaptées à quels types de contexte? Quels effets pervers peuvent résulter du développement de la médecine de famille et comment peut-on les éviter ?

Dès le début de cette recherche, il est apparu que le terme «médecine de famille» pouvait prêter à confusion et détourner l'attention de l'objet premier de cette recherche, à savoir une première ligne forte. Nous avons donc distingué :

- D'une part, la valeur ajoutée des *concepts de médecine de famille* mettant l'accent sur le travail clinique, la qualité de la communication, une approche centrée sur le patient adaptant les solutions techniques aux aspirations et au vécu du patient, l'établissement de relations dans la durée
- D'autre part, la valeur ajoutée de *médecins* comme prestataires de soins en première ligne

En d'autres termes, nous n'avons pas considéré que la mise en œuvre des concepts de la médecine de famille exigeait nécessairement des médecins; la question relative aux profils professionnels des prestataires de médecine de famille est dès lors devenue une question de recherche, à traiter dans le contexte de chaque système de santé.

La recherche, dont les résultats sont ici synthétisés, vise à tirer les leçons d'expériences de terrain en cours. Le premier chapitre décrit les grandes tendances des services de première ligne dans les pays en développement : il met en relief les défis auxquels ils sont confrontés et décrit deux

opportunités émergentes, à savoir des politiques et des discours faisant référence à la médecine de famille d'une part, et le rôle de médecins comme prestataires de soins de première ligne d'autre part. Le second chapitre introduit des clarifications conceptuelles sur les relations entre soins de santé primaires et médecine de famille et formule l'hypothèse à la base de ce travail. Le troisième chapitre présente succinctement les quatre études de cas - Cuba, Thaïlande, Afrique du Sud et Mali - qui constituent la source d'information principale de cette recherche, et qui sont par ailleurs reprises dans leur intégralité en annexe. Le quatrième chapitre enfin - le cœur de ce rapport de synthèse - développe les leçons de la recherche, en prenant appui sur les observations des études de cas.

Chapitre 1 – Services de 1^{ère} ligne dans les pays du sud: défis et opportunités émergentes

Un double défi : qualité des soins et équité

De manière générale, les services de 1^{ère} ligne dans les pays en développement sont actuellement confrontés à un double défi : améliorer la qualité des soins tout en les rendant accessibles à tous, dans le respect du principe d'équité.

QUALITÉ DES SOINS

Pendant plusieurs décennies, la qualité des soins à proprement parler n'était pas au premier plan des politiques sanitaires parce que subordonnée à l'existence même de services de santé fonctionnels (Haddad *et al.* 1998). Mais depuis le début des années 90, la qualité des soins est devenue un objet de préoccupation.

Des observations concernant l'utilisation des services de santé sont souvent à l'origine de ce questionnement. En effet, en dépit de l'augmentation des infrastructures de santé accessibles et opérationnelles, et malgré l'importance des besoins en soins de santé, les services sont souvent assez peu utilisés, ce qui pose la question de leur acceptabilité. Qui plus est, des patients à faibles revenus ont recours à des services privés, en dépit du sacrifice financier que cela représente, et alors même que des services publics opérationnels et accessibles sont disponibles. Ces observations suscitent un débat sur la différence de qualité perçue par les patients (Ahmed *et al.* 1996).

Divers problèmes de qualité des soins sont épinglés par les observateurs extérieurs: capacité diagnostique, disponibilité en médicaments, qualité des prescriptions, dialogue patient-soignant, permanence du service ...

Par ailleurs, le développement d'enquêtes de satisfaction approfondies sur les services de santé a permis de réaliser, (i) que les usagers sont capables de produire une analyse assez fine de la qualité des soins telle qu'ils la perçoivent, (ii) que la qualité perçue est un déterminant majeur de l'utilisation des services (Haddad, Fournier *et al.* 1998). Une grande enquête effectuée en 2000 sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest a montré avec quelle acuité les problèmes relatifs à la qualité des soins étaient perçus en milieu urbain et a mis en évidence un dysfonction-

nement majeur dans la relation patient-soignant (Jaffré & Olivier de Sardan 2003).

La capacité des prestataires de 1^{ère} ligne à répondre de façon efficace et acceptable aux problèmes de leurs patients est au cœur de la recherche de qualité. Cette capacité est faite non seulement de compétences biomédicales, mais aussi d'aptitude à établir une relation de confiance avec le patient, et à adapter les réponses aux singularités de chaque cas particulier. Or ces deux aspects posent actuellement problème dans beaucoup de services de 1^{ère} ligne dans les pays en développement, même lorsque ceux-ci offrent des services fonctionnels et réguliers et rapprochent effectivement l'offre des usagers. Différentes sources d'information – les enquêtes de satisfaction des usagers, l'observation critique de la qualité des soins, ainsi que la confrontation des pratiques au Nord et au Sud¹ - mettent en relief *deux besoins prioritaires pour le renforcement de la qualité des soins et services de 1^{ère} ligne* :

- 1) *La qualité de la consultation individuelle, à la fois technique et relationnelle.* La consultation se résume trop souvent à un processus mécanique, l'identification de quelques symptômes courants menant, parfois en l'absence d'examen clinique, à la prescription d'un traitement ni discuté ni expliqué. Il n'y a généralement pas de mémoire écrite de l'histoire sanitaire du patient (pas de dossier médical ou fiche de synthèse). Selon la compétence technique du soignant, la disponibilité en médicaments et l'accessibilité financière, la consultation sera plus ou moins efficace pour résoudre le problème. Mais cette efficacité ne dépend pas que de facteurs techniques, elle dépend également de la qualité de la relation soignant – soigné, qui influence à la fois les comportements du thérapeute (meilleure adéquation des décisions diagnostiques et thérapeutiques) et ceux du patient (meilleure acceptabilité des soins et compliance). Dans de nombreux pays du Sud, la prise de conscience de l'importance de la relation qui s'établit au cours de la consultation curative (faite de respect, dialogue, confiance, négociation, prise en considération des aspects psychosociaux) et qui doit s'envisager sur la durée, est longtemps restée marginale.

¹ Les visites d'échanges mutuels entre professionnels de 1^{ère} ligne du Nord et du Sud sont à ce titre extrêmement intéressantes. Les médecins généralistes visitant un confrère du Sud sont frappés par l'importance des fonctions liées à la responsabilité vis-à-vis d'une population (dimension collective). Les professionnels de 1^{ère} ligne du Sud visitant des médecins du Nord sont frappés de façon constante par la dimension relationnelle individuelle du médecin avec chacun de ses patients, par sa connaissance de l'univers du patient, de sa famille, de son lieu de vie....

- 2) *La capacité d'adaptation et de réaction du service à la demande de l'individu ou de la collectivité.* La construction d'un réseau de services publics au niveau d'un pays est une entreprise de grande ampleur, pour laquelle l'élaboration de règles de fonctionnement et d'organisation est nécessaire. On observe cependant des situations nombreuses de bureaucratisation, où la règle prime sur la finalité, où le fonctionnement du service prime sur le service au patient, où les directives sont appliquées sans souci d'adaptation aux problèmes et aux demandes des patients. Or c'est précisément cette capacité de réactivité aux problèmes rencontrés et d'adaptation des réponses aux circonstances particulières qui est une des raisons d'être d'une première ligne forte. Ceci reste tout à fait compatible avec une certaine standardisation des réponses thérapeutiques basée sur des critères techniques (par exemple il y a de bonnes raisons techniques de préférer, en règle générale, tel traitement à tel autre). Le problème surgit lorsque la standardisation perd son ancrage dans une réflexion technique et est traduite en normes administratives qu'il convient d'observer sous peine de sanctions, empêchant la prise en compte de situations particulières.

QUALITÉ ET ÉQUITÉ

Les problèmes de qualité des soins ne peuvent pas s'envisager indépendamment du fonctionnement équitable du système dans son ensemble. Des soins de qualité accessibles uniquement aux plus nantis ne contribuent pas significativement à l'amélioration de la santé de la population. L'accès inéquitable aux soins peut même constituer un facteur d'appauvrissement de certains individus, qui font le choix de soins qu'ils pensent être de meilleure qualité, au risque de mettre en péril leur situation déjà très précaire (Pannarunothai & Mills 1997). L'idéal à atteindre pour tout système de santé est l'accès de tous à des services de qualité.

Ce principe d'équité ne doit certes pas s'interpréter comme un « raboutage par le bas ». Dans le cadre de stratégies d'amélioration de la qualité, on peut admettre des situations inéquitables temporaires, par exemple dans le cadre d'expérimentations locales. Dans de telles situations, il importe toutefois que les moyens mis en œuvre soient compatibles avec le niveau de ressources du pays, et que l'on puisse raisonnablement envisager l'extension de tels services à la majeure partie de la population dans des délais acceptables.

Les réformes sanitaires menées depuis le début des années 90 sont marquées par un courant dominant qui tend à réduire le rôle de l'État dans le financement et l'offre de soins, et à utiliser les mécanismes du marché pour améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur. Constatant les faiblesses du secteur public (manque d'efficience et insuffisance de qualité), il a été proposé de réserver les dépenses publiques aux activités « productives » en termes de gain de santé et de favoriser la diversité et la compétition entre différents prestataires de soins de santé (Blas & Hearst 2002; Gilson, Alilio *et al.* 1994).

La conséquence la plus visible de cette politique au niveau de la première ligne est le développement rapide d'un secteur privé² là où il n'y en avait pas (nombreux pays d'Afrique et d'Asie du Sud) et sa croissance là où il existait déjà (Afrique du Sud, Amérique Latine). Une deuxième conséquence, moins apparente au premier abord, est le développement d'une logique lucrative au sein de services à statut public. Car non seulement il n'y a pas congruence automatique entre le statut d'un service (public ou privé) et sa finalité (sociale ou lucrative) (Giusti *et al.* 1997), mais l'absence d'une telle congruence est de plus en plus marquée, conséquence de l'intrication croissante entre secteurs public et privé. Certains services de statut public suivent une logique lucrative au moins partielle, de façon formelle (l'autonomie de gestion de certains hôpitaux) ou informelle (recours illicite à des modes de paiement des soins à logique lucrative). Certains services de statut privé s'inscrivent quant à eux dans une logique sociale; c'est le cas de nombreuses organisations non gouvernementales ou de services communautaires tels qu'ils se sont développés au Mali.

La tendance dominante sur le terrain est au développement de la logique lucrative dans laquelle l'accès aux soins est proportionnel à la capacité à payer. Si l'on veut maintenir le principe d'équité, le développement de services à but lucratif doit s'accompagner de mécanismes de financement et de régulation qui permettent de garantir l'accès pour tous à des services de qualité (tels les systèmes de sécurité sociale qui se sont construits en Europe). La plupart des pays en développement ne bénéficient pas de tels mécanismes. On assiste alors à un creusement des inégalités, au point de diminuer l'accès aux services de santé des populations qui en ont le plus besoin. Le « moins d'État » peut ainsi pour certains conduire à « plus de choix et

² La dénomination secteur privé regroupe différents acteurs : privé à but lucratif, ONGs, confessionnels, communautaires....

d'accès» aux soins, mais pour la plupart, et en tout cas pour les plus pauvres, à «moins de choix et d'accès» aux soins. L'équité horizontale qui signifie que chacun peut accéder aux services selon ses besoins en y contribuant selon sa capacité à payer, n'est plus garantie (Green 1992). En ce sens, la promotion d'une logique lucrative dans les pays en développement met, dans l'état actuel des choses, souvent en péril la finalité sociale de l'ensemble du système. La tendance à promouvoir la privatisation doit cependant être nuancée par la reconnaissance grandissante, notamment par des organisations internationales, que le paiement direct peut entraver l'accès aux soins (OMS 2001).

Il n'en reste pas moins que la difficulté du service public à proposer des réponses satisfaisantes aux demandes individuelles de soins contribue à sa faible utilisation et au recours au secteur privé. En forçant volontairement le trait, on peut dire que l'image du secteur public est plus connotée par la dimension collective des soins, celle du secteur privé plus connotée par leur dimension individuelle. Mais inversement, le développement du secteur privé n'a pas seulement des effets sur l'accès aux soins, il oriente également, en le réduisant, le champ d'activités du secteur public. Schématiquement, le secteur privé absorbe la demande solvable de soins (principalement des soins individuels curatifs), laissant aux services de 1^{ère} ligne du secteur public les activités préventives et promotionnelles et la mise en œuvre des programmes de lutte contre des maladies spécifiques, de même que l'éventuelle réponse à la demande curative de la population non solvable. Un cercle vicieux se dessine, dans lequel le renforcement de la logique lucrative conforte à la fois les inégalités d'accès aux soins et la scission entre dimensions individuelle et collective des soins, au détriment de la qualité des soins.

Le renforcement global de la première ligne suppose le développement de mécanismes régulateurs des secteurs public et privé, visant à promouvoir un accès équitable à des soins de santé de qualité.

Deux opportunités émergentes : médecine de famille et médecins prestataires de 1^{ère} ligne

Deux phénomènes relativement récents entrent dans la dynamique évolutive de la première ligne : d'une part l'utilisation de la terminologie relative à la «médecine de famille» soulignant le caractère de soins de proximité de la première ligne, et d'autre part l'augmentation du nombre de médecins

prestataires de soins en première ligne. Au-delà du simple constat, il y a lieu de s'interroger sur les nouvelles opportunités qui s'en dégagent et sur leur potentiel pour répondre aux défis d'amélioration de la qualité des soins.

MÉDECINE DE FAMILLE

Depuis une quinzaine d'années, la médecine de famille émerge dans les pays en développement. La terminologie «médecine de famille» entre dans le langage sanitaire et pénètre les agendas politiques. C'est ainsi que la médecine de famille se retrouve au cœur de plusieurs réformes sanitaires (Cuba, Thaïlande, Tunisie, Egypte...).

Parfois, comme en Thaïlande, le vocable «médecine de famille» désigne un mode de pratique qui peut être exercé par diverses catégories de personnel de santé. Mais le plus souvent la terminologie de médecine de famille est associée à des prestataires médecins, et dans certains cas également au développement de la médecine de famille comme discipline académique. La création de départements ou d'unités de médecine de famille dans certaines Facultés de Médecine, et la reconnaissance de la discipline comme domaine de spécialité dans un nombre croissant de pays lui confère une légitimité académique. Des formations post graduées spécifiques à la médecine de famille se sont développées ou sont en cours de développement dans 17 pays d'Amérique Latine, mais aussi au Népal, en Thaïlande, au Bahrein, au Pakistan, en Egypte, en Tunisie, en Afrique du Sud... Elles débouchent souvent, mais pas systématiquement, sur un diplôme de spécialiste (Boelen *et al.* 2002).

Différents facteurs ont contribué à cette émergence: (i) l'augmentation du nombre de médecins exerçant en première ligne, (ii) le développement d'une classe moyenne manifestant des exigences de soins plus personnalisés, (iii) la recherche de stratégies susceptibles d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services, (iv) le développement de réformes qui, pour répondre aux défis de financement de la santé et d'équité dans l'accès aux soins, se tournent vers les mécanismes d'assurances sociales et cherchent à limiter le recours à l'hôpital en renforçant la première ligne, (v) l'action de la WONCA, Association Mondiale de Médecins de Famille, qui fait la promotion de la médecine de famille comme un modèle de pratique à exporter dans les pays du Sud (Boelen *et al.* 2002).

MÉDECINS PRESTATAIRES DE 1^{ÈRE} LIGNE

Dans certains pays du Sud, les médecins de 1^{ère} ligne sont une réalité depuis longtemps déjà. Mais on assiste aussi à leur émergence dans des pays où cette fonction était habituellement sous la responsabilité de non-médecins.

Historiquement, dans la plupart des pays du Nord et dans certains pays du Sud (Amérique Latine en particulier), le métier de médecin s'est développé simultanément à la médecine moderne, et le médecin a toujours été le principal responsable des soins de 1^{ère} ligne. En revanche, de nombreux autres pays du Sud, très pauvres en médecins lorsqu'ils ont décidé d'adopter les principes de la médecine moderne, ont fait le choix de déléguer à des professionnels non médecins (infirmiers, assistants médicaux ou autres) la responsabilité des services de 1^{ère} ligne. Cette délégation était considérée comme une solution intermédiaire, en attendant la formation de médecins en nombre suffisant pour prendre le relais. Il ne s'agissait pas pour autant d'un pis-aller, pour autant que cette délégation soit assortie d'un soutien et d'un encadrement régulier, favorisant la formation progressive de ce personnel (Van Balen & Van Dormael 1999). La délégation des tâches a été, et est encore dans de nombreux contextes, une solution judicieuse qui a permis une extension considérable de la couverture sanitaire.

Toutefois, on ne peut ignorer les évolutions contextuelles et leur influence sur la façon d'appréhender la problématique de la délégation des tâches dans un environnement donné. On observe en effet depuis une vingtaine d'années l'apparition ou l'augmentation du nombre de médecins de 1^{ère} ligne dans la plupart des pays du Sud. On trouve ces médecins dans les secteurs public et privé, essentiellement en milieu urbain. Le plus souvent, ils accompagnent le développement d'un secteur privé urbain qui reste assez marginal à l'échelle du pays. Parfois le phénomène est plus important, parce que le secteur privé représente une part non marginale du système, ou parce qu'une pratique mixte (publique hospitalière et privée de 1^{ère} ligne) concerne un grand nombre de médecins (Thaïlande). Parfois aussi, la présence de médecins en première ligne résulte de la décision de «médicaliser» une part plus ou moins conséquente des services publics de 1^{ère} ligne (Maroc, Tunisie, Madagascar...).

Divers facteurs ont contribué à cette évolution : (i) l'augmentation du nombre de médecins, (ii) des décisions politiques limitant le recrutement de la fonction publique et autorisant l'exercice privé de la médecine, (iii) la

détérioration des conditions de travail et du niveau de performance du secteur public dans certains pays, (iv) les politiques de décentralisation (en particulier le recrutement décentralisé des personnels de santé par les autorités locales), (v) la demande exprimée par certaines franges de populations d'être soignées par des médecins, (vi) la volonté politique de certains pays de faire des médecins de 1^{ère} ligne une pièce maîtresse d'une réforme visant à améliorer à la fois la qualité, l'efficacité et l'efficience du système.

L'OBJET DE LA RECHERCHE

On assiste donc, d'une part à l'apparition de discours et de décisions politiques qui font référence à la médecine de famille, d'autre part à l'augmentation de médecins prestataires de 1^{ère} ligne. Si l'essor de la médecine de famille relève assez souvent d'une volonté politique, celui des médecins de 1^{ère} ligne est jusqu'à présent peu planifié et contrôlé. Ces deux phénomènes sont susceptibles de transformer assez profondément la première ligne de soins et le système dans son ensemble.

Il apparaît donc important de mieux cerner ces deux phénomènes, de comprendre les réalités qu'ils recouvrent et d'en clarifier les enjeux, afin de déterminer dans quelle mesure ils représentent des opportunités à saisir pour renforcer les services de 1^{ère} ligne, contribuer à l'amélioration de la qualité des soins tout en préservant l'équité. C'est l'objet de cette recherche.

Chapitre 2 – Clarifications conceptuelles, Hypothèse et méthodologie

Clarifications conceptuelles : Médecine de Famille et Soins de Santé Primaires

Pourquoi parler de médecine de famille dans les pays du Sud alors que des politiques de soins de santé primaires y sont déjà en vigueur depuis de nombreuses années? En quoi le concept de médecine de famille est-il semblable, en quoi est-il différent de celui des Soins de Santé Primaires? Afin de dépasser les confusions fréquentes autour de ces termes, il convient préalablement de les clarifier. Pour cela il est utile de revenir sur l'évolution historique de ces deux concepts.

DES PRATIQUES DIFFÉRENTES LIÉES À DES RACINES HISTORIQUES DIFFÉRENTES

La médecine de famille et les Soins de Santé Primaires ont des racines historiques différentes qui ont mené à des modes de pratique différents (Van Dormael 2001).

La conceptualisation de la «médecine de famille» (MF) s'est développée à partir des années 1960-1970 dans les pays du Nord, dans le cadre d'un processus de construction d'identité professionnelle par les médecins exerçant la médecine générale³. Dans un contexte de spécialisation croissante, il s'agissait de clarifier ce qui faisait leur spécificité par rapport aux spécialistes et de répondre à la question : les généralistes sont-ils encore nécessaires et pourquoi? Le point de départ résidait dans la pratique clinique de ces médecins, à savoir la consultation curative individuelle : l'accent était placé sur la nécessité d'adapter aux particularités de chaque individu les réponses que la médecine pouvait apporter à leurs problèmes de santé, et pour ce faire le médecin de famille paraissait le mieux placé, du fait de son insertion communautaire et de sa relation inscrite dans la durée avec ses patients.

³ Sur le plan international, les vocables «médecine générale» et «médecine de famille» sont parfois utilisés comme synonymes. Dans le cadre de ce rapport, nous parlons de «médecine de famille» pour désigner un mode de pratique en première ligne qui revendique sa spécificité conceptuelle ; nous utilisons le terme de «médecine générale» à propos d'une médecine clinique non-spécialisée, sans préjuger de ses orientations.

L'histoire des idées concernant les «soins de santé primaires» (SSP), contemporaine de la construction de la «médecine de famille», n'est pas liée à un groupe professionnel particulier. Elle est ancrée dans le constat que la médecine seule n'arriverait pas au bout de l'immensité des problèmes des populations, en particulier les populations du «Tiers Monde». Il fallait donc collaborer avec ces populations, joindre les efforts pour créer des conditions de vie favorables à la santé et pour répondre aux problèmes de santé les plus urgents tout en adaptant les soins aux aspirations des gens. La vision des soins de santé primaires, qui s'est appuyée sur des expériences de terrain, était ancrée dans une vision sociétale, et le point de vue «santé» était davantage un point de vue de «santé publique» que de «médecine». La clinique et le management étaient deux fonctions centrales. Certes les soins aux individus étaient un élément constitutif des SSP, mais ils n'en étaient pas le fondement comme c'était le cas de la médecine de famille. Il s'est toutefois avéré que, pour que les services de santé puissent être efficaces dans leurs fonctions collectives et collaborer avec les populations, il était indispensable de gagner la confiance de ces populations en apportant des réponses acceptables à leurs demandes curatives. La consultation curative individuelle redevient ainsi essentielle, à la fois pour elle-même et les réponses apportées aux patients, et parce qu'elle permettait de créer des relations de collaboration avec la population pour améliorer ses conditions de santé.

MÉDECINE DE FAMILLE ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : ÉVOLUTION CROISÉE

L'ancrage prépondérant de la MF est clinique (centré sur la consultation curative) et professionnel. La pratique a précédé le concept. Les soins de santé primaires ont de fortes connotations de santé publique et de management, dans une vision de système. Le concept s'est appuyé sur des expérimentations locales, et à partir de là, il y a eu tentative de généralisation. Dans de nombreux contextes, le concept a précédé la pratique.

Ni les modes de pratique ni les concepts ne sont figés dans le temps. Ils évoluent avec la transformation des sociétés, les orientations des systèmes de soins de santé et la dynamique des réflexions conceptuelles. La médecine de famille a ainsi évolué conceptuellement depuis les années 1970. Plusieurs définitions se sont succédées : celle de Leeuwenhorst (Leeuwenhorst Working Party 1974) et de la WONCA (WONCA 1991), puis de Olesen (Olesen *et al.* 2000) et de la WONCA Europe (Wonca Europe

2002). Elle a réussi à élaborer un corpus conceptuel solide et cohérent. Comme en témoigne la définition de la WONCA Europe de 2002 (encadré 1), elle s'est aussi rapprochée des SSP à travers (i) la reconnaissance de la dimension collective des soins comme partie intégrante de la pratique de MF et (ii) la reconnaissance de la MF comme élément d'un système de soins avec lequel elle interagit de façon coordonnée. Les SSP se sont quant à eux confrontés à la mise en œuvre dans différents contextes d'un concept soumis à de multiples interprétations. Ils se heurtent actuellement au double défi de la qualité et de l'équité, et au besoin de renforcer la dimension clinique individuelle.

Si l'on considère les interprétations qui intègrent les dimensions individuelles et collectives, nous pouvons dire que les concepts de médecine de famille et de soins de santé primaires se rejoignent : les deux courants de pensée sont nés en même temps à partir de préoccupations différentes, et ont convergé par leur évolution. La définition de la MF proposée en 2002 par la branche européenne de la WONCA⁴ est à ce titre très illustrative par sa proximité avec les SSP.

Les connotations liées aux origines n'ont toutefois pas disparu. Du côté de la MF, la responsabilité envers la collectivité, formellement admise dans les définitions plus récentes, est cependant souvent escamotée dans la pratique et considérée par une partie des médecins de famille comme accessoire par rapport aux soins individuels. Certaines interprétations des soins de santé primaires escamotent quant à elles la dimension individuelle des soins. La confrontation des pratiques réelles d'exercice de la médecine de famille et des soins de santé primaires sont source d'enrichissement mutuel. Si la prise en compte simultanée des intérêts du patient individuel et de ceux de la collectivité engendre inévitablement des tensions et oblige à chercher un équilibre, ce rapprochement des concepts bénéficie tant à la qualité des soins qu'au bon fonctionnement du système de soins dans son ensemble.

⁴ WONCA : Créée en 1972, à l'initiative de pays du Nord essentiellement, dans le but de promouvoir la spécificité de la médecine générale, la Wonca a fait sienne le concept de santé pour tous et mène depuis le début des années 80 une réflexion commune avec l'OMS sur le rôle des médecins dans les systèmes de santé avec un accent particulier sur les médecins de famille/médecins généralistes (Boelen *et al* 2002). La Wonca est particulièrement active dans le développement académique de la médecine de famille, donc dans la réflexion sur le contenu de la MF (ses spécificités) et sur son enseignement.

**Encadré 1 : Définition de la médecine générale / médecine de famille
(WONCA Europe 2002)**

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et de pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Les caractéristiques de la médecine générale comme discipline:

- Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée ;
- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels de santé, du recours aux autres spécialités ;
- Approche centrée sur la personne, orientée vers l'individu, sa famille et sa communauté ;
- Processus de consultation personnalisée qui établit, dans le temps, une relation médecin patient à travers une communication appropriée ;
- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient ;
- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires ;
- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient ;
- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies dans le contexte des soins primaires, pouvant requérir une intervention rapide,
- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces ;
- Action spécifique en termes de santé publique ;
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les médecins généralistes sont des spécialistes formés aux principes de la discipline. Ils sont les médecins traitants de chaque patient, responsables de soins continus et globaux en réponse à la demande, sans distinction d'âge, de sexe ou de maladie. Ils soignent des individus dans le contexte de leur famille, de leur environnement et de leur culture, en respectant toujours leur autonomie. Ils assument aussi une responsabilité de santé publique. En négociant les modalités de prise en charge avec leur patient, ils intègrent les éléments physiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels, utilisant la connaissance et la confiance accumulées au cours des contacts répétés. Les médecins généralistes exercent leurs tâches professionnelles par la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement des pathologies et les soins palliatifs. Ils remplissent leur mission soit directement, soit en collaboration avec les autres services de soins, en fonction des besoins de santé et des ressources disponibles dans leur environnement professionnel, aidant les patients, si nécessaire, à accéder à ces services. Ils s'engagent à développer et à maintenir leurs compétences, leur équilibre personnel et leurs valeurs, pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

SOURCE : WONCA Europe 2002

Hypothèse

L'hypothèse à la base de cette recherche est la suivante :

La médecine de famille en tant que concept, et les médecins prestataires de 1^{ère} ligne en tant que type de professionnels de santé présentent, sous certaines conditions, un potentiel de renforcement de la première ligne, à travers la revalorisation de l'interaction clinique individuelle et l'amélioration de la capacité de réaction et d'adaptation du service aux problèmes et aux demandes.

L'objectif de la recherche est de mieux cerner les conditions nécessaires ou favorables pour que ce potentiel puisse s'exprimer, et bénéficier au plus grand nombre. Car si la recherche se focalise sur le renforcement de la première ligne, elle le fait dans le cadre d'une vision de système de soins de santé caractérisé par :

- (i) L'articulation de la médecine (dominante clinique et individuelle) et de la santé publique (dominante managériale et collective) avec une attention particulière vis-à-vis de la qualité des soins individuels;
- (ii) Des services de 1^{ère} ligne et de référence qui fonctionnent de façon intégrée (en coordination et en complémentarité) afin de répondre avec plus d'efficacité et d'efficience aux problèmes de santé des individus et des populations;

- (iii) Des services qui répondent d'abord aux besoins des populations et non de l'administration. Si l'administration du système de soins est une nécessité, elle ne doit pas devenir un objectif;
- (iv) Un système dont la finalité est sociale. Ce qui est important n'est pas tant l'opposition de deux secteurs, public et privé, que l'identification de deux logiques, logique publique ou sociale et logique lucrative. Giusti *et al* (1997) proposent 5 critères pour caractériser des services s'inscrivant dans une «logique publique» , quel que soit par ailleurs le statut de leur pouvoir organisateur : (1) une finalité sociale et un souci global de promotion humaine; (2) pas de discriminations autres que celles découlant des besoins de santé; (3) une responsabilité à l'égard d'une population; (4) l'inscription dans la politique de santé nationale; (5) une optique non lucrative (ce qui n'est pas contradictoire avec le fait que la structure de soins doive avoir une bonne santé financière).

Méthodologie

La première phase de la recherche a consisté à identifier des expériences en cours, principalement à partir de la littérature grise et de contacts qu'entretient le département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers dans de nombreux pays. Ces expériences ont été identifiées

- à partir de la référence explicite à la médecine de famille dans le cadre de politiques de santé nationales ou de réformes du système de soins;
- à partir de l'existence de formations académiques de médecine de famille;
- à partir d'expériences visant à «médicaliser» les services de 1^{ère} ligne sans pour autant faire référence à la médecine de famille .

Une série de contacts ont été établis avec des institutions du Nord (organisations internationales, associations professionnelles de médecins de famille, départements académiques...) concernées par la médecine de famille dans les pays en développement, notamment :

- la WONCA (World Organisation of Family Doctors; les initiales figurent pour World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General and Family Medicine) , lors de congrès à Durban (2001) et Londres (2002);
- l'OMS, qui collabore avec la WONCA dans le but d'établir une plus

grande synergie entre approches organisationnelles des systèmes de santé (point de vue OMS) et approches professionnelles et académiques de la médecine de famille (point de vue WONCA);

- le RCGP (Royal College of General Practitioners) au Royaume Uni, dont le département international appuie des programmes de formation en médecine de famille en Europe de l'Est, en Amérique Latine (Argentine, Colombie), au Proche-Orient (Gaza, Liban), et surtout en Asie (Inde, Sri Lanka, Pakistan, Népal, Bangladesh) et qui accrédite des formations en médecine de famille;
- le département de médecine de famille de l'Université de Gent (Belgique) qui a une expérience d'appui au Bangladesh, en Bolivie, et en Afrique du Sud (appui à la formation en médecine de famille dans le cadre de l'ICHO -Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding).

Sur base de l'identification de diverses expériences et initiatives en rapport avec la médecine de famille dans les pays en développement, quatre pays ont été sélectionnés pour faire l'objet d'études de cas approfondies. Les choix ont porté sur des contextes différents, dans lesquels on pouvait observer une dynamique en cours relative à la médecine de famille et/ou à la présence de médecins en première ligne. Les objectifs des études de cas étaient (1) d'analyser les déterminants du fonctionnement de la première ligne dans un système de soins donné, et (2) d'analyser les dynamiques en cours et en identifier le potentiel pour le renforcement de la première ligne ainsi que les risques éventuels d'effets pervers. Les visites de terrain se sont déroulées en 2000 (Cuba et Mali), 2001 (Afrique du Sud) et 2002 (Thaïlande) et ont été suivies de la rédaction d'une étude de cas circonstanciée. Les quatre études de cas ont ensuite été traitées dans le cadre d'une analyse transversale, de manière à confronter les observations réalisées dans différents contextes.

Si les études de cas constituent la principale source de données de cette recherche, elles sont complétées par des observations plus partielles dans d'autres pays, et des observations réalisées dans le cadre de visites d'échanges entre prestataires de soins du Nord et du Sud, échanges conçus comme outils de formation continue et d'explicitation d'une identité professionnelle spécifique à la première ligne.

Chapitre 3 – Brève présentation des études de cas

Cuba, la Thaïlande, le Mali et l'Afrique du Sud diffèrent considérablement, notamment en ce qui concerne les ressources humaines en santé et les indicateurs sanitaires (Tableau 1.). Néanmoins tous connaissent des expériences de plus ou moins grande ampleur, susceptibles de nourrir la réflexion sur l'apport de la médecine de famille et de médecins prestataires de 1^{ère} ligne dans les pays en développement. A Cuba et en Thaïlande, la médecine de famille est explicitement articulée à une réforme globale du système de soins. En Afrique du Sud et au Mali, médecine de famille et médecins de 1^{ère} ligne se sont développés ou sont en cours de développement, sans pour autant occuper une place centrale dans la politique nationale. Reprises intégralement dans la seconde partie, les 4 études de cas sont ici brièvement résumées.

Tableau 1 . Quelques données comparatives en ressources humaines et indicateurs sanitaires pour les quatre études de cas

	<i>Cuba</i> (1)	<i>Thaïlande</i> (2)	<i>Afrique-Sud</i> (3)	<i>Mali</i> (4)
Population (en millions)	11	64	42	10
Nbre de médecins	65.000	26.225	27.552	1.134
Méd / N hab	1 / 172	1 / 2.425	1 / 1.512	1 / 9.064
Nbre d'infirmiers	87.280		173.647	1.814
Inf / N hab	1 / 128	–	1 / 240	1 / 5.067
Espérance de vie en années	76	72	57	50
TMI pour 1.000 naissances vivantes	6,4	29	45	117
TMM pour 100.000 naissances vivantes (5)	33	44	230	1.200

(1) Annuaire des statistiques sanitaires 1999, MSP Cuba

(2) MSP Thaïlande 2001

(3) South African Health Review 2000

(4) Ministère de la Santé du Mali 1997 et 2000 et Santé Sud

(5) Les taux de mortalité maternelle cités pour les quatre pays sont issus des estimations OMS/UNICEF/UNFPA 2000, selon la méthode RAMOS

Cuba

Cuba est un pays qui présente des indicateurs sanitaires proches de ceux des pays du Nord avec des ressources matérielles et financières des pays du Sud. Le système de soins, entièrement géré par le Ministère de la Santé et homogène dans son organisation, a été conçu dans un souci d'accessibilité géographique et financière. Dès 1959, l'option a été prise de confier les activités cliniques à des médecins, en privilégiant toutefois la spécialisation. Initialement la première ligne cubaine était en effet constituée de polycliniques regroupant différents spécialistes. En 1984, une réorientation majeure a été donnée au système à travers la Réforme de la Médecine de Famille. Suite à des visites d'observation effectuées dans divers pays d'Europe et d'Amérique, les autorités ont élaboré un modèle cubain de médecine de famille. Vivant dans les locaux mêmes du cabinet de consultation ou à proximité, l'équipe de soins primaires, composée d'un médecin de famille et d'une infirmière, est responsable d'une population de 500 à 800 habitants. L'approche des soins de 1^{re} ligne a été transformée, passant d'une vision biomédicale à une vision globale, bio-psycho-sociale, familiale et communautaire. Les activités du médecin de famille sont à la fois curatives, préventives et promotionnelles, et comportent une part importante de visites à domicile proactives, notamment pour la mise en œuvre des nombreux programmes spécifiques. L'équipe de soins primaires est rattachée à une polyclinique, dont les fonctions ont été transformées : elles consistent en la formation, l'encadrement et la supervision des équipes de soins primaires, ainsi que certaines consultations spécialisées et examens techniques pour les patients référés. Les hospitalisations et les consultations dans certaines spécialités relèvent de l'hôpital municipal. Mais en pratique, le principe constitutionnel de liberté de choix du prestataire a pour conséquence que les consultations des polycliniques et hôpitaux sont également utilisées comme première ligne. Les soins sont gratuits et les médicaments fortement subsidiés.

En l'espace de 15 ans, 20.000 médecins de famille ont été formés pour assurer une couverture quasi-complète, et ce avec une population moyenne de 700 habitants par médecin de famille. La stratégie pour atteindre ce résultat massif a été de créer une spécialisation en médecine de famille de 3 ans, obligatoire pour tous les jeunes médecins avant une éventuelle autre spécialisation. Le jeune médecin est affecté dans un cabinet de médecine de famille et encadré par la polyclinique dont il dépend. Vu

l'absence de formateurs eux-mêmes spécialisés en médecine de famille, la formation a été initialement confiée à des «spécialistes de base» - à savoir un interniste, un pédiatre et un gynécologue. Toutefois des médecins de famille diplômés assument actuellement un rôle croissant. La formation se fait principalement in situ, les formateurs venant superviser les consultations du jeune médecin. En complément, des séminaires et autres activités scientifiques sont organisés par la polyclinique. La richesse en ressources humaines, corollaire de l'alphabétisation généralisée du pays, de même que le caractère fortement centralisé de la politique de santé, ont fortement influencé la mise en œuvre de cette réforme. Outre une capacité considérable de production et d'encadrement, les autorités cubaines se sont aussi donné les moyens de réguler la distribution géographique des médecins: en plaçant les Facultés de Médecine Provinciales sous la tutelle du Ministère de la Santé, elles ont pu adapter la production aux besoins de chaque province.

Actuellement les profils de carrière des médecins de famille sont diversifiés et incluent, outre la pratique clinique dans un cabinet de médecine de famille, des fonctions de formation, de gestion du système de soins à divers niveaux, ou encore des responsabilités pour des collectivités spécifiques (médecine du travail, médecine scolaire...).

Thaïlande

La Thaïlande a connu au cours des dernières décennies un développement global qui a contribué à l'amélioration considérable des indicateurs de santé. Sous la conduite du Ministère de la Santé Publique, une couverture sanitaire complète en hôpitaux régionaux et provinciaux et, dans les années 1990, en hôpitaux de district et en centres de santé a été atteinte. Dans les fonctions des centres de santé, tenus par des auxiliaires, les soins préventifs et de promotion prédominent sur les soins curatifs. La demande curative s'adresse surtout à la consultation ambulatoire des hôpitaux, où les soins sont dispensés par des médecins. L'offre en soins curatifs a par ailleurs augmenté également dans le secteur privé. Constitué au départ de petits cabinets privés ambulatoires tenus par les médecins fonctionnaires en dehors de leurs heures de services, il comporte de manière croissante des cliniques privées plus équipées. La tendance à la spécialisation des médecins est forte, et la pratique de la médecine générale a longtemps été assimilée au service rural obligatoire presté par les jeunes médecins dans les hôpitaux de district avant de pouvoir entamer une spécialisation.

Face à la croissance des coûts et aux difficultés d'accès à des soins de qualité, une cellule technique, nichée au sein du Ministère de la Santé, a lancé en 1996 un mouvement de réforme des soins de santé comportant trois volets : un volet financier d'assurance maladie universelle, un volet de réorganisation du système de soins fondé sur la médecine de famille, et un volet de renforcement des droits des patients. En matière d'organisation des soins, il s'agit de passer du système hospitalo-centré en vigueur à une pratique de médecine de famille, dispensés au sein de petites «unités de soins primaires» regroupées en réseaux, avec ou sans hôpital. Financièrement, ces réseaux reçoivent leur part de ressources du niveau central sur base du nombre de patients inscrits, les patients ne payant qu'une contribution réduite lors de la consultation. Il est prévu qu'une «unité de soins primaires» couvre une population de responsabilité d'environ 10.000 personnes, et dispose d'une équipe composée d'environ 8 personnes, comportant au moins deux infirmières de niveau supérieur et si possible un médecin. Peu de médecins travaillant en première ligne, il est également prévu de renforcer la formation en médecine de famille, reconnue officiellement comme spécialité médicale depuis 1999.

Avant la décision politique de son application en 2001, ce processus de réforme a connu une phase préparatoire. En effet si la réforme est basée sur une vision du système de soins claire et cohérente, elle n'en implique pas moins des changements considérables par rapport aux structures et aux pratiques préexistantes, et notamment le développement d'identités professionnelles de médecine de famille, inédites dans le contexte thaïlandais. Une originalité et une richesse du processus de cette réforme a été l'interaction entre l'équipe technique du niveau central et les expériences de terrain. Le projet de réforme a en effet utilisé les expériences existantes et a encouragé de nouvelles expérimentations. Des promoteurs de ces expériences novatrices ont visité d'autres pays pour y observer la pratique et l'organisation de la médecine générale. Ces expériences de terrain ont favorisé les échanges et la réflexion et inspiré des éléments de la réforme en cours. Leur utilisation pour clarifier les concepts et guider la mise en œuvre de la réforme n'avait cependant pas abouti à un consensus au moment de sa mise en œuvre en 2001 - moment d'ailleurs jugé prématuré par bon nombre d'acteurs de terrain.

Il n'est en effet pas simple de transformer à l'échelle du pays les services existants en «unités de soins primaires» pratiquant une médecine de

famille de qualité. La plupart des cabinets privés, jusque là très autonomes, sont peu pressés de s'intégrer dans des réseaux. Les centres de santé, ne disposant pas du personnel requis, font généralement partie d'un réseau incluant l'hôpital de district; le leadership exercé de fait par l'hôpital dans le réseau ne favorise pas le passage à une culture sanitaire moins hospitalo-centrée; comme le personnel des centres de santé n'est pas préparé à l'élargissement attendu de ses fonctions curatives, une solution fréquente a été d'y faire assurer par du personnel hospitalier des consultations curatives épisodiques, peu connectées aux autres activités du centre.

A terme, du personnel spécifiquement formé devrait prendre le relais, et il a été décidé d'encourager la formation de «médecins de famille». Mais l'option de faire remplir ces fonctions également par des *nurse practitioners* reste ouverte, et des modules de formation sont proposés pour augmenter les compétences cliniques des infirmières. L'accès au diplôme de médecins de famille est double. La filière à suivre par les jeunes médecins candidats à la spécialisation en médecine de famille est basée sur un curriculum de trois ans, mis en place dans plusieurs régions du pays depuis 2000. Une filière alternative est offerte de manière transitoire aux médecins déjà installés : elle permet à tout médecin (généraliste ou spécialiste) ayant cinq années de pratique clinique d'obtenir le diplôme en médecine de famille, moyennant une semaine de cours suivie d'un examen. Cette filière rapide a connu un engouement très important : 2.000 médecins diplômés la première année. Dans les faits, ces médecins de famille diplômés travaillent rarement en première ligne.

Si cette réforme crée des opportunités indéniables pour le développement de la médecine de famille, sa poursuite est confrontée à plusieurs défis. L'un d'entre eux est de renforcer l'articulation entre la réforme financière (prépondérante) visant l'accès aux soins et la réforme organisationnelle visant la qualité des soins. Un autre défi est l'invention, dans un contexte thaïlandais où l'hôpital a si longtemps symbolisé des soins de qualité, du métier de médecin de famille exerçant dans la communauté.

Afrique du Sud

Le système de santé sud-africain porte les marques de son histoire politique : un secteur public similaire à celui de nombreux pays pauvres coexiste avec un secteur privé de pays riches. Malgré un niveau de ressources humaines élevé, en quantité et en qualité, les indicateurs sanitaires demeurent

faibles (Tableau 1).

Avec la fin de l'apartheid, le gouvernement d'Union Nationale, dont un objectif essentiel est la réduction des inégalités, a depuis 1994 entamé une transformation du secteur public de la santé. Partant d'un secteur fragmenté et hospitalo-centré au sein duquel les services de 1^{ère} ligne avaient un rôle limité (prévention, promotion et contrôle de certaines maladies), l'option politique retenue a été (i) d'élargir le champ de responsabilité des centres de santé aux soins curatifs, (ii) d'instaurer la gratuité des soins de 1^{ère} ligne et (iii) de travailler à l'extension de la couverture sanitaire en réunifiant le système autour d'une organisation en districts sanitaires à deux niveaux (centres de santé et hôpitaux de districts) dirigés par une équipe cadre. La mise en œuvre de ces choix politiques a effectivement permis d'améliorer l'accessibilité géographique et financière de la population aux services de santé publics. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans ce processus, puisqu'elles sont responsables des services de 1^{ère} ligne publics, et que ce sont aussi le plus souvent des infirmières qui occupent les postes de chef de district. Leur nombre élevé est un atout (1 infirmière pour 332 habitants dans le secteur public), mais le manque de préparation à leurs nouvelles fonctions, des réticences importantes au travail en milieu rural isolé dans un pays où la violence est un problème majeur, et un manque d'appui par les niveaux supérieurs constituent des obstacles à la mise en œuvre de la nouvelle politique sanitaire. Dans certains districts, des médecins se rendent épisodiquement dans des centres de santé pour y faire des consultations curatives et appuyer les infirmières.

Le secteur privé s'est développé progressivement dès le début du 20^{ème} siècle sous forme d'une médecine générale utilisée par une minorité privilégiée. Les médecins généralistes offrent actuellement des soins ambulatoires urbains semblables à ce que l'on trouve dans de nombreux pays occidentaux en terme de plateau technique et de type de prise en charge, auxquels ont accès essentiellement les 20% de la population bénéficiant d'une assurance maladie. La tendance observée de façon marquée depuis une dizaine d'années est celle de la concentration progressive des ressources humaines dans le secteur privé. En 1970, 60% des médecins travaillaient dans le secteur public, ils n'étaient plus que 28% en 1998. Les mêmes tendances s'observent pour tous les professionnels de santé les plus qualifiés. Ce secteur privé, à logique lucrative, traverse une double crise, crise de croissance liée à la saturation progressive du «marché solvable», et crise de

confiance liée aux dérives de la dérégulation qui a marqué la fin des années 80 et le début des années 90.

La pratique de médecine générale sud-africaine doit être différenciée du développement académique de la médecine de famille qui représente une autre particularité du système sud-africain. L'Afrique du Sud a en effet été parmi les premiers pays, avec l'Écosse et les Pays Bas, à avoir ouvert un département de médecine de famille (1967 à Pretoria). Actuellement toutes les Facultés de Médecine ont un tel département. Certains professeurs sud-africains ont notablement contribué à l'explicitation conceptuelle de la discipline, et l'Afrique du Sud a d'ailleurs été le premier pays africain à héberger une conférence mondiale de la WONCA (2001 à Durban). Cependant, le développement académique de la MF semble avoir peu d'influence sur la pratique de médecine de 1^{ère} ligne. D'une part, la contribution de la MF à l'enseignement de base de la médecine existe mais le message transmis varie entre Universités en raison de conceptions différentes de la MF, les unes mettant l'accent sur la polyvalence dans une optique essentiellement biomédicale, d'autres privilégiant une approche centrée sur le patient. D'autre part, les formations post graduées en médecine de famille ne débouchant ni sur un statut de spécialiste ni sur des fonctions spécifiques, elles attirent peu de candidats.

Mali

Le Mali a des indicateurs sanitaires et les ressources (financières et humaines) d'un pays pauvre.

La réforme sanitaire de 1990 a introduit un changement majeur : l'État Malien a décidé (i) de réorganiser son système de soins en cercles regroupant entre 100 et 300.000 habitants avec deux échelons de soins (un réseau de centres de santé de 1^{ère} ligne et un hôpital général de référence appelé centre de santé de cercle), (ii) de passer le relais aux communautés pour la gestion globale des services de 1^{ère} ligne, et (iii) de réorienter son action sur la régulation des services de 1^{ère} ligne et l'offre de soins des échelons supérieurs. Les services de 1^{ère} ligne au Mali sont depuis lors en majorité des centres de santé communautaires (CSCoM), de statut communautaire, sous la responsabilité administrative et financière d'une ASACO (Association de SAnTé COmmunautaire). Le personnel de santé des CSCoM n'appartient pas à la fonction publique mais est employé par l'ASACO. L'État joue un rôle de régulation à travers une convention d'assistance

mutuelle qui définit les rôles et responsabilités de chacun. Les autorités sanitaires du cercle conservent leurs responsabilités en matière d'appui logistique et d'encadrement technique. Il faut noter que les avancées du processus de décentralisation (mise en place de communes avec des maires élus) sont actuellement en train de modifier la dynamique des CSCom, la commune devenant un 3^{ème} acteur avec l'ASACO et les autorités sanitaires de cercle.

Cette réforme a permis une nette amélioration de l'accès de la population à un service de santé assurant le « paquet minimum d'activités » (la population habitant dans un rayon de 5 km d'un service de ce type est ainsi passée de 3% en 1993 à 30% en 1999) ainsi qu'une certaine appropriation des services de santé par la population à travers les ASACO. La mise en œuvre de la réforme s'est toutefois heurtée à un certain nombre de difficultés. Le statut d'employé d'ASACO n'est pas toujours bien vécu par le personnel de santé, menant à une grande instabilité du personnel et à des difficultés aiguës de recrutement. Dans les zones économiquement défavorisées ou à populations dispersées, les communautés ne parviennent pas toujours à mobiliser les ressources nécessaires pour le fonctionnement d'un CSCom, et les mécanismes de solidarité nationale susceptibles de contrebalancer les inégalités existantes à l'intérieur du pays ont besoin d'être renforcés. Par ailleurs, même si là aussi des efforts importants ont été faits, le niveau de référence n'est pas encore opérationnel dans tous les cercles, en particulier pour son activité chirurgicale.

Les services de 1^{ère} ligne sont majoritairement tenus par des infirmiers, tandis que les médecins occupent les postes hospitaliers et dirigent les équipes cadres de cercles et de région. Cependant à la fin des années 80, la diminution drastique du recrutement des médecins dans la fonction publique et l'autorisation de l'exercice privé ont modifié les perspectives professionnelles des médecins. Des médecins de 1^{ère} ligne ont alors commencé à émerger, d'une part en milieu urbain, mais aussi en milieu rural dans le cadre d'une initiative soutenue par différents intervenants. En milieu urbain, les médecins exerçant en 1^{ère} ligne dans le secteur privé à but lucratif sont nettement plus nombreux que les médecins de CSCom. Par contre en milieu rural la majorité des médecins de 1^{ère} ligne recensés (39/58 soit 67% en 2000) travaille dans le secteur communautaire. La majorité des médecins de 1^{ère} ligne qui exercent en milieu rural font partie de l'Association des Médecins de Campagne, et s'inscrivent, à travers la signature d'une charte,

dans la politique nationale et dans une finalité sociale. En 2000, plus de entre 15 % de l'ensemble des CSCom étaient ainsi tenus par des médecins : il y a avait un médecin non seulement dans chacun des quarante CSCom de Bamako, mais aussi en milieu rural dans approximativement un CSCom sur dix..

L'émergence de médecins de 1^{ère} ligne au Mali est donc un phénomène récent, qui s'est développé suite à des décisions politiques concernant les secteurs public et privé, mais qui ne correspondait pas, au moins initialement, à un objectif en soi. La pratique de ces médecins varie, en particulier en fonction du statut de la structure dans laquelle ils travaillent. On observe cependant de façon assez générale une tendance à plus d'autonomie et d'initiative chez les médecins chefs de CS par rapport à leurs collègues infirmiers. Cela peut se traduire par des modifications dans l'offre de soins, dans le travail d'équipe, dans les modes d'interaction avec l'ASACO et l'équipe cadre de cercle. Selon les circonstances, ces comportements peuvent améliorer ou au contraire porter préjudice à la qualité des soins et au fonctionnement plus global du système, sans que cette différenciation ne soit nécessairement facile à établir.

Chapitre 4 – Leçons de la recherche

Dans ce chapitre où nous tirons des leçons des études de cas, nous analyserons d'abord le potentiel des concepts de médecine de famille et les conditions de réalisation de ce potentiel; ensuite nous examinerons le potentiel de médecins en première ligne et ses conditions de réalisation; et enfin nous aborderons les interactions de la MF/des médecins de 1^{ère} ligne avec le système de soins dans son ensemble.

Le potentiel des concepts de la médecine de famille et les conditions de sa réalisation

Le fondement de la médecine de famille est l'établissement d'une relation de soins sur la durée entre le professionnel et l'individu, le professionnel, porteur d'une expertise, s'engageant vis à vis de ses patients (McWhinney 1998). La relation s'établit à travers le processus clinique de consultation curative qui est l'activité centrale de la médecine de famille. Par ces caractéristiques, la médecine de famille répond donc directement à la problématique de la qualité de la consultation curative identifiée plus haut comme l'un des principaux défis à la qualité des soins (cf. chapitre 1).

Qui plus est, elle le fait en mettant l'accent sur la nécessité d'adapter les réponses aux aspirations et aux contextes de vie des patients. L'approche centrée sur le patient est en effet une méthode clinique de la médecine de famille, qui propose un modèle d'interaction médecin-patient permettant au médecin de comprendre à la fois le patient et sa maladie. La méthode vise la réconciliation et la synthèse, à travers l'écoute, le dialogue et la négociation, entre (i) la recherche d'explications et solutions au problème du patient qui soient correctes d'un point de vue biomédical et (ii) le vécu du patient, ses attentes, ses priorités et ses valeurs (Levenstein *et al.* 1986). L'essence de la MF correspond donc précisément aux faiblesses identifiées de la 1^{ère} ligne dans les pays en développement.

Le concept de médecine de famille présente un potentiel très fort de renforcement de la 1^{ère} ligne parce qu'il offre des réponses pertinentes aux problèmes de qualité des soins identifiés : la qualité de la consultation individuelle et la souplesse d'adaptation des réponses aux aspirations des individus et de la collectivité.

En valorisant la continuité d'une relation de confiance avec le professionnel (favorisée par la possibilité pour le patient de choisir le professionnel avec lequel il engage une relation de soins sur le long terme, la stabilité du professionnel dans son poste, des outils de continuité tel le dossier médical...), le travail clinique (écoute, examen physique fiable et capacité diagnostique) basé sur l'approche centrée sur le patient (qui suppose respect, écoute, prise en compte de l'environnement psychosocial du patient, et négociation), la médecine de famille offre des réponses précieuses aux problèmes de qualité des soins identifiés. Le renforcement de la dimension individuelle inclut aussi bien les aspects curatifs que préventifs. Il s'agit pour la prévention d'évoluer vers une prise en charge «sur mesure» et de donner ainsi tout son sens à l'intégration des soins curatifs et préventifs, plutôt que se limiter à l'application standardisée et anonyme de programmes (Unger *et al.* 2002).

Pour utiliser au mieux le potentiel du concept de médecine de famille dans des contextes de pays en développement, il est nécessaire de :

- Stimuler un débat conceptuel pour comprendre et adapter le concept au contexte
- Appuyer le débat conceptuel sur l'observation concrète de la pratique de médecine de famille
- Découpler la discussion sur le concept de celle sur les ressources humaines pour ne pas limiter l'utilisation du concept aux seuls médecins
- Découpler la discussion sur le concept de celle sur le statut de «spécialiste en médecine de famille»

STIMULER UN DÉBAT CONCEPTUEL

Enseignements des études de cas

Le concept de médecine de famille ne va pas de soi. Les interprétations sont nombreuses et les malentendus aussi. En Afrique du Sud comme en Thaïlande, certains «courants» mettent l'accent sur les spécificités liées à la relation de soins qui s'établit sur la durée (approche centrée sur le patient, approche bio-psycho-sociale, continuité...) tandis que d'autres défendent l'idée d'un médecin de famille qui soit une sorte de «super technicien» dans les domaines prioritaires (pédiatrie, gynéco obstétrique...).

L'Approche Centrée sur le Patient) prête à des interprétations diverses. Certains professeurs de MF sud-africains (qui ne représentent pas un courant dominant parmi les médecins) ont contribué à l'élaboration con-

ceptuelle de l'approche centrée sur le patient, l'enseignent et encouragent son utilisation non seulement en pratique de médecine générale privée mais aussi dans les services de 1^{ère} ligne publics. A Cuba, la réforme de la MF a voulu promouvoir le passage d'une approche biomédicale de la santé à une approche bio-psycho-sociale. Cette dernière représente un progrès important mais doit être différenciée de l'approche centrée sur le patient dans la mesure où l'agenda du prestataire de soins reste très prépondérant par rapport à celui du patient. Ceci est particulièrement vrai pour les aspects préventifs et promotionnels qui reposent souvent plus sur la mise en œuvre verticale de programmes que sur une prise en charge «sur mesure».

L'importance de la relation dans la durée entre le professionnel et le patient est souvent incomprise et les conditions structurelles lui sont souvent défavorables. Ainsi au Mali, l'instabilité du personnel grève lourdement l'établissement de relations durables avec les patients. Dans certains centres de santé publics d'Afrique du Sud, la tentative de renforcer les soins curatifs par des consultations occasionnelles d'un médecin ne favorise pas la continuité de la relation, sauf dans les situations où le médecin, plutôt que de substituer à l'infirmière, vient en appui aux soins dispensés par les professionnels permanents. En Thaïlande, le recours épisodique à des médecins hospitaliers pour renforcer les services de 1^{ère} ligne se fait également aux dépens de la continuité de la relation. Des outils de continuité tel que le dossier médical sont rarement utilisés de façon appropriée. Le dossier médical global n'existe pas en 1^{ère} ligne au Mali. Il a été récemment introduit en Thaïlande, mais davantage comme un outil administratif lié au mode de financement que comme un outil de suivi clinique des patients. A Cuba il existe, mais est souvent perçu par les médecins de famille comme un outil de vérification de l'exécution des programmes plutôt qu'un document de synthèse de la santé du patient.

La qualité de la dimension individuelle des soins prônée par la MF peut entrer en tension avec la dimension collective des soins prônée par les SSP. La recherche de l'équilibre entre ces deux aspects est l'un des points de discussion conceptuelle qui n'a pas encore trouvé de consensus en Thaïlande. En Afrique du Sud, le développement de la médecine générale privée, centrée sur la dimension individuelle des soins se fait au détriment d'un secteur public de plus en plus transformé en «services pour les pauvres», centré sur les aspects plus collectifs des soins. Le Mali a trouvé un certain équilibre à cet égard à travers les centres de santé communautaires,

dont la gestion participative au niveau local favorise la prise en compte simultanée de la qualité des soins individuels et des performances à l'égard de la collectivité . Le modèle Cubain de la MF, se démarquant du modèle dominant, a fait le choix d'impliquer fortement les médecins de famille dans la dimension collective des soins et dans les activités de prévention et promotion. Il y a eu dans ce cas un effort de synthèse entre MF et SSP.

Leçons

Si la médecine de famille a fait l'objet d'une réflexion conceptuelle qui dépasse les frontières, il n'y a pas unanimité sur le concept, et les interprétations sont variées d'un pays à l'autre et parfois au sein d'un même pays. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en développement dont un certain nombre découvrent le concept. Il n'est donc pas étonnant que des zones de flou et de confusion existent et qu'un travail de clarification conceptuelle et de débat sur l'acceptabilité et l'adaptation du concept soit nécessaire. A Cuba, l'une des grandes forces de la réforme est d'avoir su expliciter, suite à un processus de réflexion, une identité conceptuelle propre à la MF Cubaine. En Thaïlande, un processus de discussion conceptuelle a eu lieu, mais il n'a jusqu'à présent pas mené à un consensus sur ce que devrait être la MF Thaïlandaise.

Recommandations

Le recours au concept de MF comme stratégie de renforcement de la qualité des soins en 1^{ère} ligne suppose un processus de réflexion qui permette de clarifier le concept, de discuter son adaptation contextuelle et de favoriser son appropriation par les acteurs concernés. Ce processus doit permettre aux spécificités de la MF telles que l'approche centrée sur le patient ou la notion de relation dans la durée d'être discutées en profondeur, en envisageant très concrètement les implications pratiques de ces orientations.

La formule la plus opportune pour stimuler un tel débat doit être définie selon le contexte. Il peut s'agir de l'explicitation progressive de leur pratique par des professionnels participant à des expériences novatrices, ou encore (dans le cadre de réformes à échelle nationale) d'une plate-forme large regroupant praticiens, décideurs, gestionnaires, formateurs, responsables académiques, représentants d'associations professionnelles, représentants de groupements d'usagers... Quelle que soit l'approche retenue, il semble indispensable d'y impliquer les professionnels directement concernés, et d'établir des ponts entre eux et les décideurs.

Lorsqu'un pays ambitionne de mettre en œuvre une réforme du système de soins basé sur la MF, il est alors nécessaire que le processus de réflexion débouche sur une vision largement partagée (qui peut évoluer dans le temps) nécessaire pour guider l'amélioration concrète des services. Le renforcement de la dimension individuelle des soins dans les pays en développement ne doit pas mettre en péril l'aspect plus collectif. Il convient de trouver un équilibre, dans un esprit de synthèse entre MF et SSP.

APPUYER LE DÉBAT CONCEPTUEL SUR L'OBSERVATION DE LA PRATIQUE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Enseignements des études de cas

Pour un certain nombre de pays, les nombreux malentendus et confusions sur le concept de médecine de famille sont liés à l'absence d'image concrète de ce qu'elle représente. Il est en effet difficile de débattre de ce que l'on n'imagine pas. Trois des pays concernés par les études de cas n'ont pas de tradition de MF. Ils ont chacun utilisé des stratégies différentes pour entrer en contact avec une pratique de MF .

L'observation de différents systèmes de soins : A Cuba, pays très fortement centralisé, le processus de réflexion s'est déroulé au niveau central, mais s'est appuyé sur des visites d'étude préalables dans sept pays étrangers, menant par contrastes et similitudes à la vision de ce qui allait devenir le « modèle cubain » de la médecine de famille.

La mise en place de lieux d'expérimentation : En Thaïlande, des expériences inspirées des concepts de MF se sont développées avant et pendant le processus de réforme. Certains des acteurs de ces expériences initiales ont fait des voyages d'étude en Ecosse pour y observer la *general practice*. Ces expériences ont été des lieux d'observation utiles et ont « inspiré » d'autres lieux d'expérimentation et certains éléments de la réforme en cours. Leur utilisation par le niveau central pour clarifier les concepts et guider la mise en œuvre de la réforme n'a cependant pas abouti à un consensus.

Les échanges entre professionnels de différents pays : Les « médecins de campagne » maliens sont impliqués, grâce au support de l'ONG Santé Sud, dans un processus d'échanges Nord-Sud avec des médecins généralistes français. Ces échanges permettent à des professionnels d'observer un autre mode de pratique dans un autre contexte, et de réfléchir à partir des observations mutuelles sur leur propre pratique de 1^{ère} ligne. Ils contribuent ainsi

à l'explicitation des dimensions communes au métier ainsi qu'aux spécificités de la pratique au Mali.

Leçons

Le flou conceptuel sur la médecine de famille est particulièrement marqué dans les pays en développement qui ne peuvent pas appuyer le concept sur des images concrètes d'une pratique de MF.

Recommandations

Il importe de favoriser les stratégies permettant, à travers l'observation de pratiques concrètes, d'alimenter la discussion conceptuelle et de diffuser des modèles de pratique adaptés au contexte. Différentes options sont envisageables :

L'expérimentation locale est très riche parce qu'elle permet d'articuler la réflexion et la mise en œuvre, de tester des options pour adapter le concept au contexte. De plus, elle peut permettre à un grand nombre de se familiariser avec le concept et la pratique en constituant un lieu de visites ou un lieu de formation.

Les échanges entre professionnels de pays différents se font généralement à petite échelle. Ils sont particulièrement adaptés pour accompagner le développement d'expérimentations locales. Ils sont généralement perçus comme très enrichissants par les professionnels concernés, à la fois sur le plan professionnel et sur un plan plus global.

La visite d'étude de système de soins à l'étranger est adaptée pour des décideurs politiques, qui ont besoin de comprendre le concept tout en le mettant en perspective dans un système donné. A elle seule, il ne répond toutefois pas au manque de « modèles de rôles » pour l'ensemble des acteurs.

Ces différentes options ne sont pas exclusives et gagnent à être associées. Elles doivent aussi s'inscrire dans le processus de réflexion plus global que nous avons évoqué ci-dessus.

DÉCOUPLER LA DISCUSSION SUR LE CONCEPT DE MF DE CELLE SUR LES RESSOURCES HUMAINES

La médecine de famille est généralement entendue comme un mode de pratique délivrée par des médecins. C'est la conséquence logique du développement historique de la discipline qui s'est construite à partir de la pratique des médecins dans les pays du Nord. Pendant longtemps les définitions de la MF consistaient en une énumération des fonctions du médecin de famille (Leeuwenhorst 1974, WONCA 1991, Olesen *et al.* 2000). Ce n'est

que récemment que la définition de la médecine de famille comme discipline a été séparée de la définition des compétences requises pour le médecin de famille (WONCA Europe 2002).

Enseignement de la recherche

Lors de son émergence dans les pays du Sud, le couplage de la médecine de famille à la profession de médecin n'a généralement pas été remis en question. Les pays qui envisagent des réformes promouvant la médecine de famille ont le plus souvent déjà des médecins prestataires de 1^{ère} ligne (Amérique Latine, Tunisie, Egypte). Dans le cas contraire, la réforme est une opportunité de poser la question soit du remplacement des infirmiers par des médecins soit de modifications substantielles dans la formation des infirmiers visant principalement à renforcer leurs compétences cliniques (Thaïlande).

Il y a cependant des arguments pour penser qu'il n'est pas indispensable d'être médecin pour avoir une pratique de médecine de famille. La littérature sur ce sujet renvoie à des expériences avec des nurse practitioners. Plusieurs pays du Nord (Amérique du Nord et Grande-Bretagne) font en effet depuis plus de dix ans une démarche inverse à celle des pays du Sud, en ayant recours à des infirmières à la place de médecins pour délivrer des soins de 1^{ère} ligne dans des cabinets de médecine générale et des services d'urgences⁵. Plutôt qu'une formation classique en nursing, ces nurse practitioners ont une formation qui les prépare à mener de façon autonome une activité diagnostique et thérapeutique. Une revue systématique de ces expériences tend à montrer que les infirmières peuvent délivrer des soins équivalents en terme de résultats pour la santé, et jugés satisfaisants par les patients (Horrocks *et al.* 2002). L'observation aussi bien dans les pays du Nord que du Sud tend à montrer que certains aspects essentiels des soins et services de 1^{ère} ligne ne sont pas l'apanage des médecins. Il s'agit en particulier de l'approche bio-psycho-sociale et de la continuité des soins. Par ailleurs, tous ceux qui ont travaillé dans les pays du Sud ont rencontré des assistants médicaux ou des infirmiers(ères) qui avaient une pratique de MF, spontanément, ou suite à une formation théorique ou pratique. En Thaïlande, la question «médecins ou nurse practitioners» n'est pas tranchée, et à côté de formations destinées aux médecins voulant se spécialiser en médecine de

⁵ Les motifs avancés pour expliquer ce choix dans des contextes où il n'y a pas de pénurie majeure de médecins sont la notion de moindre coûts, le besoin d'améliorer l'accessibilité aux soins, la disponibilité des médecins, et les compétences de ces infirmières.

famille, d'autres formations cherchent à renforcer les compétences cliniques des infirmières en poste. Il est probable que la coexistence de ces deux catégories de professionnels se transforme en une situation de fait, que ce soit à titre transitoire - en attendant qu'un nombre suffisant de médecins soit disponible pour la première ligne - ou à plus long terme.

A l'opposé, les médecins de 1^{ère} ligne ne pratiquent pas nécessairement la MF. En Thaïlande, les médecins assurent des fonctions de 1^{ère} ligne de trois façons, d'une part au niveau des consultations externes hospitalières qui sont très fréquentées, d'autre part dans des pratiques privées après les heures de travail, et enfin (dans le cadre de la réforme) dans les centres de santé publics sous forme de vacations plus ou moins régulières. En revanche, les médecins de 1^{ère} ligne temps plein sont rares. L'ensemble de ces médecins ont une identité et une pratique de médecine hospitalière. Ils n'ont ni la formation ni la « culture professionnelle » de la MF. Au Mali, la présence de médecins de 1^{ère} ligne induit, souvent à juste titre, une extension technique des soins, mais pas nécessairement un renforcement de l'interaction clinique individuelle.

Leçons

Le diplôme de médecin n'est pas un élément constitutif absolu du concept de médecine de famille.. Si ce concept propose un ensemble de responsabilités et de fonctions qui ont été historiquement délivrées par des médecins, plusieurs arguments montrent qu'il n'y a pas de relation obligatoire entre médecins et médecine de famille. C'est pourquoi, dans la mesure où de nombreux pays en développement n'ont encore qu'un nombre limité de médecins de 1^{ère} ligne, nous avons pris le parti de différencier la discipline (médecine de famille) de ses ressources humaines habituelles (médecins de famille).

Les expériences qui essaient délibérément de transmettre les principes de MF aux non médecins sont rares et leur succès suppose une formation de base suffisante et des mécanismes d'accompagnement favorisant le développement professionnel de ce personnel et promouvant leurs capacités d'initiatives, au-delà de l'application de procédures standardisées (Van Balen & Van Dormael 1999). L'expérience des médecins de famille de la faculté de MEDUNSA en Afrique du Sud, qui travaillent à intégrer des principes de MF dans la formation des infirmières de 1^{ère} ligne, va dans ce sens.

Recommandations

Il ne suffit pas de placer des médecins en première ligne pour garantir une pratique de médecine de famille.

Inversement, il est envisageable de mettre en œuvre les concepts de la médecine de famille également là où la première ligne n'est pas «médicalisée».

Des recherches sont à développer pour expérimenter de façon systématique l'apport de la médecine de famille à la pratique de non médecins, et identifier les aspects conceptuels de la MF qui sont dépendants ou non de la «profession médecin».

DÉCOUPLER LA DISCUSSION SUR LE CONCEPT DE CELLE SUR LE STATUT DE «SPÉCIALISTE EN MF»

Enseignement de la recherche

Le courant de la MF, représenté au niveau mondial par la WONCA, est fortement engagé depuis plusieurs années dans la promotion de la MF comme spécialité à part entière donnant accès au statut de spécialiste (Boelen *et al* 2002). L'idée est cohérente : la reconnaissance de la MF comme domaine spécifique appelle une formation spécifique qui doit logiquement mener au statut de spécialiste. Le développement académique de la discipline se met progressivement en place. En 1995, 56 pays au moins offraient des programmes de formation post-graduée (généralement en trois ans) pour la MF (majoritairement sur les continents américains, australien et européen). Dans de nombreux autres pays (d'Europe et d'Asie), de tels programmes étaient en cours de développement. Seul le continent africain restait peu concerné par ce phénomène, à trois exceptions près : l'Afrique du Sud, l'Égypte, et le Nigeria (Haq *et al.* 1996). L'objectif de spécialisation, tout à fait pertinent et justifié dans certains pays, peut être contre-productif dans certains autres.

Dans les contextes où les médecins sont relativement nombreux et la spécialisation fortement valorisée (nombreux pays d'Amérique Latine et du Proche et Moyen-Orient, certains pays de l'Afrique du Nord et d'Asie du Sud-Est), l'instauration d'une spécialisation obligatoire en médecine de famille pour exercer en première ligne peut être une stratégie pertinente non seulement pour former les médecins de famille mais aussi pour légitimer et renforcer l'identité conceptuelle et professionnelle de la première ligne dans le système.

C'est le cas à Cuba, qui a retenu la spécialisation des médecins de famille comme un signe de l'importance politique attachée à leur rôle. Pour parvenir à former des médecins de famille en grand nombre en partant «ex nihilo» (pas de discipline académique de MF ni de spécialistes en MF), les options de formation ont été : (i) une formation sur le terrain (formation des médecins dans leur poste de médecine de famille, avec alternance de guidance intensive sur le terrain, de séminaires et de stages de formation), et (ii) une formation par les «spécialistes de base» (pédiatres, gynécobstétriciens et internistes) précédemment en charge de la première ligne.

En revanche, l'instauration d'une spécialisation en médecine de famille n'est pas justifiée dans les pays où les médecins sont peu nombreux, les spécialistes rares, et/ou la première ligne tenue principalement par des non-médecins. Dans ces contextes, former des médecins spécialistes en MF pourrait être pertinent si ces derniers étaient responsables de guider et former les personnels non-médecins en charge de la première ligne dans le sens d'une pratique de médecine de famille. Ce cas de figure existe (Faculté de MEDUNSA en Afrique du Sud) mais il est exceptionnel. Un effet pervers du développement d'une spécialisation en médecine de famille dans de tels contextes est que les spécialistes en MF ainsi formés rejoignent le rang des spécialistes concentrés dans les zones urbaines, dans les grosses structures hospitalières ou dans le secteur ambulatoire privé à but lucratif (Afrique du Sud, Thaïlande, nombreux pays d'Amérique Latine). Ils contribuent alors au creusement des inéquités... et non au renforcement global de la première ligne. Ainsi en Thaïlande, de nombreux médecins sont candidats à la filière de formation «rapide» à la spécialité de médecine de famille parce que ce diplôme représente pour eux un atout supplémentaire dans leur carrière professionnelle. La plupart d'entre eux n'exercent cependant pas en première ligne ou seulement dans le cadre de leur pratique privée à temps partiel. Au Mali, compte tenu du faible nombre de médecins en général et de spécialistes en particulier, la spécialisation en MF pour exercer en première ligne serait actuellement un non sens. En revanche, l'introduction d'un enseignement aux concepts de la MF dans le curriculum de base pourrait être utile pour l'ensemble des médecins, quelles que soient leurs fonctions ultérieures.

Leçons

La spécialisation peut être une option utile pour renforcer la médecine de famille dans les pays où la spécialisation en médecine est forte. Toutefois, si

le titre de spécialiste en MF n'est qu'un moyen de légitimation et ne correspond pas à des capacités spécifiques, la MF d'y gagne pas en crédibilité et il ne faut pas en attendre une amélioration de la qualité des soins. Une formation à travers une pratique accompagnée (comme à Cuba) favorise l'adéquation du contenu de la formation à la pratique en première ligne, en même temps qu'elle ne prolonge pas les études aux dépens de l'entrée dans la pratique. Cette formule suppose toutefois une forte capacité d'encadrement.

Par contre, dans les pays en développement où le processus de spécialisation est faible dans son ensemble, l'enjeu actuel n'est pas la reconnaissance de la médecine de famille comme spécialité (menant à un statut de spécialiste), mais bien la reconnaissance des spécificités de la médecine de famille, comme source d'inspiration pour renforcer la qualité des soins et services de 1^{ère} ligne. Pour cela, l'ancrage académique dans le curriculum de base en médecine peut être utile... pas la spécialisation.

Recommandations

La reconnaissance de la médecine de famille comme spécialité n'est pas un objectif mais un moyen. L'objectif est l'utilisation optimale du concept de médecine de famille pour renforcer la qualité des soins et services en première ligne.

Il est en conséquence important de ne pas avoir de position de principe par rapport à la spécialisation en médecine de famille, mais d'adapter sa position en fonction des enjeux contextuels.

Le potentiel des médecins en première ligne et les conditions de réalisation

La compétence clinique dans sa dimension purement biomédicale est le premier atout des médecins sur la plupart des non médecins⁶. Elle est basée

⁶ Dans les pays en développement où les personnels de santé en charge de la première ligne ne sont pas médecins, l'hétérogénéité de ce que l'on regroupe sous le terme «non-médecins» est à souligner. Selon les contextes, l'éventail des personnels de santé peut aller de l'agent villageois à l'assistant médical ou à la *nurse practitioner*, en passant par différents grades d'infirmiers et techniciens de santé. Les variations sont majeures, à la fois en terme de niveau général de formation et d'adéquation de la formation aux fonctions. Dans la plupart des cas, ce sont des infirmiers ayant bénéficié de formations souvent limitées (deux ans), qui sont en charge des services de 1^{ère} ligne, et le gradient de compétence entre eux et les médecins demeure important.

sur un champ de connaissances théoriques plus large et plus approfondi, et sur une pratique clinique généralement (mais pas systématiquement) plus solide. C'est souvent à partir de cette compétence technique, rarement contestée, que la supériorité globale des médecins sur les non médecins est extrapolée. Même lorsque l'on ne réduit pas la qualité des soins à leur dimension technique, il n'en est pas moins vrai que cette dernière est un élément essentiel de la qualité globale. Les médecins peuvent donc améliorer la capacité résolutive de la première ligne en renforçant la composante technique de l'interaction clinique individuelle.

Le deuxième atout des médecins est leur professionnalisme potentiel. Par professionnalisme, nous entendons la capacité de mettre en œuvre des compétences complexes pour résoudre un problème particulier de la manière la plus adéquate possible et dans le respect de principes éthiques considérés comme importants par la société. Le professionnalisme suppose une réflexivité permettant de dépasser l'application routinière d'instructions standardisées tout en offrant des garanties d'efficacité (Schön 1994). La formation des médecins les rend, en principe, capables d'examiner le bien fondé technique de plusieurs solutions alternatives à un problème donné, et d'adapter de façon autonome la décision en étant capable d'en justifier le pourquoi. Cette souplesse est en règle générale moins grande chez des infirmiers, et la standardisation des décisions cliniques sur base d'algorithmes est davantage nécessaire pour garantir la pertinence technique de leurs décisions. Par contre, le respect de principes éthiques ne varie a priori pas selon que le prestataire est médecin ou infirmier.

La présence de médecins est donc susceptible de renforcer le professionnalisme au niveau de la première ligne et dès lors de répondre en souplesse à la complexité⁷ des problèmes de façon techniquement adéquate, et appropriée aux aspirations particulières des individus et de la collectivité locale.

Compte tenu du niveau et du type de formation des personnels de santé en charge de la première ligne dans de nombreux pays en développement, les médecins apportent une «valeur ajoutée potentielle». Ils peuvent en effet permettre à la première ligne de prendre adéquatement en charge un plus grand nombre de problèmes en (i) améliorant sa capacité résolutive technique grâce à leur bagage biomédical et en (ii) améliorant sa capacité

⁷ McWhinney souligne que, de toutes les disciplines cliniques, la médecine générale est celle qui travaille au plus haut niveau de complexité et d'incertitude (McWhinney 1996)

d'adaptation décisionnelle aux cas particuliers grâce à leur professionnalisme. La réalisation de ce potentiel n'est toutefois pas automatique et suppose des stratégies visant à favoriser leur professionnalisme et à développer des identités professionnelles favorables à une première ligne de qualité.

PROMOUVOIR LE PROFESSIONNALISME DES MÉDECINS

Enseignement des études de cas

Le professionnalisme dont se revendiquent les médecins suppose à la fois des notions d'éthique et de compétence justifiant leur autonomie professionnelle (Freidson 1972). Selon les contextes, ces dimensions sont plus ou moins présentes parmi les médecins.

A Cuba, tous les services de soins sont publics. Dans ce système très fortement centralisé, l'autonomie professionnelle des médecins de famille est relativement peu développée, ce qui entrave l'adaptation des réponses aux demandes des individus et des communautés. En revanche la notion d'engagement professionnel et de service au public est très forte. L'éthique professionnelle semble correspondre d'abord à une éthique de service public.

En Thaïlande l'identité de fonctionnaire, avec les devoirs et responsabilités qui lui sont attachés, est également marquée dans les services publics. Mais avec la montée en puissance du secteur privé et la proportion grandissante de médecins ayant une activité mixte, publique hospitalière et privée de première ligne, cette dynamique pourrait évoluer dans le sens d'un affaiblissement du sentiment de responsabilité des médecins vis-à-vis de la société.

En Afrique du Sud, les médecins, travaillant très majoritairement (72%) dans le secteur privé auquel seule une minorité de la population a accès, constituent un corps professionnel organisé qui fait preuve d'une grande autonomie, utilisée souvent dans une logique corporatiste de défense d'intérêts. La période de dérégulation des systèmes d'assurances maladies (liées au secteur privé) pendant les années 90 a conduit à une augmentation très inquiétante des inéquités. La focalisation des médecins généralistes sur la qualité des soins à leurs patients individuels conduit la plupart d'entre eux à ne pas se sentir interpellés sur le plan éthique par les difficultés d'accès aux soins pour ceux qui ne sont pas leurs patients.

Au Mali, la plupart des services de 1^{ère} ligne ne relèvent pas de la fonction publique mais sont soit des services communautaires à finalité so-

ciale soit des services privés, à finalité sociale ou lucrative. Les caractéristiques d'autonomie, de prise d'initiatives, de responsabilité, d'adaptation à des situations complexes se remarquent chez les médecins de 1^{ère} ligne : ils élargissent le paquet d'activités minimum proposé, expérimentent des mécanismes de mutuelles, exercent leur pouvoir de négociation avec les communautés, visitent leurs patients hospitalisés... Cette autonomie est à double tranchant. Si elle peut contribuer au renforcement du système de soins, il est nécessaire de trouver des mécanismes pour que l'autonomie de décision s'exerce dans l'intérêt des patients et de la collectivité. Il convient de souligner le rôle de «l'Association des Médecins de Campagne» maliens qui, à travers l'élaboration d'une charte des médecins de campagne et d'échanges sur leurs expériences professionnelles, contribue au développement progressif d'une réflexion sur l'éthique professionnelle et de mécanismes de contrôle entre pairs.

Leçons

Le degré de professionnalisme des médecins peut varier. Deux de ses principales caractéristiques, autonomie et éthique professionnelle, se développent différemment en quantité et en qualité selon les contextes.

L'autonomie professionnelle apparaît moins développée dans le secteur public en raison d'interprétations rigides de directives transmises par voie hiérarchique, ce qui pose la question de la tension entre professionnalisme et bureaucratie. L'éthique professionnelle n'est quant à elle garantie dans aucun des deux secteurs. Elle suppose des mécanismes de régulation venant de la culture organisationnelle – comme dans le secteur public en Thaïlande, empreint d'une forte éthique de service au public – ou encore de contrôles par les pairs, notamment dans le cadre d'associations professionnelles.

Recommandations

Explorer plus avant le professionnalisme et sa relation à la qualité des soins est un axe de recherche extrêmement pertinent, qui établit un pont entre les notions de qualité et de ressources humaines.

Plus spécifiquement, il peut s'agir de tester des stratégies de promotion ou de renforcement du professionnalisme telles que les échanges entre professionnels sur leur métier, le développement d'associations professionnelles au sein desquelles une réflexion sur la profession, son expertise, son éthique et son degré d'autonomie peut se développer. Il est important de tester de telles stratégies tant dans des contextes de services publics que

privés. Les initiatives existantes (comme par exemple l'Association des Médecins de Campagne au Mali) constituent une porte d'entrée privilégiée.

DÉVELOPPER DES IDENTITÉS PROFESSIONNELLES FAVORABLES À UNE PREMIÈRE LIGNE DE QUALITÉ

Enseignement des études de cas

A Cuba, la réforme de médecine de famille a mis un accent important sur la construction d'une identité professionnelle de médecins de famille à travers la formation et l'élaboration d'un statut de spécialiste et de perspectives de carrière. Il y a une grande cohérence entre la formation, les fonctions proposés, le statut et les profils de carrière possibles. Ces éléments jouent indubitablement un rôle important dans la qualité des services offerts. Cela doit cependant être nuancé par le fait qu'être médecin de famille est parfois une «figure imposée». Pendant les quinze dernières années la filière de spécialisation en MF était en effet pratiquement la seule possible (les autres spécialisations ayant été réduites au minimum pour permettre la formation massive de médecins de famille). Si certains sont devenus médecins de famille par conviction, il s'agit pour d'autres d'un non-choix. Un certain nombre de médecins de famille expriment leurs difficultés à accepter un profil qu'ils trouvent trop orienté sur des aspects de prévention et de promotion, et aspirent à une pratique curative plus diversifiée et plus développée – notamment sur le plan technique.

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays d'Afrique sub-saharienne qui abrite une tradition de médecine générale. Cette tradition est liée au développement de la population blanche du pays qui a importé avec elle une pratique de médecine générale libérale, et qui a participé au mouvement de conceptualisation de la médecine de famille à partir de cette pratique. Il y a donc une «pratique» et une identité professionnelle de médecine générale, ancrée dans la fonction clinique et la dimension individuelle des soins, proche de ce que l'on peut observer en Europe. L'identité professionnelle est cohérente avec la pratique, mais comme nous l'avons souligné, son ancrage dans une médecine libérale laisse largement de côté les aspects préventifs et collectifs.

La Thaïlande est dans une période de transition caractérisée entre autres par un hiatus important entre d'un côté l'identité professionnelle des médecins qui est dominée par la pratique hospitalière biomédicale, et de l'autre l'orientation affirmée d'aller vers des services de 1^{ère} ligne basés sur

le modèle de MF. La stratégie consistant à renforcer les centres de santé en envoyant des médecins hospitaliers y faire des vacances cliniques plus ou moins régulières témoigne de ce hiatus, les médecins hospitaliers n'étant pas préparés aux spécificités de la MF.

Au Mali, un processus de construction d'une identité professionnelle nouvelle est en cours chez les médecins de campagne, à travers le partage d'idée et d'expériences au sein de l'association qu'ils ont créée (l'Association des Médecins de Campagne), à travers les échanges entre médecins du Nord et du Sud (avec des médecins français) et à travers une éthique partagée dans la charte des médecins de campagne. Il n'y a pas jusqu'à présent de consensus conceptuel clairement partagé sur ce que doit être un médecin de 1^{ère} ligne au Mali, et on observe chez certains médecins un intérêt marqué pour un renforcement technique des fonctions telles qu'ils les ont exercées en milieu hospitalier (par exemple développement d'activités chirurgicales ou de laboratoire). Ce renforcement est justifié dans certains cas, mais peut poser problème lorsqu'il se fait aux dépens des spécificités de la médecine de famille. Le manque d'adéquation entre leur formation de base et leurs fonctions de prestataires de 1^{ère} ligne a cependant été identifié comme un problème important par les « médecins de campagne » qui souhaitent mettre en place une formation théorique et pratique mieux adaptée. Cette formation peut être une opportunité de poursuivre la réflexion sur l'identité professionnelle de médecins de 1^{ère} ligne.

Leçons

Pour que les médecins contribuent substantiellement au renforcement de la première ligne, il importe de favoriser la construction d'une identité professionnelle cohérente avec les fonctions attendues. Or très souvent, l'identité professionnelle reste ancrée dans une pratique hospitalière mettant unilatéralement l'accent sur la dimension biomédicale des soins. L'expertise et le professionnalisme des médecins (capacités de synthèse, et d'adaptation des connaissances générales au cas particulier) sont très précieux pour les fonctions spécifiques de la 1^{ère} ligne, et notamment la prise en compte des dimensions psychosociales des problèmes, la capacité de négocier avec le patient et la communauté, la capacité de gérer la complexité mais aussi l'incertitude. Cependant, ces aspects ne sont le plus souvent pas intégrés à la formation de base des médecins dans les pays du Sud, et ne font généralement pas partie du « role model » proposé par les médecins hospitaliers que côtoient les étudiants pendant leur formation. En conséquence, la capacité

des médecins à utiliser leur potentiel pour le mettre au service des spécificités de la première ligne n'est pas automatique (certains le font spontanément, parce que cela correspond à leur personnalité ou qu'ils sont particulièrement motivés pour ça).

Recommandations

Il est possible de favoriser la construction d'une identité professionnelle adaptée à la première ligne, en appuyant l'expertise et le professionnalisme des médecins sur (i) une vision conceptuelle de la première ligne, (ii) des apprentissages spécifiques à la 1^{ère} ligne (approche centrée sur le patient, coordination et continuité des soins, prise de décision adaptée à l'épidémiologie de la 1^{ère} ligne, dimension collective des soins), (iii) des «role models» de professionnels exerçant cette pratique.

Favoriser le développement de profils de carrière qui soient à la fois valorisant et cohérents avec l'identité professionnelle de 1^{ère} ligne est un 2^{ème} axe de travail important. L'expérience Cubaine dans ce domaine peut servir de source d'inspiration ailleurs.

Le partenariat avec les universités est souhaitable, mais les associations professionnelles et les ONGs peuvent aussi jouer un rôle très constructif pour ces axes de travail.

Les stratégies de formation peuvent être de plusieurs types. L'intégration des principes de MF et de SSP dans le curriculum de base des médecins est à promouvoir ainsi que le développement de stages pratiques en première ligne. Des formations plus spécifiques ciblées sur les médecins qui prennent un poste en première ligne peuvent être envisagées. Le développement et/ou le soutien à des lieux qui puissent offrir une image concrète de la pratique de 1^{ère} ligne est, là encore, une stratégie de formation importante.

Interactions entre Médecine de Famille, médecins de 1^{ère} ligne et système de soins

La médecine de famille et les médecins de 1^{ère} ligne sont susceptibles de renforcer la première ligne et le système de soins dans son ensemble, mais ceci suppose des conditions favorables au niveau des politiques de santé. En particulier

- Il est souhaitable que la décision de «médicaliser» la première ligne tienne compte du contexte économique et social.
- La MF et les médecins de 1^{ère} ligne doivent pouvoir se développer dans

- le cadre d'un système de soins à finalité publique.
- Le système doit créer des conditions structurelles favorables au développement d'une première ligne forte.

CONDITIONS DE «MÉDICALISATION» DE LA PREMIÈRE LIGNE

Enseignement des études de cas

Dans quelles conditions est-il pertinent de remplacer les infirmiers par des médecins ?

Un premier facteur est bien sûr le nombre de médecins disponibles dans le pays. Là où il y a peu de médecins, la solution la plus rationnelle est d'affecter les médecins dans les hôpitaux périphériques, avec pour fonctions l'encadrement et la formation continue des infirmiers ou assistants médicaux et la prise en charge des patients référés. Dans ce cas, le médecin de district devrait lui-même travailler dans une logique de médecin de famille, puisqu'il délègue ses fonctions et veille à leur bonne réalisation (Van Dormael 1995). Parfois considérée comme un pis-aller, cette stratégie peut pourtant donner d'excellents résultats, pour autant que ses conditions de mise en oeuvre soient favorables, ce qui n'est souvent pas le cas dans la pratique. La formation de base des «infirmiers» est souvent trop limitée pour permettre un réel développement des capacités ; ils travaillent dans des conditions parfois difficiles et sont peu soutenus par leurs supérieurs ; la supervision est réduite à des contrôles administratifs ponctuels, et la notion même de délégation des fonctions, qui implique de la part du médecin qui délègue un sentiment de responsabilité pour la qualité du travail, se dilue. Aux problèmes liés à la formation de base de ces prestataires s'ajoutent les pesanteurs bureaucratiques qui étouffent dans l'œuf les initiatives, stérilisent la conscience professionnelle des plus dynamiques et induisent une culture de travail où le respect des normes prime sur le service rendu aux patients. Les stratégies de renforcement de la formation de base du personnel de première ligne doivent donc s'accompagner d'un appui effectif au personnel en place et de stratégies favorisant le développement professionnel du personnel, en particulier à travers des supervisions à visée formative. Au Mali, cette stratégie reste essentielle pour la majorité des centres de santé dirigés par des infirmiers.

L'expérience du Mali – pays «pauvre» en médecins – montre cependant que des facteurs autres que le nombre de médecins interviennent dans la «médicalisation» de la première ligne, et en particulier l'évolution de l'offre et de la demande de la population. Les mesures d'ajustement structu-

rel imposées au gouvernement ont en effet mené, dans les années 1990, à une diminution drastique de l'embauche de médecins dans la fonction publique, avec pour effet une augmentation des cabinets privés. Le phénomène a été particulièrement marqué en ville, mais des médecins se sont également installés en milieu rural. Ultérieurement, certains de ces cabinets sont devenus des centres de santé communautaires, tandis que dans les nouveaux CSCom, la communauté usait de son droit de choisir son prestataire de soins en embauchant, lorsqu'elle en avait les moyens, un médecin. La «médicalisation» des CSCom ne résulte donc pas d'une décision politique, mais d'une évolution de l'offre, qui a rencontré et renforcé une demande.

La première expérience d'un centre de santé public avec médecin en Thaïlande (à Ayutthaya) a également été basée sur l'observation de la demande de la population : dans un contexte urbain où la population avait pris l'habitude de consulter soit les médecins hospitaliers, soit les médecins privés, des soins dispensés par un infirmier semblaient peu acceptables. Il faut toutefois noter que, dans la même ville, un autre centre de santé dirigé par une *nurse practitioner* fonctionne à la satisfaction de ses usagers. Rappelons que la décision de développer la médecine de famille dans le cadre de la réforme en Thaïlande n'exclut pas le recours à des *nurse practitioners* dans la mesure où même si la production de médecins s'avère suffisante dans le futur, il y a pénurie de médecins avec une orientation de médecine de famille.

La décision de médicaliser doit aussi prendre en compte les ressources économiques disponibles. En effet, même si l'on peut faire l'hypothèse que la médicalisation de la première ligne est susceptible de réduire les dépenses hospitalières, la médicalisation à l'échelle d'un pays risque d'augmenter les dépenses globales et constitue un choix politique. Ce choix a été fait à Cuba, dans un contexte où tous les médecins sont fonctionnaires et les soins gratuits. La Thaïlande ambitionne de faire couvrir les dépenses de santé par l'assurance maladie universelle. En Afrique du Sud par contre, on ne trouve généralement de médecins en première ligne que dans les services privés, utilisés par les plus nantis et/ou ceux qui bénéficient d'une assurance maladie. Au Mali, où la première ligne est financée par les communautés locales, on observe que les médecins sont installés dans les zones «riches» ; cette situation pourrait toutefois être affectée par la municipalisation des CSCom et une relative redistribution des ressources de l'Etat entre munici-

palités. Il ne faut cependant pas perdre de vue que la «médicalisation», financée par des fonds publics ou communautaires, entre en concurrence avec d'autres types d'investissements collectifs (écoles, routes ...) importants pour le développement global.

L'expérience du Mali met en évidence que la «médicalisation» de la première ligne suppose, outre le développement d'une identité professionnelle spécifique, de repenser certains aspects de l'organisation du système de soins, et notamment:

- l'adaptation des mécanismes de supervision et de contrôle de qualité, (qui ne peuvent pas disparaître sous prétexte qu'il s'agit de médecins) dans le sens d'un contrôle entre pairs;
- la discussion au niveau du district des activités à réaliser respectivement en première ligne et à l'hôpital de référence, en tenant compte des circonstances locales : la présence de médecins permet d'élargir les activités, mais l'hôpital reste nécessaire pour les problèmes de santé nécessitant une concentration des ressources (matérielles et humaines) ou des cas;
- l'examen de la contribution possible du médecin de 1^{ère} ligne au renforcement du district dans lequel il travaille (selon les circonstances : participation à l'équipe cadre, participation aux gardes à l'hôpital, appui technique aux infirmiers de centres voisins...)

Enfin la «médicalisation» suppose de clarifier les nouveaux rôles des infirmiers, ainsi que le montre également l'expérience cubaine, où le besoin se fait sentir de mieux déterminer les spécificités respectives des médecins et des infirmières dans le cadre de l'équipe de soins primaires.

Leçons

La décision de «médicalisation» de la première ligne est complexe : outre une disponibilité suffisante en médecins – en particulier pour couvrir les besoins des hôpitaux – elle suppose de prendre en compte la demande des usagers, qui évolue sous l'effet de facteurs peu maîtrisables, et le développement social et économique global.

Il ne faut pas sous estimer l'importance des périodes de transition lorsque des médecins prennent le relais d'infirmiers. Préparer la transition suppose des décisions cohérentes à court et moyen terme, pour la production de médecins, leur préparation aux fonctions attendues, et leur statut. Cela suppose aussi des décisions concernant la production et la réorientation des infirmiers, ainsi que la définition des fonctions respectives dans le

cadre d'un travail d'équipe. Cela suppose enfin d'accepter qu'il y ait des inégalités temporaires, dans la mesure où pendant la période de transition des situations diverses vont coexister (service avec infirmier et service avec médecin...)

La médicalisation n'améliore pas automatiquement la qualité des soins de la première ligne; faute d'une identité professionnelle adaptée, on observe une tendance de certains médecins à vouloir se consacrer de manière préférentielle à des activités qui seraient mieux réalisées par l'hôpital.

Recommandations

La décision de «médicalisation» s'inscrit dans un développement global de la société; s'il faut éviter de mettre en péril d'autres secteurs essentiels pour le développement (écoles, routes...), il s'agit toutefois là de choix de valeurs de la société. Ceci implique aussi que la décision de médicalisation doit prendre en compte l'évolution de la demande de la population, à côté des facteurs «objectifs» que sont le nombre total de médecins, les effets prévisibles sur les coûts globaux des soins et l'existence ou non de mécanismes de financement solidaire..

Vu la tendance à l'augmentation globale du nombre de médecins, il convient d'anticiper le phénomène de médicalisation de la première ligne pour prendre en temps utile les mesures d'accompagnement (formation, mécanismes d'assurance qualité...) et concevoir un processus de transition.

Là où la médicalisation de la première ligne n'est pas généralisable dans un avenir proche, une priorité doit être accordée à la réhabilitation des principes de délégation des tâches et au renforcement de la formation de base et de l'encadrement du personnel «infirmier» en charge de la première ligne, dans le sens des concepts de médecine de famille.

MÉDECINE DE FAMILLE ET MÉDECINS DE 1^{ÈRE} LIGNE : CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME DE SOINS À FINALITÉ SOCIALE

Enseignement des études de cas

A Cuba, médecine de famille et médecins de famille sont totalement inscrits dans le système public.

En Thaïlande, la MF est inscrite dans la réforme du système, mais elle en est à ses balbutiements. Il y a un conflit d'intérêt entre les médecins hospitaliers dont une proportion croissante a une activité privée de 1^{ère} ligne après les heures de travail (qui représente une source importante de leurs revenus), et le développement envisagé par la réforme de médecins de fa-

mille qui travailleraient dans les services de 1^{ère} ligne publics et privés. De plus les médecins dans leur ensemble, enracinés dans une culture biomédicale hospitalière, ne semblent actuellement pas « mûrs » pour envisager de prendre la charge des services de 1^{ère} ligne. Ces deux éléments constituent actuellement des obstacles au développement de la MF et à sa contribution au renforcement du système.

En Afrique du Sud, médecine de famille et médecins de 1^{ère} ligne contribuent peu au développement d'un système de soins à finalité publique. D'une part, le pays bénéficie d'une richesse académique de notoriété internationale dans le domaine de la MF, mais qui contribue peu au renforcement de la première ligne à l'échelle du pays. D'autre part, il y a une pratique et une identité professionnelle de médecine générale forte, mais cette pratique reste limitée au secteur privé qui couvre une minorité de la population (20%), et ne pénètre pas ou peu la première ligne du secteur public, sous la responsabilité d'infirmières, et marquée jusqu'il y a peu par des approches essentiellement préventives et promotionnelles. Cette situation trouve ses racines dans l'histoire du pays qui a mené au développement de deux sous-systèmes de soins (l'un public, l'autre privé) dont les connexions sont de plus en plus ténues.

Au Mali le nombre de médecins de 1^{ère} ligne est en augmentation mais leurs statuts et modalités de fonctionnement sont très variés. Certains se situent clairement dans une logique lucrative. Certains s'inscrivent clairement dans une optique de finalité publique. C'est le cas notamment de la plupart des médecins travaillant dans les centres de santé communautaires : à ce titre ils suivent les grandes lignes de la politique sanitaire nationale, sont suivis par les équipes cadres de district, sont intégrés aux différentes réunions de travail du district... Mais on peut aussi trouver hors des centres de santé communautaires des médecins pratiquant dans une logique essentiellement sociale, et inversement des médecins de centres de santé communautaires suivant une logique prioritairement lucrative. Selon l'orientation dominante que prendront dans les années à venir les médecins de 1^{ère} ligne maliens, ils contribueront ou non à la finalité sociale du système de soins.

Leçons

Des mesures de régulation sont nécessaires pour éviter que la présence de médecins n'ait des effets négatifs sur la première ligne et le système. Leur autonomie peut les mener à fonctionner de façon indépendante sans prendre en compte le reste du système. Leur capacité à négocier peut se trans-

former en pouvoir de manipulation qui s'exerce aux dépens des patients ou des communautés, contribuant au creusement de l'inefficacité et des inéquités. Leur professionnalisme peut devenir corporatisme. Leur culture biomédicale hospitalière peut les éloigner des fonctions essentielles d'une première ligne de qualité.

De façon plus globale, la médecine de famille et les médecins prestataires de 1^{ère} ligne peuvent paradoxalement contribuer à affaiblir la finalité sociale du système, si leur développement se niche dans un secteur privé à finalité lucrative sans mécanismes financiers régulateurs. Le développement parallèle des médecins de 1^{ère} ligne et du secteur privé à but lucratif peut contribuer à la diminution de l'accès équitable aux soins de santé de 1^{ère} ligne, comme c'est le cas en Afrique du Sud. La réflexion sur les mécanismes de régulation des secteurs publics et privés devrait être considérée comme prioritaire.

Recommandations

Dans cette période de développement de MF et de médecins de 1^{ère} ligne dans un nombre croissant de pays en développement, il est essentiel de : repérer et soutenir les expériences qui s'inscrivent dans une logique de renforcement des services à finalité sociale ; développer et tester des stratégies qui permettent à la MF et aux médecins de 1^{ère} ligne de s'inscrire dans une logique de finalité sociale. Le lien s'impose ici avec le travail sur l'identité et sur l'éthique professionnelle.

UN SYSTÈME DE SOINS STIMULANT LE DÉVELOPPEMENT D'UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE À FINALITÉ PUBLIQUE

Enseignement des études de cas

La «réforme de la médecine de famille» Cubaine de 1984 exprime dans son intitulé même la position centrale qu'y occupe la médecine de famille. Elle a représenté une «mini révolution» dans un système de santé auparavant très hospitalo-centré et marqué par une culture de la spécialisation. Elle est particulièrement intéressante parce qu'elle illustre comment un travail simultané et cohérent sur l'organisation des services, les concepts et les ressources humaines, peut effectivement transformer un système de soins de santé en le réorganisant autour de services de 1^{ère} ligne renforcés. Le caractère homogène et centralisé du système de soins cubain, ainsi que sa richesse en ressources humaines, ont facilité la cohérence et la mise en œuvre des décisions politiques. En revanche, cette forte centralisation, associée à

la place prépondérante accordée aux programmes, tendent à limiter la contribution de la première ligne à l'adaptation des réponses aux spécificités locales.

La «réforme de la couverture universelle» thaïlandaise qui se met en œuvre depuis 2001 traduit dans son intitulé une option financière prédominante, au moins dans une première phase. La MF est le « porte drapeau » du volet de réforme de l'offre de soins qui vise un renforcement de la première ligne au sein du système. La mise en place d'«unités de soins primaires» n'a pas été soutenue par une conception claire de la médecine de famille qu'il s'agissait de promouvoir, ni par une politique de ressources humaines permettant d'assurer la transition en attendant la formation annoncée d'un nombre suffisant de médecins de famille ou autres personnels préparés à remplir ces fonctions. A ce stade de son évolution, l'expérience thaïlandaise illustre que des avancées au niveau de l'organisation des services, si elles ne sont pas accompagnées d'avancées réelles et cohérentes sur le plan des concepts et des ressources humaines, sont insuffisantes à transformer effectivement la qualité des soins et des services.

Au Mali, la volonté politique de l'Etat vis à vis d'une première ligne à finalité sociale s'exprime à travers son engagement dans la mise en œuvre de la politique des centres de santé communautaires. Si la décentralisation permet l'adaptation aux besoins locaux, cette politique s'est cependant heurtée aux disparités économiques à l'intérieur du pays, qui ont mis en évidence la nécessité de mesures de redistribution des ressources pour généraliser le fonctionnement de ces centres communautaires. D'autre part, le pays est confronté à un problème majeur d'instabilité du personnel des centres de santé communautaires, qui grève le potentiel de la première ligne – que le prestataire soit médecin ou infirmier. Il y a un besoin de renforcer la politique des ressources humaines, en termes de planification, de formation, de statuts du personnel et de plans de carrière. Des observateurs s'inquiètent en outre de la dégradation de la qualité de formation des études médicales : les capacités d'absorption de la faculté de Médecine de Bamako sont en effet dépassées par le nombre très important d'étudiants inscrits. En l'absence de mécanismes de sélection et de *numerus clausus*, plus de 1.000 étudiants démarrent chaque année la Faculté de Médecine⁸, alors que dans le même temps l'entrée à l'école d'infirmiers est soumise à la réussite d'un examen d'entrée. Les cours sont donnés dans de mauvaises conditions, les

⁸ Une décision d'instaurer un *numerus clausus* a finalement été prise en 2003.

stages ne peuvent plus être assurés pour tous les étudiants, et la qualité globale de la formation est en jeu.

L'Afrique du Sud est caractérisée par un système de soins à deux vitesses qui limite considérablement sa finalité sociale globale. 73% des médecins généralistes, 75% des spécialistes, 93% des dentistes, 76% des pharmaciens et 86% des kinésithérapeutes sont concentrés dans le secteur privé, auquel 20 à 30% de la population a accès (20% à travers un système d'assurance maladie auquel s'ajoute le recours individuel plus occasionnel de patients qui paient directement leurs soins). L'Afrique du Sud est un contexte difficile où soins de santé primaires, pratique de médecine générale et développement académique de médecine de famille co-existent, sans qu'il n'y ait de synthèse constructive qui en émerge. Dans un pays dont l'histoire récente est très marquée par le régime d'apartheid, un travail d'enrichissement mutuel entre MG, MF et SSP nécessiterait une volonté politique très forte. Seule la volonté militante de certains professionnels permet le développement effectif d'expériences intéressantes dans ce domaine. Tel est le cas du département de MF de la Faculté de Médecine de MEDUNSA qui s'implique dans l'appui aux services de 1ère ligne publics, dans la formation d'infirmières, et oriente particulièrement sa formation de médecine de famille pré et post graduée sur la dimension clinique individuelle et l'approche centrée sur le patient.

Leçons

La cohérence des décisions prises sur le plan des concepts, des ressources humaines et de l'organisation des services est un facteur clé pour déboucher sur le renforcement effectif de la première ligne dans le système.

La cohérence de la politique des ressources humaines et l'importance qui lui est accordée joue un rôle décisif. Elle peut favoriser une production du personnel conforme aux besoins, une formation adaptée, une stabilité acceptable, un plan de carrière motivant et un encadrement formateur.

Le potentiel de la première ligne de s'adapter aux réalités locales suppose une décentralisation offrant des marges de manœuvre suffisantes dans l'interprétation des directives nationales. Il est normal que les services de 1ère ligne diffèrent d'un endroit à l'autre du pays dans la mesure où ces différences s'expliquent par un effort d'adaptation aux circonstances locales. La décentralisation doit toutefois s'accompagner d'une redistribution des ressources nationales et des mécanismes de solidarité entre zones «riches» et zones «pauvres».

Recommandations

Le renforcement de la première ligne suppose des décisions cohérentes et se renforçant mutuellement à la fois sur le plan des concepts, de l'organisation du système (y compris son financement) et des ressources humaines.

Les normes nationales concernant les services de 1^{ère} ligne , tout en fixant un cadre général pour leur fonctionnement, doivent laisser des marges de manœuvre suffisantes pour l'adaptation aux situations locales.

Conclusion

Le développement de la médecine de famille apparaît comme une stratégie pertinente pour donner un nouvel élan aux politiques de soins de santé primaires dans les pays du Sud. En effet, la médecine de famille porte en elle des réponses aux principales faiblesses constatées dans les services de 1^{ère} ligne: elle valorise la consultation curative et la pratique clinique; par une approche centrée sur le patient, elle adapte les solutions aux situations; le dialogue avec le patient est au cœur de la démarche, et l'établissement de relations dans la durée favorise la communication, mais aussi la continuité des soins. La médecine de famille présente ainsi un potentiel pour des soins de qualité dans une première ligne forte. Il ne s'agit pas de faire table rase des acquis des soins de santé primaires mais de les renforcer en y intégrant des soins individuels de qualité.

Une double opportunité se présente actuellement sur le terrain pour l'amélioration de la qualité des soins : celle de réorienter la pratique des soins de 1^{ère} ligne selon les concepts de la médecine de famille, et celle, là où ce n'est pas encore le cas, de remplacer progressivement les «infirmiers» par des médecins. Si la combinaison de ces deux aspects est probablement particulièrement bénéfique, nous avons distingué, dans cette recherche, les apports spécifiques des concepts de la médecine de famille de l'apport de médecins comme prestataires de soins en première ligne.

Les concepts de médecine de famille prêtent à des interprétations diversifiées, et un effort de clarification est nécessaire pour adapter la médecine de famille au contexte particulier d'un pays. Un large débat conceptuel est particulièrement important dans les pays où la médecine de famille est introduite dans le cadre d'une réforme du système de soins, alors qu'il n'existe pas de tradition de médecine de famille. Une telle réforme suppose en effet une vision politique cohérente accompagnée de mesures adéquates, notamment pour assurer des conditions structurelles compatibles avec son exercice (stabilité du personnel, souplesse d'interprétation des normes, système d'information favorisant la continuité des soins...). Elle suppose aussi l'appropriation des concepts de médecine de famille par l'ensemble des acteurs concernés : les praticiens au premier chef, mais aussi les décideurs politiques, les gestionnaires, les associations professionnelles, les écoles de formation, les milieux académiques, les associations d'utilisateurs...

Le débat sur la médecine de famille risque d'être stérile aussi long-

temps qu'il ne peut pas s'appuyer sur des observations concrètes. Le développement de lieux d'expérimentation dans le pays, permettant de tester des formules adaptées, s'avère être une stratégie efficace. D'une part l'organisation d'échanges réguliers entre praticiens impliqués dans de telles expériences favorise l'explicitation progressive des caractéristiques du métier. D'autre part des ponts entre les lieux d'expérimentation et le niveau central (par exemple sous la forme d'une cellule technique nichée au sein du Ministère de la Santé comme en Thaïlande) permet que les leçons des expériences de terrain soient traduites en mesures politiques de soutien. D'autres stratégies permettant de concrétiser et d'expliciter une vision de la médecine de famille incluent les visites d'études dans des pays étrangers, ou encore des visites d'échanges entre professionnels de régions ou de pays différents.

La médecine de famille ne doit pas nécessairement être exercée par des médecins. Dans les pays manquant de médecins, la délégation des tâches à des assistants médicaux, infirmiers ou auxiliaires a été, et est encore dans de nombreux contextes, une solution judicieuse qui a permis une extension considérable de la couverture sanitaire. Les échecs qu'on peut lui imputer relèvent davantage de mauvaises conditions de mise en œuvre (formation clinique insuffisante à la base, encadrement et soutien déficients, dilution des responsabilités du médecin qui délègue...) qu'aux principes mêmes de délégation des tâches. Dans les pays où la «médicalisation» de la première ligne n'est pas envisageable dans un avenir proche, une priorité doit être accordée à la réhabilitation des principes de délégation des tâches et aux mesures de formation et d'encadrement qui l'accompagnent. La recherche sur la mise en œuvre des concepts de médecine de famille par des non-médecins est à encourager.

L'apparition ou l'augmentation du nombre de médecins de première ligne pose toutefois la question de la «médicalisation» de la première ligne dans un nombre croissant de pays. Il s'agit d'un choix politique complexe, qui doit rester en concordance avec le développement socio-économique global et tenir compte d'un ensemble de facteurs : le nombre total de médecins doit être suffisant pour répondre prioritairement aux besoins des services hospitaliers; des garanties doivent exister pour que le surcroît de dépenses engendrées par la présence de médecins en première ligne soit compensé par une augmentation significative en efficacité; la «médicalisation» ne doit pas accentuer les inégalités d'accès aux soins de santé; en revanche si la

demande pour des soins dispensés par des médecins est forte et se traduit par un recours important aux consultations ambulatoires des hôpitaux et/ou aux cabinets médicaux, la «médicalisation» peut être une condition d'acceptabilité des soins.

Le processus de médicalisation de la première ligne suppose une préparation pour prendre en temps utile les mesures d'accompagnement et prévoir un processus de transition. Car la présence de médecins comme dispensateurs de soins de 1^{ère} ligne n'entraîne pas une amélioration automatique de la qualité des soins. La valeur ajoutée des médecins réside d'une part dans leurs compétences cliniques, d'autre part dans leur professionnalisme, au sens d'expertise et de capacité de synthèse et d'adaptation de connaissances générales à des cas particuliers. Il importe toutefois que l'exercice par les médecins de leur autonomie professionnelle débouche effectivement sur des décisions à la fois techniquement pertinentes et soucieuses de l'intérêt du patient et de la collectivité. Cela suppose des mécanismes de contrôle ou d'assurance qualité, différents de la supervision hiérarchique. Les associations professionnelles réalisant un contrôle mutuel et développant une éthique adaptée au contexte de la pratique constituent une stratégie qui mérite de plus amples recherches dans le cadre des pays en développement.

Un autre enjeu majeur est le développement d'identités professionnelles en médecine de famille. En particulier dans les pays où l'image de rôle du médecin est dominée par un modèle hospitalier et technicien, on observe une tendance à reproduire en première ligne les caractéristiques des consultations hospitalières. Or, si la présence d'un médecin justifie, selon les circonstances locales, un certain élargissement des fonctions techniques, celui-ci ne doit pas se faire aux dépens de la polyvalence ni des fonctions de communication et de relation dans la durée. La formation et les stages pratiques peuvent contribuer à développer des modèles de rôles adaptés. Ceci suppose de créer des lieux de stages cohérents avec les principes de médecine de famille; ces lieux de stage peuvent en même temps être des lieux d'expérimentation comme suggéré plus haut.

La formation de médecins en médecine de famille n'implique pas nécessairement une spécialisation formelle sanctionnée par un diplôme. Une telle spécialisation n'est pas prioritaire dans les pays à faible spécialisation médicale. Par contre dans les pays où la majorité des médecins sont spécialistes, la spécialisation peut contribuer à légitimer la médecine de famille; il est alors souhaitable de rapidement généraliser une telle formation pour

tous les médecins de 1^{ère} ligne, afin d'éviter la concentration des «spécialistes en médecine de famille» dans le secteur lucratif des grandes villes.

Le secteur privé à logique lucrative, si son expansion se poursuit, est susceptible de dominer la pratique de la médecine de famille et d'entraver sa contribution à un système de soins à finalité publique animé d'un souci d'amélioration de l'accessibilité financière à des soins de qualité. Parmi de multiples autres acteurs, les praticiens de la médecine de famille, en tant qu'acteur collectif, peuvent jouer un rôle pour contrebalancer cette tendance, en particulier à travers le développement d'identités professionnelles en médecine de famille incluant une éthique de service social et de responsabilité vis-à-vis de la collectivité.

Mais le renforcement de la première ligne à travers la médecine de famille suppose aussi une volonté politique d'une première ligne forte, se traduisant par une vision conceptuelle et des décisions cohérentes en matière d'organisation du système et de politique de ressources humaines. Dans de nombreux pays, les ressources humaines sont faibles en nombre pour des raisons multiples : instabilité politique, faiblesse du système d'éducation générale, faible importance politique accordée aux ressources humaines par le gouvernement et/ou par les bailleurs de fond, programme d'ajustement structurel menant à des réductions de recrutement et de formation, manque d'équipes fortes et stables pour diriger les lieux de formation, fuite des cerveaux... Cependant, une politique offensive des ressources humaines semble actuellement une condition essentielle pour le renforcement de la première ligne et des systèmes de soins en général. Il s'agit de renforcer la qualité et l'adéquation de la formation, le soutien au personnel en place, la stabilité de ce personnel, une rétribution permettant une qualité de vie satisfaisante, des plans de carrière...

Le volet « formation » de telles politiques se conçoit à long terme et suppose une coordination entre les Ministères de la Santé et de l'Enseignement, qui actuellement fait trop souvent défaut; l'expérience montre en outre l'intérêt de lieux de formation professionnelle décentralisés pour le recrutement et la distribution ultérieure des professionnels sur le territoire.

Par contre, le soutien et l'encadrement du personnel en place constituent une priorité immédiate. Des décisions politiques, parfois soutenues ou imposées par des organismes internationaux, ont longtemps conduit des pays pauvres à négliger la principale ressource dont ils disposaient, et qui

constitue le moteur du système : la ressource humaine... Les difficultés de survie économique du personnel expliquent une bonne part des pratiques lucratives parallèles constatées sur le terrain, et l'emprise d'une culture bureaucratique contribue largement à la «démotivation» reprochée au personnel. Normalisées, standardisées, quantifiées, les ressources humaines perdent la richesse de leur caractère humain pour n'être plus traitées que comme des «ressources». Outre des solutions permettant une reconnaissance financière décente du travail fourni, une politique offensive des ressources humaines suppose aussi de promouvoir des modes de gestion renforçant le sens des responsabilités, l'esprit d'initiative, l'amélioration continue des compétences, la confiance en soi et la consolidation de l'éthique professionnelle.

Partie II – Etudes de cas

Nous tenons à remercier les autorités sanitaires qui nous ont aidés à organiser notre travail d'investigation à Cuba, au Mali, en Afrique du Sud et en Thaïlande, ainsi que tous ceux qui ont rendu possibles les visites de terrain et la récolte des informations à la base de ces études de cas. Nous remercions plus particulièrement certaines personnes dont l'appui a été déterminant pour la réalisation de notre travail : pour Cuba le Dr Cristina Valdivia (Directrice Nationale des Soins de Santé Primaires), le Dr Luis Gandul (Vice directeur national des Soins Santé Primaires) et les Drs Pedro Mas et Pedro Murla (Institut National d'Hygiène, Epidémiologie et Microbiologie) ; pour le Mali le Dr Salif Samake (Directeur National de la Santé Publique) et le Dr Mamadou Tiero (médecin chef de cercle de Sikasso) ; pour l'Afrique du Sud le Dr Jannie Hugo (Département de Médecine de famille de l'université de Medunsa) et le Dr Rudy Thetard (Equity project) ; pour la Thaïlande le Dr Sanguan Nitayarumphong (Deputy permanent secretary of the Ministry of Health) et le Dr Yongyuth Pongsupap (Former responsible of the Ayutthaya research project). Nous remercions enfin très chaleureusement l'ensemble des professionnels de santé rencontrés, pour la disponibilité dont ils ont fait preuve pour discuter avec nous de leur système de santé.

Etude de cas «Cuba»

Introduction

Cuba est un petit pays à faibles ressources qui occupe depuis la révolution cubaine de 1959 une place particulière dans le monde géopolitique. L'arrêt des échanges économiques et politiques privilégiés avec l'URSS dû à l'effondrement du bloc de l'Est, et le maintien de l'embargo des USA sur Cuba, ont plongé le pays dans une crise économique majeure au début des années 90 : entre 1989 et 1993, le PIB a chuté de 35% et les exportations de 75% (PAHO 1998).

Depuis la mise en place du régime socialiste de F.Castro, les secteurs de l'éducation, de la santé et de la culture ont toujours bénéficié d'un développement prioritaire. La dernière réforme sanitaire de grande ampleur est celle de la médecine de famille qui a débuté en 1984. Quinze ans plus tard, un réseau de 17.000 médecins exerçant la fonction de médecins de famille couvre 98,6% de la population selon une carte sanitaire à raison d'un médecin pour 500 à 800 habitants. De manière générale l'ampleur de l'offre de services ainsi que les indicateurs d'utilisation sont élevés pour un pays «en développement» (Tableau 2).

Tableau 2. Offre et utilisation des services de soins à Cuba

<i>Population</i>	<i>11.142.691 hab</i>
Nombre de médecins / hab	1/ 172 hab
Nombre d'infirmières / hab	1/ 128 hab
Nombre de dentistes / hab	1/ 1.123 hab
Nombre de cabinets de MF	17.335 - (1 / 643 hab)
Nombre de polycliniques (PC)	442 - (1 / 25.209 hab)
Nombre d'hôpitaux	276
Nombre de lits / 1.000 hab	5,5
Nombre d'admissions/an/100 hab	12,3
Nombre de consultations /an/hab (MF + PC + hôp)	7,3

SOURCE : Annuaire des statistiques sanitaires 1999 (Ministère de la santé publique Cuba)

Les indicateurs sanitaires du pays sont actuellement plus proches des indicateurs des pays du Nord que de ceux des pays du Sud : espérance de vie à la naissance : 76,1 ans/taux de mortalité infantile: 6,4 pour mille/taux de mortalité infanto-juvénile : 8,3 pour mille/taux de mortalité maternelle: 51 pour 100.000 naissances vivantes (MSP 1999).

La juxtaposition de la faiblesse des moyens et du niveau des résultats sanitaires obtenus suscite inévitablement la curiosité. En outre Cuba est l'un des rares pays à faibles ressources où la médecine de famille occupe une place centrale dans le système de soins de santé. Cette étude vise à mieux comprendre les conditions et les processus de développement de la médecine de famille, ainsi que les effets de la politique de promotion de la médecine de famille sur le système de santé cubain.

Cette étude a été entreprise dans le cadre d'un projet de recherche visant à identifier des expériences de développement de la médecine de première ligne dans des pays en développement afin d'en tirer des leçons, en particulier pour les stratégies de coopération au développement. Dans le cadre de ce projet, les principaux arguments qui ont mené à considérer Cuba comme une étude de cas sont les suivants :

- (i) L'évolution depuis 15 ans de la politique sanitaire vers un renforcement de la médecine de première ligne à travers le programme de médecine de famille.
- (ii) Un système de santé dans lequel la médecine de première ligne est assurée par des médecins (dans beaucoup de pays en développement la première ligne est assurée par des infirmiers, quoique les médecins soient nombreux en Amérique latine).
- (iii) Le rayonnement, au moins en Amérique Latine de ce pays sur le plan sanitaire.
- (iv) Le cas «d'école» que représente un système sanitaire entièrement public et apparemment performant.
- (v) Un pays à faibles ressources ayant les indicateurs sanitaires proches d'un pays à fortes ressources, ce qui suggère un potentiel d'apprentissage pour d'autres pays à faibles ressources.

Cette étude est basée sur des observations réalisées dans le cadre d'une visite à Cuba en novembre 2000. De nombreuses structures de soins ont été visitées et de nombreux entretiens ont eu lieu avec des professionnels de santé de différents niveaux ainsi que quelques discussions informelles avec des utilisateurs de services de santé.

Ce travail a des limites : celles du temps (visite de deux semaines), du biais médical (les personnes rencontrées ont été très majoritairement des professionnels de santé médecins) et de l'espace (mission essentiellement située à La Havane). Notons par ailleurs qu'il existe relativement peu de documents écrits sur le programme de médecine de famille et sur le système de santé cubain en général.

Chapitre 1 – Le modèle cubain de médecine de famille : description

Nous nous limiterons ici à brosser à grands traits le modèle cubain de médecine de famille ainsi que sa place au sein du système de santé.

Les médecins de famille (MF)

Il est important de souligner tout d'abord que le terme «médecin de famille» correspond à une fonction et pas à une qualification. A Cuba, est appelé «médecin de famille» tout médecin qui exerce une fonction de médecin généraliste en première ligne : ceci inclut en pratique les médecins de famille des cabinets de médecine, mais aussi des crèches, des écoles et des centres de travail .

Ces fonctions de médecine de famille (MF) peuvent être exercées par des médecins de trois niveaux de qualifications différents :

- Les médecins en année de «familiarisation» : médecins venant de terminer leurs études de médecine et effectuant leur année obligatoire de terrain en tant que MF, avant de pouvoir envisager une spécialisation.
- Les médecins en cours de spécialisation de MGI (= medicina general integral). La médecine de famille à Cuba fait en effet l'objet d'une spécialisation appelée «médecine générale globale» (globale faisant ici référence à la fois à une approche bio-psycho-sociale et à l'intégration des soins curatifs et préventifs). La formation à cette spécialité se fait sur le terrain en situation d'exercice: les médecins en formation pratiquent la médecine de famille et suivent parallèlement, à proximité de leur cabinet, la formation correspondant à cette fonction.
- Les médecins spécialistes en MGI.

LE CONSULTORIO OU CABINET DE MEDECINE DE FAMILLE

Un médecin de famille est associé à une infirmière pour constituer l'équipe de soins primaires du consultorio (cabinet médical). *Chaque équipe de soins primaires est responsable de la prise en charge globale d'une population de 500 à 800 habitants (population de responsabilité selon une carte sanitaire établie), à travers des activités de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation.* Cette équipe vit dans la communauté dont elle est responsable. Le logement des professionnels est en principe fourni par l'Etat et généralement

adjacent au cabinet médical. Selon les données 1999 du MSP, il y avait 17 335 médecins de famille travaillant ainsi au niveau des cabinets médicaux dans l'ensemble du pays.

Les activités de la journée sont généralement divisées en consultations au niveau du cabinet médical les matinées et activités de terrain les après-midi. Ces dernières incluent les visites à domicile de type curatif sur demande de patients, les recherches actives de patients non venus à un rendez-vous prévu dans le cadre d'une activité de suivi programmée, des activités de prévention et de promotion de la santé, les visites aux patients hospitalisés à l'hôpital, les visites aux patients hospitalisés à domicile. Les médecins de famille peuvent également être contactés par leurs patients après les heures de travail sans que cela ne soit considéré comme une garde (ils ne sont pas tenus à être chez eux, mais s'ils y sont, ils sont tenus de recevoir le patient).

Au niveau du cabinet médical il n'y a que quelques médicaments limités aux besoins d'urgence, et les patients doivent aller chercher leurs prescriptions à la pharmacie desservant les patients de ce consultorio (la distribution des pharmacies, qui sont publiques, suit également une carte sanitaire avec une pharmacie pour plusieurs cabinets médicaux). Les soins sont gratuits et les médicaments payants mais fortement subsidiés.

La répartition du travail entre médecin et infirmière est assez floue. Le médecin est le seul habilité à prescrire. L'infirmière est généralement plus spécifiquement en charge des soins infirmiers, des vaccinations et de certains autres programmes préventifs tels que celui du dépistage des cancers du col. Beaucoup d'activités de prévention et de promotion semblent se faire conjointement par le médecin et l'infirmière.

La charge de travail de l'équipe de soins primaires est difficile à évaluer, d'une part parce que les différentes activités sont enregistrées différemment sur différents outils, d'autre part parce que certaines activités ne sont pas enregistrées (les consultations au cabinet sont enregistrées séparément des activités de terrain, il n'y a pas d'enregistrement différentiel des activités curatives et préventives, certaines activités de terrain ne sont pas comptabilisées).

LES AUTRES LIEUX DE PRATIQUE CLINIQUE DU MEDECIN DE FAMILLE

Si les cabinets médicaux dans la communauté représentent ce que l'on entend classiquement par médecins de famille et constituent le lieu d'exercice

le plus fréquent des médecins de famille, il existe aussi dans l'ensemble du pays un réseau de postes de MF dans les crèches, les écoles et les centres de travail, à raison d'1 MF dans chaque crèche (80 à 200 enfants par crèche), 1 MF pour au moins 600 élèves dans les écoles et 1 MF pour 1500 travailleurs dans les centres de travail. Les MF travaillant dans ce cadre sont responsables des personnes sur les plans de la promotion, de la prévention, des soins curatifs et de la réhabilitation, en coordination avec les MF des consultorios. Au total en 1999, 3600 médecins étaient impliqués dans ces fonctions cliniques (Tableau 3)

Tableau 3. Médecins de famille cliniciens selon leur lieu de travail

<i>Lieu de travail</i>	<i>Nombre</i>
Communauté	17335
Ecoles	1454
Maternelles	799
Centres de travail	1347
Total	20935

SOURCE : Annuaire des statistiques sanitaires 1999 (MSP Cuba)

La médecine de famille dans le système de soins

LE SOUS-SYSTEME DE PREMIERE LIGNE : L'INTERACTION DES MEDECINS DE FAMILLE AVEC LA POLYCLINIQUE (PC)

La Polyclinique

A Cuba la première ligne ne se limite pas aux médecins de famille et infirmières des consultorios, elle inclut aussi quelques autres structures de soins (telles que les cabinets dentaires) et surtout les polycliniques (PC).

La polyclinique est considéré comme le centre opérationnel de la première ligne pour une aire de santé. Le pays est découpé en provinces, municipalités et aires de santé. La population d'une aire de santé est en moyenne de 20.000 à 30.000 habitants. Chaque aire de santé est desservie par une polyclinique (442 polycliniques pour le pays selon les statistiques de 1999) qui sert de «structure-mère» à laquelle se rattache le réseau des médecins de famille travaillant dans la même aire de santé. La PC remplit des fonctions de soins, de support technique, de support formatif et d'encadrement pour son aire de santé (Encadré 2).

Encadré 2 : Les fonctions de la polyclinique

Fonctions de soins

En tant que structure de soins la polyclinique (PC) joue 3 rôles :

- Elle est un lieu de décentralisation géographique des consultations externes spécialisées, tenues par des spécialistes venant de l'hôpital de référence qui font des « vacations » au niveau de la PC. Ceci est communément appelé la « projection communautaire des spécialistes ». Ces consultations ne sont pas permanentes : il y a un programme de consultations spécialisées auxquelles les patients ont accès sur rendez-vous, soit pris par le MF, soit pris par le patient lui-même. Les seuls spécialistes directement rattachés à la PC sont les pédiatres, gynécobstétriciens et internistes.
- Un rôle d'intégration des trois spécialités dites de base à l'activité des médecins de famille. Si une partie des spécialistes de Pédiatrie, gynécobstétrique et médecine interne exercent dans les hôpitaux, ils ont gardé une place centrale dans les PC comme résultante de l'évolution historique (cf. rappel historique au chapitre suivant). Mais leur fonction a connu une mutation profonde : ils sont devenus responsables de la formation initiale et continue des MGI et sont basés au niveau de la PC. Ils ont cependant conservé un rôle direct de soins, mais contrairement aux spécialistes hospitaliers qui viennent faire des vacations à la PC, ils sont *spécialistes de première ligne* et la part clinique de leur activité s'effectue *uniquement* au niveau des cabinets de MF avec lesquels ils travaillent de façon intégrée: ils voient certains patients avec le MF sur sa demande (consultations conjointes), et ils suivent aussi directement leurs propres patients (=ceux qui présentent des problèmes relevant spécifiquement de leur compétence).
- Un rôle de structure de garde pour l'aire de santé de la polyclinique. S'il y a un accès possible au médecins de famille en dehors des heures de travail, il n'y a pas à proprement parler de système de garde au niveau des cabinets de MF (sauf pour les consultorios éloignés des polycliniques qui sont alors organisés en « cabinets renforcés » à même d'assurer les gardes). En revanche, il y a un système de garde assurant la permanence des soins ambulatoires 24h sur 24 au niveau de la polyclinique. Ce service est assuré à tour de rôle jour et nuit par le réseau des MF de l'aire de santé. Le plateau technique comprend généralement laboratoire, radiologie, électrocardiogramme.... L'objectif est d'éviter le plus possible l'engorgement hospitalier par des problèmes pouvant être résolus en ambulatoire avec une plateau technique modeste. De plus, de

façon plus récente a été instauré une sorte de « super service de garde » dans chaque municipalité, toujours dans le même état d'esprit d'éviter les engorgements hospitaliers pour des problèmes d'ordre ambulatoire. A cet effet, dans chaque municipalité, l'une des PC a été transformée en PPU (Polyclinique Principale d'Urgence) : il s'agit d'un service de garde plus élaboré avec un plateau technique supérieur, à la fois sur le plan matériel (ambulances, système de communication radio avec les hôpitaux), et humain (présence de pédiatres et d'internistes dans les gardes, système de garde la nuit mais présence de médecins formés à l'urgence et travaillant de façon fixe dans le service pendant la journée). Dans les deux cas (service de garde des PC et PPU) , les patients peuvent éventuellement être gardés jusqu'à 24h en observation mais il n'y a pas d'hospitalisation. Le patient peut accéder aux services de garde des PC à travers le MF ou directement.

Fonction de support technique

La PC est aussi le lieu de concentration pour certains services techniques ambulatoires tels que le laboratoire, la radiologie, l'échographie,...auxquels ont accès les MF et les spécialistes des PC.

Fonction de support formatif

- La polyclinique est le centre opérationnel de formation initiale et continue des MF. En tant que telle, elle est responsable de l'organisation et du suivi de la formation spécialisée en MGI, qui se déroule sur trois années. Il s'agit d'une formation sur le terrain : chaque médecin en formation est en charge d'un cabinet de médecine de famille, et parallèlement à sa pratique, il bénéficie d'un suivi très régulier sur le terrain (cf. les GBT dont il est question ci-dessous), suit des séminaires de formation hebdomadaire au niveau de la PC ainsi qu'un stage hospitalier annuel de 6 semaines ⁹.
- La polyclinique est également responsable de la formation continue des MF, à travers d'une part un suivi sur le terrain et d'autre part l'organisation d'un programme de réunions de formation au niveau de la PC.
- Certaines polycliniques ont des compétences supplémentaires en formation et dispensent également un enseignement de base théorique et pratique aux étudiants en médecine.

⁹ matinées uniquement, gynéco-obstétrique la 1^{ère} année, médecine interne la 2^{ème} année, pédiatrie la 3^{ème} année

Fonction d'encadrement et d'évaluation

La PC est dirigée par une équipe cadre responsable de la formation, de l'appui technique, de la coordination et de l'évaluation des soins et des services de première ligne pour l'aire de santé. L'équipe cadre restreinte comprend le directeur de la PC et les trois sous-directeurs (Hygiène et épidémiologie, formation et offre de soins, infirmières), et peut être selon les besoins élargie aux chefs de département (Ressources humaines, Économie, Statistiques, Laboratoire, Urgences, Administration).

Les «grupos basicos de trabajo» (GBT)

La Polyclinique et les médecins de famille travaillent en équipe à travers les GBT (*Grupos Basicos de Trabajo = groupes de travail de base*) qui jouent un rôle central dans le programme de MF.

Les MF qui dépendent d'un même polyclinique sont organisés en un ou plusieurs GBT (à raison d'une quinzaine de MF par GBT), chacun sous la guidance d'un groupe d'enseignants constitué d'un MGI (généralement chef du GBT), des trois spécialistes de base (1 pédiatre, 1 gynécobstétricien, 1 médecin interniste), d'un psychologue, d'un travailleur social et d'une infirmière. Les enseignants du groupe de travail font partie du personnel de la polyclinique, mais leur fonction est entièrement dirigée vers les MF. Ils n'exercent pas d'activité clinique au niveau de la PC.

Les enseignants des GBT sont les premiers acteurs de la formation initiale et continue des MGI. Ils intègrent les fonctions de soins, de formation, d'évaluation et de recherche auprès des équipes de soins primaires à travers leur suivi sur le terrain : chaque enseignant du GBT effectue individuellement des visites régulières dans les consultorios, avec une fréquence habituelle d'une à deux visites mensuelles par enseignant et par consultorio. Lors de ces visites, il exerce une fonction directe de soins en consultant des patients qui relèvent directement de sa compétence de spécialiste, une fonction de formation à travers les consultations conjointes de patients avec le MF et à travers des discussions sur des cas et/ou des problèmes précis, et une fonction d'évaluation continue. Plusieurs fois par an, l'équipe d'enseignants du GBT effectue une visite d'évaluation plus globale du consultorio. Les enseignants du GBT sont responsables de l'évaluation des cabinets médicaux, mais aussi de l'amélioration des problèmes identifiés. L'activité de recherche est quant à elle généralement liée à des programmes spécifiques.

LE SYSTEME DE SOINS MUNICIPAL

Le service municipal de santé

Le pays est découpé en 14 provinces et 169 municipalités, chaque municipalité regroupant plusieurs aires de santé (voir Figure 1). La municipalité est le niveau de décentralisation du système de santé cubain. Elle a une population variable (fourchette de 17.000 à 200.000 habitants).

L'équipe cadre sanitaire est responsable sur le plan administratif et technique de l'ensemble des structures de soins de niveau municipal sur son territoire (consultorios, cabinets dentaires pharmacies, polycliniques, hôpitaux de première référence). Elle n'a pas de fonction clinique. Elle joue un rôle d'administration, de répartition des ressources (matérielles et humaines), d'organisation et de coordination des services, de gestion de l'information sanitaire, ainsi qu'un rôle technique d'appui. La décentralisation est de type exécutif: le service municipal de santé est essentiellement responsable de l'application de la politique sanitaire décidée au niveau central. Il a cependant une marge de manœuvre en termes d'adaptation de la politique nationale au contexte municipal, et dans l'utilisation du budget annuel.

Pour remplir ces fonctions, il est en relation avec l'ensemble des structures de soins de son territoire. Il est également en relation étroite avec le conseil administratif de la municipalité qui est la représentation locale du gouvernement. Le directeur de santé de la municipalité est le premier des vice - directeurs de ce gouvernement local.

Le réseau hospitalier

La carte sanitaire théorique prévoit que chaque municipio ait son hôpital de référence pour les polycliniques de son territoire. En pratique, certains grands municipios ont plusieurs hôpitaux, et certains plus petits en sont dépourvus. A la Havane, le réseau hospitalier est en partie hérité de la période pré-révolutionnaire, et a précédé la mise en place des structures de première ligne actuelles : la concordance des infrastructures avec le plan théorique y est moindre qu'en milieu rural, où les services de santé étaient quasi inexistants dans la période pré-révolutionnaire.

S'il y a de nombreux hôpitaux généraux en milieu rural, les hôpitaux urbains ont souvent été spécialisés en hôpitaux pédiatriques, maternités, et hôpitaux médico-chirurgicaux pour adultes. D'après les statistiques de 1999, il y a 276 hôpitaux, dont 146 non spécialisés (83 hôpitaux généraux

et 63 hôpitaux ruraux), un ratio de 55 lits/1.000 habitants et un taux d'admission de 123/1.000 habitants/an.

Les hôpitaux sont classés en hôpitaux de premier, deuxième ou troisième niveau en fonction de leur nombre de lits et de leur plateau technique (matériel et humain). Certains des hôpitaux cubains de référence nationale sont réputés pour leur pratique d'une médecine de pointe reposant sur un plateau technique, matériel et humain très sophistiqué (Waitzkin *et al.* 1997).

Le patient peut accéder directement aux hôpitaux à travers le service de garde ou être référé, soit par son MF soit par la Polyclinique. Les soins et les médicaments sont gratuits.

Le développement de la médecine de famille s'est accompagné d'un travail de réflexion sur les hôpitaux, avec le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction du nombre de lits, la rationalisation de l'utilisation des ressources, la transformation de certains hôpitaux spécialisés en hôpitaux généraux. Deux grandes raisons sont données à cette évolution : l'une est d'ordre économique (le souci d'efficacité est devenu aigu depuis la crise économique des années 90), l'autre relève de l'approche de politique sanitaire : réorganiser l'ensemble du système autour de la médecine de famille, avec pour objectif de travailler le plus possible en amont des hôpitaux, près des communautés.

Le fonctionnement en système

Il y a un système effectif de coordination de l'ensemble des services au niveau municipal par l'équipe cadre.

Chaque niveau du système a en théorie des fonctions bien définies et différentes. Dans la pratique toutes les structures de soins offrent cependant, à travers leur service d'urgence, des soins de première ligne. Le libre accès par le patient au service de son choix est en effet non seulement toléré, mais il s'agit d'un principe inscrit dans la constitution. En pratique, on constate une importante utilisation de l'hôpital pour des soins de première ligne.

Le médecin de famille interagit beaucoup avec les différentes structures de première ligne, et beaucoup moins avec le niveau hospitalier. Cela est en grande partie lié au système de référence qui est peu structuré.

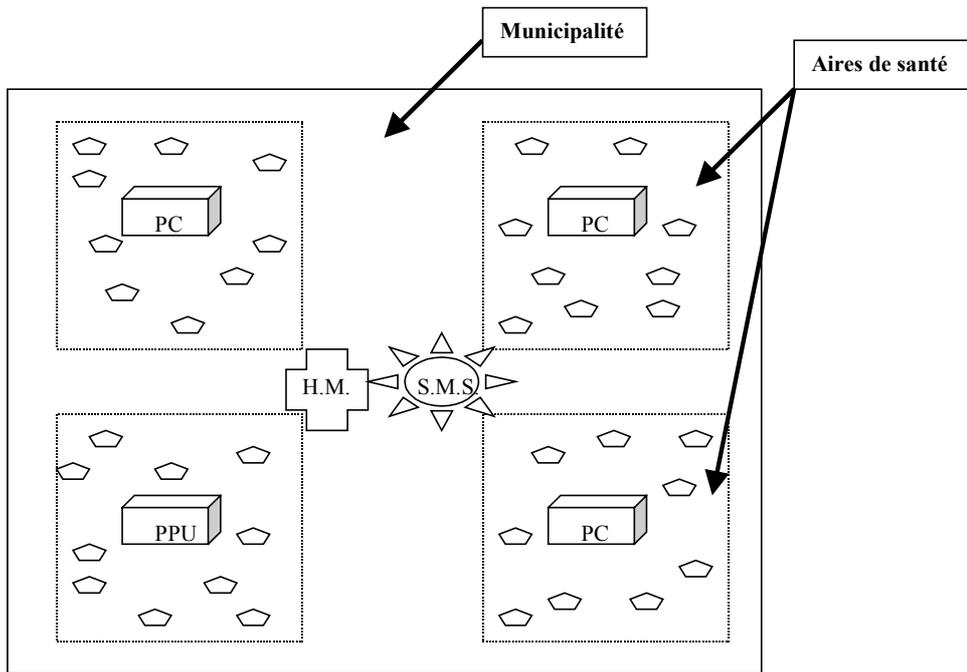
Il existe un système de référence théorique : le médecin de famille qui veut un avis spécialisé non urgent pour un patient peut prendre rendez-

vous pour lui avec un spécialiste de la PC ou de l'hôpital ; s'il s'agit d'un problème urgent, il doit normalement référer le patient selon le type de problème, au service de garde de la PC ou du PPU qui lui-même décidera selon le besoin de référer à l'hôpital. Le patient est cependant libre de ses mouvements au sein du système de soins et n'est pas tenu de suivre le schéma qui lui est proposé. Il peut consulter «son» MF mais peut aussi décider en voir un autre; il peut accéder directement sans référence à tous les services de garde des PC, PPU et hôpitaux, de sa municipalité ou d'une autre ; il peut prendre rendez-vous directement avec les spécialistes de la PC ou de la consultation externe de l'hôpital. Il n'y a pas de barrière à l'accès direct aux différents niveaux du système.

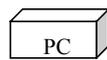
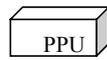
La visite au patient hospitalisé fait partie des fonctions du médecin de famille. Il est même invité à mettre ses commentaires dans le dossier hospitalier du patient, notamment en ce qui concerne le contexte psycho-social du patient et l'évaluation des possibilités de sortie précoce de l'hôpital. Mais cela suppose que le MF soit au courant de l'hospitalisation de ses malades, ce qui n'est pas toujours le cas, puisqu'une partie d'entre eux l'ont été sans passer par son intermédiaire.

De plus, il n'y a pas de système de contre référence impliquant un courrier adressé par l'hôpital au MF. La notion de feedback au MF repose entièrement sur le patient qui est censé aller voir son MF avec son ordonnance de sortie et/ou l'éventuel mot qui l'accompagne.

Figure 1. Représentation schématique du système de santé municipal



Légende :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------|
|  | Polyclinique |  | Hôpital Municipal |
|  | Polyclinique Principale d'Urgence |  | Service Municipal de Santé |
|  | Médecins de famille | | |

Chapitre 2 – La médecine de famille dans l'évolution historique de la médecine à Cuba

L'éclairage historique est généralement utile pour comprendre les choix et le fonctionnement d'un système de santé à un temps donné. Le système de santé cubain est à la fois un résultat et l'un des portedrapeaux de la révolution cubaine. Nous rappellerons brièvement la situation sanitaire avant 1959 et examinerons les grandes étapes évolutives du système de santé après 1959, en nous focalisant essentiellement sur ce qui peut nous aider à mieux comprendre la médecine de première ligne actuelle.

Le système de santé avant la révolution de 1959

Dans les années 1950, trois systèmes de santé coexistaient, sans liens formels entre eux : les systèmes public, mutualiste et privé. Les trois systèmes comprenaient des services ambulatoires et hospitaliers essentiellement concentrés dans les centres urbains et plus particulièrement à La Havane. Le système mutualiste (issu essentiellement du regroupement d'immigrés espagnols) couvrait en 1958 environ 20% de la population, contrôlait 45% des lits et avait un budget double de celui de l'état (Gilpin 1991). Le service public était très démuné financièrement.

Il y avait pour la population un problème majeur d'accessibilité géographique et financière aux services, et donc une grande inéquité.

Sans être parmi les plus alarmants, le tableau sanitaire était celui d'un pays en développement : espérance de vie à la naissance de 65 ans; taux de mortalité infantile de 60 pour mille; taux de mortalité maternelle de 125 pour 100 000 naissances vivantes ; importance des maladies transmissibles... (Gilpin 1991, Swanson *et al.* 1995)

L'évolution du système de santé depuis la révolution de 1959

Les secteurs de l'éducation et de la santé ont toujours été clairement affichés par le régime de F. Castro comme des axes de développement prioritaires. Le chantier sanitaire a donc toujours été actif mais il est possible d'en identifier les principales étapes.

LES PREMIERES MESURES : LE SENS DE LA MARCHE

Les premières mesures prises (Encadré 3) ont donné le ton de la politique sanitaire du pays : *un service public au service de l'ensemble de sa population, le choix d'un système où les médecins jouent un rôle central dans la dispensation de soins (plutôt qu'un système basé sur la délégation des tâches à des infirmiers, comme c'est le cas dans beaucoup de pays manquant de médecins), le souci de l'accessibilité géographique et financière.*

Encadré 3 : Mesures prises au lendemain de la révolution de 1959

- La construction d'un réseau d'hôpitaux ruraux (petits hôpitaux généraux sans activité chirurgicale la plupart du temps).
- L'instauration d'un service social : chaque étudiant en médecine en fin d'études doit accomplir une année de travail dans une structure de soins rurale.
- L'instauration de la gratuité des soins pour l'ensemble de la population
- Le maintien des 3 systèmes de santé sous un Ministère de la Santé Publique puis dans un second temps, le renoncement (1965) de l'ensemble des professionnels de santé restés à Cuba à la pratique privée et la nationalisation (1968) de l'ensemble des structures de santé. (Feinsilver 1993)

L'objectif prioritaire était de mettre en place là où il n'y en avait pas (dans l'ensemble du milieu rural), des structures de soins capables de répondre à une part importante de la demande de soins. Cela s'est fait à travers la mise en place du réseau des hôpitaux ruraux couplé à l'instauration du «service social» des médecins à la fin de leurs études, assurant ainsi une présence médicale dans l'ensemble des structures de soins au fur et à mesure que celles-ci se développaient.

La politique simultanée d'éducation généralisée, avec des campagnes d'alphabétisation des adultes, a considérablement augmenté les possibilités de recrutement d'étudiants pour les professions médicales et paramédicales.

LES ANNEES 70-80 : LA MACHINE EN MARCHE

La production de ressources humaines

La moitié des médecins cubains ayant quitté le pays dans les années suivant la révolution, Cuba comptait environ 3.000 médecins en 1965. L'option d'intensifier la production de médecins et d'assurer leur distribution sur

l'ensemble du pays à travers la *mise en place de facultés de médecine provinciales* a été prise en 1968, permettant progressivement de passer d'une Faculté en 1959 à 21 actuellement, et de 6.000 médecins en 1970 à 65.000 en 2000 (MSP 1999) .

L'offre de soins spécialisés dans les structures de première ligne: les polycliniques et l'option des spécialistes de base

En terme de structures de soins, la seconde grande étape (à partir de 1965) a été la mise en place de structures de première ligne, les polycliniques (PC), avec couverture géographique progressive selon une carte sanitaire : 1 PC par aire de santé, chaque aire de santé couvrant une population d'environ 20 à 30.000 habitants. Les PC étaient des structures de soins ambulatoires dans lesquelles travaillait une équipe pluridisciplinaire menée par des médecins.

La caractéristique frappante de ces structures est *le caractère spécialisé de la médecine de première ligne*. Les médecins de PC étaient certes des médecins généralistes (c'est-à-dire ayant suivi le cursus de base) mais dont la dernière année d'étude consistait à se spécialiser dans l'un des trois domaines suivants : Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, Médecine interne. Ensuite ces médecins exerçaient une activité clinique uniquement dans leur spécialité. Avec l'augmentation progressive du nombre de médecins, ces médecins généralistes à pratique spécialisée des PC ont progressivement été remplacés par des spécialistes dans ces trois disciplines. Progressivement également, le plateau technique des PC s'est enrichi de certains services techniques et de consultations externes d'autres spécialistes, basés à l'hôpital (Feinsilver 1993) mais ayant une activité de consultation externe régulière à la PC.

Les PC étaient organisées en plusieurs équipes de soins primaires comprenant chacune un médecin des trois disciplines de base et d'autres professionnels (infirmière, dentiste, psychologue, technicien d'hygiène, travailleur social), chaque équipe étant responsable d'un sous-secteur précis de l'aire de santé. Les équipes de soins primaires des PC étaient donc responsables d'une population déterminée (sous-secteur) avec des activités de consultation au niveau de la PC et des activités dans la communauté. Les autres spécialistes basés à l'hôpital ne faisaient pas partie des équipes de soins primaires et avaient uniquement une activité de consultation au niveau de la PC (pas de déplacement dans la communauté).

L'option prise durant cette période (années 70 à 84) a donc été celle de la spécialisation des médecins et des consultations selon trois grands

groupes de population (enfants, femmes en âge de procréer et population adulte générale), y compris au niveau des structures de première ligne, avec trois spécialités considérées comme des *spécialités de base*. Il est intéressant de noter que si les hôpitaux ruraux étaient des hôpitaux généraux, le réseau d'hôpitaux urbains préexistant s'est développé sur la même triade : hôpitaux pédiatriques, hôpitaux gynéco-obstétriques et hôpitaux médico-chirurgicaux pour adultes. Cette verticalisation correspond à une approche par problème.

Au cours des années 70, il y a eu décision d'orienter les PC vers une «médecine plus communautaire», d'accorder plus d'importance à certains groupes cible, de développer les aspects préventifs et promotifs et les activités au sein de la communauté (c'est à cette période qu'est né le programme de «dispensarisation» dont nous reparlerons plus loin). On a associé à l'approche par problème de santé une approche par groupe cible.

La planification des services selon une carte sanitaire

Très vite la notion de carte sanitaire a été utilisée : les polycliniques ont été mises en place selon le découpage en aires de santé à raison d'une PC par aire (le pays était alors divisé en 6 provinces et en aires de santé).

C'est en 1976 que le découpage sanitaire actuel a été déterminé : 14 provinces ont été définies et les municipalités (au nombre de 169) ont été créées comme étant le niveau de décentralisation exécutive de la politique sanitaire.

Des mesures de développement général du pays

S'il est un fait que le développement du secteur sanitaire a été prioritaire, il s'est effectué dans un cadre plus général de développement avec en particulier la réforme agraire, le développement du réseau scolaire, de l'accès à l'eau potable, les mesures d'assainissement, les mesures d'amélioration de l'habitat.....

Au début des années 80, les indicateurs sanitaires de base indiquaient déjà une évolution importante de la situation en 20 ans : une espérance de vie de 73 ans, un taux de mortalité infantile de 19,6 pour mille et un taux de mortalité infanto-juvénile de 24,3 pour mille. Le profil épidémiologique s'était transformé, les principales causes de mortalité passant progressivement des maladies infectieuses aux maladies chroniques non infectieuses (les trois principales causes de mortalité en 1980 étaient non infectieuses : maladies du cœur, tumeurs malignes et maladies cérébro-vasculaires).

En 1989, le pays comptait 263 hôpitaux avec 63.068 lits, 420 polycliniques et 163 cabinets dentaires (Gilpin 1991).

LE PROGRAMME DES MEDECINS DE FAMILLE : RUPTURE ET CONTINUITÉ

A partir de 1984, une réorientation profonde du système a été initiée avec la mise en place d'un réseau de médecins de famille intégrés dans la communauté et responsables chacun du suivi sanitaire global d'une population de petite taille (600 à 800 habitants), et l'option de la spécialisation de la médecine de famille, dénommée : «*Medicina General Integral*» (MGI). On est passé d'une approche par groupe cible à une approche individuelle, familiale et communautaire.

La fonction essentielle du médecin de famille est d'assurer un suivi actif et un monitoring de la santé de l'entièreté de sa population de responsabilité, et pas seulement des malades. L'ambition est d'évaluer la santé de chacun, de promouvoir la santé physique, de détecter les facteurs de risque de maladies, de prévenir et traiter les maladies et d'assurer des services de réhabilitation.

Les raisons qui ont motivé cette nouvelle orientation politique sont probablement de plusieurs ordres : les faiblesses de fonctionnement des polycliniques (équipe ne fonctionnant pas de façon intégrée, vision biomédicale segmentée entre les divers spécialistes) et l'importance du recours direct de la population aux hôpitaux; un certain constat d'échec de l'application des orientations prises en 1975 (participation communautaire, développement des activités préventives, priorisation de certains groupes cibles) (Feinsilver 1993); la conviction que, compte tenu du profil épidémiologique, le travail préventif et promotionnel devenait essentiel pour continuer à progresser ; l'ambition de devenir selon l'expression de F Castro une «*puissance médicale mondiale* »...

Il est probable aussi que les réorientations prônées au niveau international, et notamment à l'OMS, en faveur des soins de santé primaires polyvalents aient joué un rôle. Il est notable de constater que la formulation du programme de médecins de famille cubain a été précédée d'une mission d'étude sur les conceptions et modes de fonctionnement de la médecine de famille dans d'autres pays (Canada, USA, Suède, URSS, Tchécoslovaquie, Angleterre et France) qui a alimenté la définition du «*modèle cubain*».

Les principales mesures de processus qui ont permis la mise en place de ce programme ambitieux ont été la formation massive de médecins avec une refonte du curriculum, la formation massive de spécialistes en MGI en

choisissant l'option d'une formation sur le terrain par les équipes de spécialistes de base des PC (pédiatres, gynéco-obstétriciens et internistes), et l'encadrement rapproché des médecins de famille sur le terrain par ces mêmes spécialistes de base.

Lorsque l'on regarde les grandes étapes de l'évolution du système cubain, on peut identifier des lignes de force : le souci de constamment améliorer l'accessibilité géographique de la population aux services de santé, le souci de garantir une accessibilité financière, le souci d'une distribution équitable des services de santé à travers la carte sanitaire, le choix de l'option du médecin comme dispensateur principal de soins à tous les niveaux y compris en première ligne, la préférence accordée à la «spécialisation». Dans cette évolution, la médecine de famille représente à la fois une continuité et une rupture, continuité parce qu'elle poursuit les lignes de force ci-dessus citées, rupture parce qu'elle propose un changement radical d'approche, de l'approche bio-médicale menée par des «spécialistes» (dans le sens «verticaliste» du terme) à une approche bio-psycho-sociale menée par des «généralistes» (dans le sens «horizontaliste» du terme). Il s'agit aussi d'un changement en profondeur parce que c'est autour de cette nouvelle approche que l'ensemble du système est repensé.

Chapitre 3 – Analyse du modèle cubain de médecine de famille

Principales caractéristiques de la médecine de famille

UN CONTEXTE DE SYSTEME DE SANTE PUBLIC HOMOGENE

A Cuba, le système de soins de santé dans son entièreté est gouvernemental, et tout le personnel est salarié du MSP. Il est centralisé pour la prise de décision en matière de politique sanitaire, et décentralisé au niveau des municipalités sur le plan exécutif. Le niveau central exerce un contrôle direct sur l'ensemble du système de soins de santé qui présente de ce fait une assez grande homogénéité organisationnelle.

UN CONTEXTE DE SYSTEME DE SANTE RICHE EN RESSOURCES HUMAINES

Si Cuba peut globalement être considéré comme un pays à faibles ressources, il bénéficie toutefois d'une ressource essentielle : les ressources humaines. Non seulement le niveau d'éducation général de la population est élevé (96% de la population est alphabétisée, et le niveau de scolarité moyen de la population est de 9 années de scolarité: 6 primaires et 3 secondaires-Données MSP 1999), mais la quantité d'individus ayant une compétence professionnelle de niveau supérieur est impressionnante.

La situation des médecins est assez emblématique : avec environ 65.000 médecins pour 11 millions d'habitants, le ratio d'habitants par médecin calculé en 1999 est un des plus élevés au monde : 1 médecin pour 172 habitants (soit 5,8 méd/ 1.000 hab). A titre comparatif, la moyenne pour les pays à hauts revenus est d'un médecin pour 270 habitants, la grande majorité des pays d'Afrique sub-saharienne ont moins d'un médecin pour 10.000 habitants. La quantité actuelle de médecins est essentiellement liée au processus de formation massive qui a été nécessaire à la mise en place des médecins de famille. En 1960, Cuba ne comptait qu'environ 3.000 médecins et en 1980 environ 15.000. En 15 ans, soit de 1984, date de démarrage du programme MF, à 2000, le nombre de médecins a plus que triplé, passant de 20.000 à 65.000, ceci dans le but de pouvoir assurer une couverture complète de la population avec 1 MF pour 600 à 800 habitants. A noter aussi la féminisation importante de la profession médicale : 48% des médecins cubains et 61% des MF sont des femmes (Waitzkin 1997).

Les infirmières, quant à elles, étaient au nombre d'environ 87.000 en 1999, soit un ratio d'une infirmière pour 78 habitants et de 1,34 infirmière par médecin. Une production massive d'infirmières a également eu lieu ces dernières années : 65.000 infirmières générales formées entre 1980 et 1998, à comparer aux 11.000 infirmières générales formées entre 1960 et 1980.

La production massive de ressources humaines est elle-même rendue possible par l'existence d'un corps enseignant important en quantité (total de 8.300 professeurs en sciences médicales d'après la direction formation du MSP) et en qualité.

UNE MEDECINE DE PREMIERE LIGNE CONDUITE PAR DES MEDECINS

Cuba a depuis très longtemps opté pour une médecine curative conduite par des médecins. Le fait que, dans le programme de médecine de famille, l'équipe de soins primaires soit sous le leadership d'un médecin allait donc de soi.

UNE MEDECINE D'EQUIPE MAIS UNE PRATIQUE MEDICALE INDIVIDUELLE

Le travail du médecin de famille a été conçu comme un travail d'équipe (le binôme médecin-infirmier constitue l'équipe de soins primaires), mais comme une pratique médicale individuelle dans la mesure où il n'a pas été prévu, y compris en milieu urbain avec une population dense, de cabinets regroupant plusieurs médecins. Il y a de fait dans certains cas en milieu urbain des médecins qui travaillent à deux dans le même local ; cela n'est cependant pas un choix de mode de travail mais la réponse trouvée au manque de locaux. De même, les consultorios proches les uns des autres sont organisés en duos ou trios afin d'optimiser la permanence des soins pour les périodes de vacances et de formations (et pour les gardes de week-end des consultorios isolés), mais là encore il s'agit d'un objectif de permanence des soins et non d'une pratique médicale d'équipe entre consultorios.

UNE COUVERTURE COMPLETE DE LA POPULATION

Seize ans après le démarrage du programme de médecine de famille, 98% de la population est couverte à raison d'un MF pour 600 à 800 habitants. Les quelques poches non couvertes ne correspondent pas, semble-t-il, à des zones rurales isolées mais au contraire à des zones urbaines où il est difficile de trouver les locaux pour installer un cabinet de consultation (en pratique certaines zones du vieux Havane), et où l'accès aux autres structures (hôpitaux et polycliniques) est aisé.

LA MEDECINE DE FAMILLE COMME DOMAINE DE SPECIALITE

En 1984, le pays a fait le choix de considérer la médecine de famille comme un domaine de « spécialité » requérant des compétences spécifiques nécessitant une formation spécifique. La spécialisation en « medicina general integral » a donc été créée. Elle se fait en trois ans et débouche sur un titre de spécialiste de même niveau que tous les autres. En dehors de l'année de familiarisation qui oblige chaque médecin sortant à exercer un an comme médecin de famille, l'exercice de la médecine de famille requiert que l'on soit spécialiste en MGI ou en cours de spécialisation.

Ce choix représente une rupture très importante par rapport à la médecine de première ligne pratiquée antérieurement. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la médecine de première ligne après la révolution avait été conçue comme une juxtaposition de « trois spécialités de base », dans une vision très bio-médicale de la médecine. Il faut remonter à la période d'avant 1959 pour retrouver des médecins de famille dans le sens de médecins généralistes responsables de la prise en charge globale de la santé d'individus et/ou de famille. Ces médecins étaient des médecins privés, nommés « medicos de cabecera » (« médecins de chevet ») ; leur activité était essentiellement curative, et ils desservaient principalement la bourgeoisie urbaine. *La réorientation vers une vision globale de la médecine de famille dans une approche bio-psycho-sociale est LE changement majeur de cette réforme.* Une autre optique a été choisie, permettant le passage d'une vision bio-médicale tronçonnée et menée par PLUSIEURS spécialistes, à une vision bio-psycho-sociale globale menée par UN spécialiste en médecine « générale ». Le fait de reconnaître la médecine de famille comme un domaine de spécialité à part entière est une façon d'affirmer ce choix et de valoriser la médecine de famille dans un contexte médical spécialisé.

UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE, FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

La médecine de famille telle qu'elle a été envisagée est orientée sur la prise en charge globale d'un ensemble de familles. L'objectif est d'améliorer l'état de santé d'une population déterminée, dans son environnement familial et communautaire. Cela se fait à travers une approche orientée sur les familles et la communauté. Le médecin de famille connaît chaque membre de la population dont il est responsable grâce au recensement qu'il effectue et actualise périodiquement, à l'histoire clinique individuelle et familiale qu'il établit à cette occasion, au diagnostic communautaire annuel effectué avec

la communauté et menant à l'élaboration d'un plan d'action, à l'établissement d'un suivi systématique des individus (cf le programme de «dispensarisation» expliqué ci-dessous) et aux supports de suivi (les dossiers familiaux et individuels).

Le contenu de la prise en charge constitue une autre orientation majeure de l'évolution de la première ligne : il ne s'agit plus d'une médecine essentiellement curative, mais bien de soins primaires comprenant, outre le curatif, les aspects de prévention, de promotion et de réhabilitation. Un accent très fort a été mis sur le rôle essentiel de l'équipe de soins primaires en termes de prévention et de promotion de la santé (aspects relativement nouveaux pour les médecins), donnant aux médecins de famille cubains la réputation d'être essentiellement des médecins de la prévention. Or, il faut noter que sur le plan terminologique, un certain nombre d'activités considérées classiquement comme des activités d'ordre curatif sont considérées à Cuba d'abord comme des activités préventives : par exemple le suivi d'un hypertendu ou de patients atteints d'autres maladies chroniques est souvent considéré comme une activité de type préventif. Les discussions avec les médecins de famille et l'observation des outils de gestion montrent un mélange effectif d'activités curatives, préventives et promotionnelles.

UNE MEDECINE PROGRAMMEE ET UNE MEDECINE DE PROGRAMMES

Plus encore que l'accent mis sur l'importance des aspects préventifs, ce qui frappe dans la pratique du médecin de famille cubain, c'est l'importance des activités programmées.

La «dispensarisation»

Le terme intraduisible de « dispensarisation » désigne un programme né dans les années 70, au moment où s'est opéré le passage d'une approche par problème à une approche plus focalisée sur des groupes cibles. Il s'agit d'établir une sorte de cadastre de l'état de santé de tous les individus et familles appartenant à la zone de responsabilité du médecin de famille, de classer chaque individu dans l'un des quatre groupes hiérarchisés selon un niveau de risques, et d'appliquer un suivi périodique adapté à chaque groupe. Cette classification se fait dans le cadre du recensement initial et est révisée une fois par an à l'occasion d'une visite à domicile proactive. Le tableau 4 présentant les quatre groupes de classification et la fréquence du suivi pour chaque groupe (Garcia Napoles *et al.* 2000). Le suivi peut se faire soit sous forme de consultation au cabinet soit sous forme de visite à domicile.

Tableau 4. Programme de surveillance des groupes de population dans le cadre de la «dispensarisation»

Groupe	Fréquence minimale de contacts avec l'équipe de soins primaires
Groupe 1 : individus supposés sains	1 fois par an
Groupe 2 : individus à risque	2 fois par an
Groupe 3 : individus malades	4 fois par an
Groupe 4 : individus avec séquelles ou incapacités	1 à 2 fois par an

L'objectif est de proposer un suivi continu à même de promouvoir des habitudes de vie positives pour la santé, d'identifier et de suivre les groupes à risque, d'identifier et de suivre les malades (chroniques), d'identifier et de suivre les individus pouvant bénéficier de soins de réhabilitation. L'objectif principal est de faire de la prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies chroniques et de combattre les principaux facteurs de risque compte tenu du profil épidémiologique du pays.

Le suivi proposé implique une charge de travail importante pour l'équipe de soins primaires, d'autant plus que pour certains sous-groupes, le suivi est plus fréquent que celui indiqué ci-dessus.

Les autres programmes

En dehors de la «dispensarisation», les activités programmées sont liées à l'existence de nombreux autres programmes tels que le programme materno-infantile (qui occupe une place très importante dans la médecine de famille), le programme des personnes âgées, le programme d'hospitalisation à domicile, les programmes des maladies transmissibles (tuberculose, HIV/SIDA, leptospirose, gale...) et les programmes des maladies non transmissibles (hypertension, cancer du col, asthme...). Au total, ce sont plus de vingt programmes qui constituent l'armature du travail de l'équipe de soins primaires.

Le système d'information sanitaire n'enregistre pas de façon différenciée les activités programmées et non programmées; il n'y a pas au niveau du cabinet de médecine de famille un recueil exhaustif des activités de la journée ; il est donc difficile d'évaluer précisément la part des activités programmées dans la charge de travail globale du médecin de famille. Il semble cependant que les contacts au consultorio (généralement en matinée)

soient majoritairement des consultations curatives non-programmées, et que le travail de terrain (l'après-midi) consiste avant tout en activités de suivi programmées (préventives et promotionnelles pour la plupart).

UNE MEDECINE ENCADREE

Un autre élément frappant de la médecine de famille à Cuba est qu'à l'opposé de nombreux pays où le médecin de première ligne est certes indépendant, mais surtout complètement laissé à lui-même, le médecin de famille cubain fait visiblement partie d'une organisation qui l'entoure.

La structure d'encadrement essentielle est le «grupo basico de trabajo» (GBT). Comme nous l'avons vu dans le chapitre descriptif, la polyclinique est le siège de ces GBT qui rassemblent chacun une quinzaine de MF d'un secteur donné avec un groupe d'environ 6 enseignants responsables de mener avec eux des activités de soins, formation, évaluation et recherche, dans le cadre de la formation initiale et continue des MGI. Nous ne reviendrons pas sur les activités du GBT qui ont été précédemment décrites.

L'intensité du suivi des MF par les GBT est importante : théoriquement deux visites mensuelles de chaque membre du GBT. Nous n'avons pas pu documenter la fréquence effective des visites mais les médecins visités ont tous cité un ordre de fréquence d'une à deux visites mensuelles de chaque enseignant (au moins pour les pédiatres, gynéco-obstétriciens, interniste et psychologue), et l'interaction avec le GBT fait manifestement partie de leur pratique courante. La régularité de ces visites est théoriquement la même qu'il s'agisse d'un MF en cours de spécialisation, d'un MGI débutant ou d'un MGI expérimenté. En pratique, il semble que certains enseignants adaptent leur rythme de visite en tenant compte de ce facteur. C'est le cas d'un gynéco-obstétricien rencontré, membre d'un GBT, qui voit les MF en cours de spécialisation deux fois par mois, et les spécialistes MGI une fois par mois. En revanche, l'un des MF rencontrés, expérimenté (14 ans de pratique) reçoit toujours, comme à ses débuts divers membres du GBT à un rythme de deux visites mensuelles. Il est toutefois probable que l'intensité observée de l'encadrement soit variable dans le pays, selon les distances à parcourir (certains médecins de famille ruraux pratiquent dans des villages isolés et peuvent être, surtout dans la montagne, difficilement accessibles) et les ressources en personnel d'encadrement (plus élevées à La Havane).

Si l'on considère la fréquence des visites (élevée), le fait que ces visites sont plutôt systématiques que sur demande, et le fait que ces «superviseurs» sont également les évaluateurs (à noter l'utilisation habituelle du

terme «contrôle» plutôt que du terme évaluation), il s'agit plus d'un «encadrement» que d'un «appui».

Il est également important de remarquer que le GBT étant une juxtaposition de spécialistes qui font des visites individuelles au MF, l'encadrement est donc «verticalisé». Avec l'augmentation du nombre des MGI, le MSP a progressivement intégré un MGI dans chaque GBT. Actuellement la majorité des GBT incluent un MGI qui occupe la position de chef de GBT, et qui est responsable de la coordination et des aspects plus spécifiques de la médecine de famille comme domaine de spécialité.

Il existe un contraste (une contradiction?) dans la médecine de famille cubaine, entre l'approche horizontale adoptée avec conviction (dans la conception, le type d'activités, les outils de suivi des familles et de la communauté) et la verticalisation de la formation, du suivi et de la méthodologie de travail (spécialisation des GBT et importance des programmes).

Conséquences de la réforme en cours sur l'utilisation des services dans l'ensemble du système de soins

Les principales données que nous avons pu rassembler à ce sujet sont les suivantes (MSP 1999):

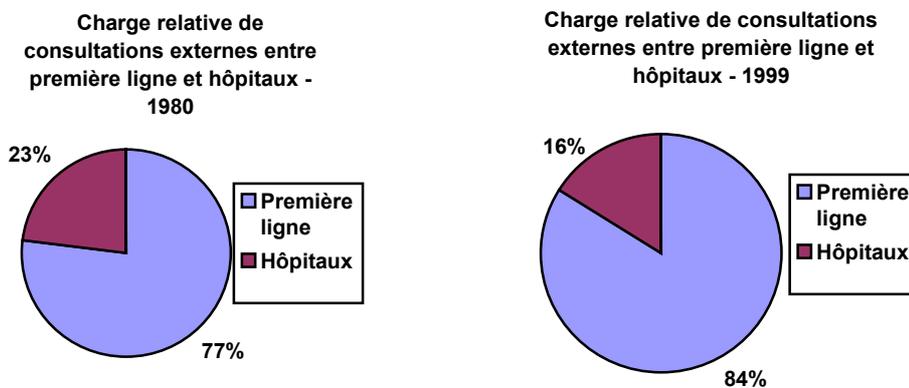
- 98% de la population a accès à un MF à raison d'1 MF pour 600 à 800 habitants.
- Le nombre de consultations médicales par an et par habitant est en augmentation importante et constante (Tableau 5).
Remarque : les consultations médicales incluent les consultations externes et les consultations des services d'urgences pour tous les niveaux du système et pour toutes les spécialités (consultation de MF ou d'autres spécialités). Elles incluent anciens et nouveaux cas.
- La part des consultations d'urgence dans le total des consultations médicales reste importante, même si elle a notablement diminué, passant d'environ 35% en 1984 à environ 25% en 1999 (Tableau 5). De 1970 à 1984, l'augmentation globale du nombre de consultations/an/hab était due à une augmentation parallèle des consultations externes et d'urgence. Depuis 1984, le nombre total de consultations/an/hab a continué à augmenter malgré une stabilisation du nombre des consultations d'urgence à 1,8/an/hab.

Tableau 5. Évolution du nombre de consultations médicales/an/hab

Année	Cons. Externe	Cons. Urgence	Total cons. Médicales
1970	2,5	0,9	3,4
1984	3,6	1,9	5,6
1999	5,5	1,8	7,3

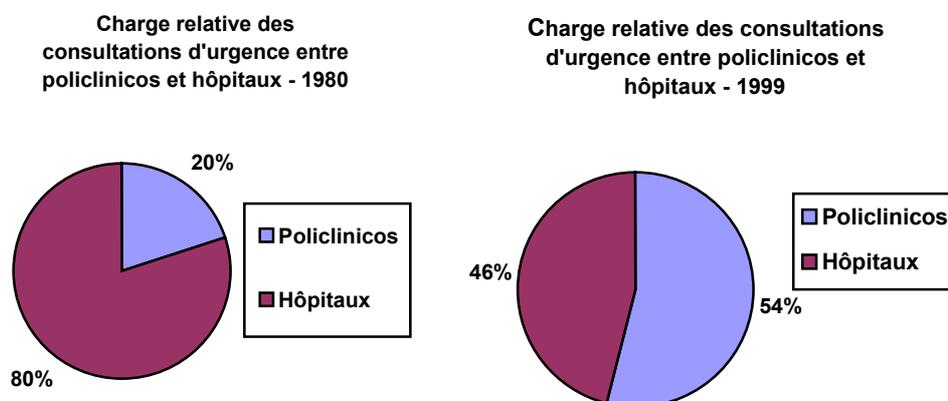
- La charge des consultations externes repose essentiellement sur la première ligne : la part de la première ligne pour les consultations externes était respectivement d'environ 77 et 84 % en 1980 et 1999, celle des hôpitaux respectivement d'environ 23 et 16 % pour les mêmes dates (figure 2) . Il n'y a malheureusement pas de données différenciées des activités de consultations externes entre PC et MF dans l'annuaire statistique.

Figure 2. Evolution de la distribution des consultations externes entre première ligne et dans les hôpitaux



- La part des consultations d'urgence prise en charge par les PC a considérablement augmenté entre 1980 et 1999, ce qui était un objectif clairement affiché de la politique sanitaire. En 1980, 80% des consultations d'urgence avaient lieu à l'hôpital et 20% à la PC ; en 1999, 45% ont lieu à l'hôpital et 55% dans les PC (figure 3).

Figure 3. Evolution de la distribution des consultations d'urgence entre polycliniques et hôpitaux.



- Le taux d'admission hospitalière pour 1.000 habitants qui était passé de 126 en 1970 à 155 en 1989, est en décroissance depuis lors, atteignant 123 en 1999.
- 10.000 lits hospitaliers (soit 17% du total) ont été fermés en 4 ans.

De ces quelques chiffres et des éléments d'observation se dégagent des tendances :

- i. Les services de santé sont très utilisés comme en témoignent les taux d'utilisation et d'admission.
- ii. La part de soins assurée par la première ligne a notablement augmenté, tant au niveau des consultations externes que des consultations d'urgence.
- iii. La médecine de famille a pris sa place dans le système : cela se voit à travers l'augmentation des consultations externes entre 1984 et 1999, dont la vaste majorité est prise en charge par les médecins de famille.
- iv. Le recours direct aux urgences demeure un phénomène important. Il y a une habitude du recours direct à l'utilisation du service d'urgence hospitalier, ancrée depuis longtemps dans le pays. Depuis les années 80, deux changements ont eu lieu : la diminution de ce phénomène (la part relative des consultations d'urgence a nettement diminué), et le transfert

de ce phénomène des services d'urgence hospitaliers vers ceux des polycliniques.

- v. *Le secteur hospitalier a amorcé une mutation importante* dans le sens d'une augmentation de la part de travail ambulatoire et d'une diminution du nombre de lits hospitaliers.

Perceptions du changement par les principaux acteurs concernés

Nous limiterons ce chapitre à des éléments d'information sur les perceptions de la population et des médecins de famille. Nous n'avons pas eu le temps lors de cette visite de rencontrer les médecins hospitaliers, les spécialistes de base des polycliniques, les infirmières et autres professions para-médicales.

LA POPULATION

La démarche très «pro-active» des services de santé en termes de promotion et prévention a pour conséquence que chacun est de fait utilisateur du système de soins.

Lors de cette courte visite il n'a malheureusement pas été possible d'explorer de façon structurée les perceptions de la population vis-à-vis de la médecine de famille. Nous avons cependant eu quelques discussions avec des utilisateurs du système de soins, lors de la visite de la «maison des anciens» de la municipalité «Plaza» d'une part, et d'autre part lors de rencontres informelles avec des gens de la Havane. Ici tout particulièrement, le biais «La Havane» a pu jouer.

Malgré ces limites, quelques éléments de perception nous semblent intéressants à rapporter ici :

- Les personnes rencontrées semblaient avoir une bonne connaissance de leur système de santé et des différents changements qui ont eu lieu, récemment et par le passé.
- Il y a consensus sur le progrès qu'a représenté le développement de la médecine de famille pour les gens. La notion de grande proximité du médecin semble être le point marquant. Plusieurs personnes ont cité comme très positif les MF qui s'organisent à deux ou trois de façon à assurer une meilleure permanence : lorsque l'un d'entre eux est absent, les patients savent qu'ils peuvent aller voir un autre MF du même quartier.
- Autre point de consensus : la liberté d'accès des patients aux différentes portes d'entrée du système «le patient décide où il veut aller, et c'est

très bien comme ça».

- Un autre aspect de la réforme de la première ligne semble avoir séduit la population : l'existence d'une polyclinique principale d'urgence (PPU) dans chaque municipalité. Plusieurs personnes ont parlé de leur «petit hôpital» , avec de nouveau le sentiment de sécurité que procure la proximité et la technicité.
- Les gens expriment pratiquement tous spontanément le problème très important de disponibilité en médicaments auquel est confronté le pays depuis les années 90. Les patients sont confrontés à ce problème de façon très concrète, même s'ils ont appris à utiliser les alternatives qui leur sont proposées (médecine «verte», acupuncture...)
- Les personnes rencontrées ne se sont pas exprimées spontanément, ni en bien ni en mal, sur l'importance accordée dans le système aux aspects de promotion et prévention .
- Ces contacts suggèrent une familiarisation assez forte avec la bio-médecine, résultat probable des efforts d'éducation pour la santé.

LES MEDECINS DE FAMILLE

Nous avons lors de cette visite rencontré de nombreux MF (certains en fonction de MF, certains occupant d'autres fonctions mais ayant été précédemment MF), avec toutefois le biais d'un programme limité essentiellement (mais pas uniquement) à la ville et à la province de La Havane, donc dans des structures pas forcément toutes représentatives de l'ensemble des services de santé. Parmi les éléments qui sont ressortis des discussions avec les MF :

La notion (relative) de «non-choix»

Au démarrage du programme de MF, les médecins nouvellement diplômés pouvaient choisir la MGI comme une spécialité parmi d'autres. Pour les actuels spécialistes MGI qui ont plus de 10 ans d'expérience et que nous avons rencontrés, il s'agissait alors d'un choix positif, d'une volonté de faire cette spécialité. Ce n'est pas le cas de la majorité des plus jeunes MF : en effet, assez rapidement, afin de produire la masse de MGI nécessaires à la mise en place du programme, il y a eu une limitation des autres filières de spécialité, et celles-ci ont été réservées aux étudiants les plus méritants, comme seconde spécialisation après la médecine de famille. En pratique les médecins sortants n'avaient pas réellement d'alternatives. La spécialité de

MGI est devenue un non-choix. Les médecins expriment ce non-choix. Certains disent avoir depuis découvert cette spécialité et y trouver leur compte. Certains autres attendent les opportunités de changer de fonction ou d'entamer une autre spécialité.

Profil de poste : accords et désaccords

La majorité des MF rencontrés ne se sont pas plaints de leur profil de poste. Ces MF (il s'agissait dans la grande majorité des cas de femmes) ont plutôt tenu un discours défendant l'idée de l'intégration des différents champs d'action comme quelque chose de motivant.

Certains expriment cependant des réserves ou des déceptions, directement ou indirectement : plusieurs médecins rencontrés ont exprimé que ceux d'entre eux qui ont la chance de participer au système de garde de la polyclinique principale d'urgences (PPU) trouvent cela très motivant (dans certaines Municipalités, seuls les MF dépendant de la PPU participent à ce système de garde, qui fonctionne avec un plateau technique plus développé que la garde des autres polycliniques). Ce qui est présenté comme motivant est le fait de se retrouver dans une atmosphère plus purement de soins, et aussi le fait que ce type de compétence et de pratique augmente leur capacité à résoudre les problèmes dans leur fonction de MF; d'autres, tout en affirmant que la prévention est prioritaire dans un contexte de développement et qu'il est plus difficile de prévenir et d'éduquer que de guérir, expriment en même temps la satisfaction qu'ils trouvent dans les soins curatifs («on voit les résultats»); certains autres remettent plus directement en cause leur profil de poste et ont l'impression de se retrouver piégés dans une fonction qui repose moins sur la confiance faite à des professionnels que sur un amoncellement de programmes standardisés et sur un contrôle de leur travail qui les pousse à des attitudes parfois contre-productives.

- Un exemple régulièrement cité est celui des programmes materno-infantils. Il y a en effet à Cuba une grande préoccupation d'avoir les taux de mortalité infantile et de maternelle les plus bas possibles. Un accent très important est donc mis sur les activités de ce programme. Le suivi des femmes enceintes en est un exemple. La première visite prénatale au MF doit être suivie d'une visite à domicile par le MF la semaine suivante puis d'une consultation conjointe avec le gynéco-obstétricien du GBT dans les 15 jours. Le suivi est ensuite d'une visite mensuelle pour une grossesse normale et plus en cas de grossesse à problème. Dans la pratique cependant, il y a une telle responsabilisa-

tion des MF vis à vis des problèmes qui pourraient survenir pendant ou au décours de la grossesse que ces derniers ont tendance à voir les femmes plus souvent pour se protéger en cas de problèmes, tout en étant conscients que c'est excessif.

- Un autre exemple est celui de l'ensemble des activités programmées dans le cadre de la dispensarisation ou d'autres programmes, et pour lequel le MF fixe des rendez-vous aux patients. Les MF expriment clairement que très souvent les patients ne viennent pas aux rendez-vous programmés et qu'il leur revient alors de faire une visite ou de reconvoquer le patient. Certains MF jugent cette situation très peu efficace et questionnent sa pertinence.

Un sentiment exprimé par certains médecins de famille est qu'avec le système cubain : «*le médecin propose et le patient dispose*», autrement dit «*le patient a tous les droits, le médecin les contraintes*».

La charge de travail

Les MF ont la sensation d'avoir une charge de travail plus importante que celle des autres spécialistes. Il semble que ce sentiment vienne essentiellement des activités de terrain (qui représentent à peu près la moitié du temps de travail), et de la disponibilité attendue, dans la mesure où en dehors des heures de travail, le MF se doit de prendre en charge un patient qui a recours à lui à domicile. Un autre aspect qui vient peut être participer à cette impression de charge de travail et qui a été exprimé à plusieurs reprises est l'importance des documents à remplir : «*On remplit trop de papiers*». Il est vrai qu'il y a d'assez nombreux documents de suivi des patients, de la communauté, des diverses activités...

En ce qui concerne la charge de travail et à titre d'exemple, les cinq médecins de famille (MF) visités ont donné un nombre de consultations moyen par jour (concentrées sur une demi-journée) au cabinet allant de 10 à 20; le nombre de visites de terrain semble extrêmement variable à la fois dans le temps pour un même consultorio mais aussi d'un consultorio à l'autre. Une moyenne de 40 à 100 par mois a été avancée par un enseignant de GBT responsable du suivi des médecins de famille. Au niveau des MF visités, les chiffres concernant les visites de terrain étaient très faibles pour le mois examiné (de l'ordre de 10 à 20) avec différents motifs d'explication : dans un cas il s'agissait d'un MF en cours de spécialisation qui, du fait du suivi de son stage hospitalier en cours (pendant les matinées) ne pouvait effectuer que les consultations au niveau du cabinet médical; dans deux

autres cas les visites de terrain habituelles étaient présentées comme très réduites car toute l'énergie était concentrée sur la lutte anti-vectorielle pour combattre le risque épidémique de dengue. Cette activité n'était pas comptabilisée dans les outils de gestion routiniers mais mobilisait manifestement beaucoup les équipes de soins primaire lors de notre séjour. Aucun des MF rencontrés n'avait cependant une longue file de patients dans sa salle d'attente.

Des éléments de motivation

Parmi les éléments qui motivent positivement les MF à rester dans cette fonction, l'accès à un logement est régulièrement cité par les MF de La Havane, mais aussi l'intérêt du travail lui-même et la reconnaissance qu'ils reçoivent de la population.

Les relations avec les autres médecins

Ce que nous pouvons en dire vient des MF et pas des autres médecins eux-mêmes; il en ressort que la MF n'a pas toujours été bien considérée par les autres médecins mais serait en voie de conquérir sa légitimité :

- L'acceptation de la MGI a été difficile au début pour des médecins spécialistes formés dans un paradigme hospitalocentrique et où la *bonne médecine* était spécialisée
- Le développement de la MF fut une lutte contre des années de spécialisme nous ont dit des MF
- Certains MF continuent à se sentir déconsidérés, et sont amers en parlant des spécialistes qui nous considèrent comme des médecins de seconde zone et nous disent ce qu'il faut faire et prescrire.
- On a voulu faire reconnaître la MF comme spécialité différente, avec le même salaire, les mêmes droits, mais ce n'était pas le même prestige.
- Cette dépréciation viendrait plus des médecins hospitaliers, mais ce serait en train de changer sous l'effet des capacités accrues des MF de discuter de diagnostics et de traitements
- Hypothèse; un autre facteur de meilleure acceptation pourrait être le fait que les spécialistes sortis ces 10 dernières années sont tous passés eux-mêmes par une formation préalable et une pratique de médecine de famille : ce serait alors une question de générations.

Chapitre 4 – Analyse des principales stratégies et éléments déterminants dans la mise en place de la médecine de famille cubaine

Cuba a réussi en 15 ans à mettre en place une médecine de famille effective, organisée et encadrée, sur l'ensemble du territoire. C'est en soi une réussite. C'est aussi le résultat d'une double bataille. Bataille de fond, car dans une culture médicale de médecine de spécialistes très hospitalo-centrée, les résistances ont été importantes au départ : l'acceptation de ce nouveau modèle de médecine de première ligne n'allait pas de soi, ni dans les esprits des médecins spécialistes, ni dans ceux des populations. Bataille en terme de faisabilité car cette réforme s'est mise en place en pleine crise économique. Il est donc intéressant, après en avoir décrit les grandes lignes et analysé les principales caractéristiques, d'essayer de comprendre quels ont été les stratégies de mise en place de cette médecine de famille et les éléments déterminants du succès de sa mise en place.

Une volonté politique

La santé, tout comme l'éducation et la culture, sont clairement affichées par le régime politique en place comme des secteurs prioritaires. L'existence d'une volonté politique est un facteur déterminant pour la mise en place d'une réforme sanitaire de cette ampleur. A Cuba, elle existe de façon très claire, et se manifeste à travers l'importance politique qui lui est accordée (Fidel Castro a soutenu l'initiative du programme des médecins de famille et cela a contribué à sa réussite), l'efficacité des mécanismes de contrôle veillant à son exécution, l'existence d'une éthique de fonction publique effectivement au service du public et la part du budget consacré à la santé (Tableau 6)

Tableau 6. Part des dépenses de santé en % du PIB et des dépenses totales de l'état

<i>Années</i>	<i>Dépenses de santé en % du PIB</i>	<i>Dépenses de santé en % des dépenses totales</i>
1990	4,9	6,6
1994	7,8	7,5

SOURCE : PAHO 1998

Cependant, pour qu'une volonté politique prenne corps, encore faut-il que l'ensemble des chaînes opérationnelles nécessaires au développement de l'action soient activées et fonctionnelles, et qu'il n'y ait pas d'obstacles majeurs venant interférer ou bloquer ce fonctionnement.

La capacité d'appliquer une volonté politique : un contexte de pouvoir fort à composante sanitaire prioritaire

A Cuba, le système de santé dans son entièreté (donc la médecine de famille), est sous l'autorité des pouvoirs publics. Il est centralisé sur le plan de la prise de décision politique et technique, et décentralisé au niveau des municipalités sur le plan de l'exécution de la politique sanitaire. Il y a un contrôle direct du niveau central sur l'ensemble du système. On se retrouve donc dans un cas de figure où il n'y a qu'une chaîne à activer avec un système de contrôle direct sur cette chaîne puisque l'ensemble des professionnels de santé sont des agents de la fonction publique. Par ailleurs, l'organisation socio-politique du pays se caractérise entre autres par les liens très étroits qui unissent le réseau socio-politique, très dense et très fort, aux différents autres réseaux sanitaires, éducatifs etc... Cela ne signifie pas que les résistances n'existent pas et ne s'expriment pas. En l'occurrence la mise en place de la médecine de famille en a suscité beaucoup. Cependant, dans un système très contrôlé, le développement de phénomènes de résistance de grande ampleur capable de paralyser une réforme est beaucoup plus difficile.

Il apparaît très clairement que l'existence à Cuba d'un service entièrement public et centralisé dans le contexte d'un état fort à composante sanitaire prioritaire est un élément déterminant de la réussite de la réforme de la médecine de famille.

Le travail de réflexion préalable sur le modèle de médecine de famille souhaité

La phase préparatoire à la réforme de la médecine de première ligne a probablement aussi été un facteur déterminant de sa réussite. Plusieurs équipes ont été envoyées étudier les modèles de médecine de première ligne de sept pays différents (Canada, USA, Suède, URSS, Tchécoslovaquie, Angleterre et France). Une commission nationale a organisé une réflexion sur le modèle de médecin de première ligne souhaité pour Cuba, tenant compte des opinions de différents acteurs et des informations ramenées de ces différents

pays (Gilpin 1991). Il y a donc eu un temps de maturation, d'appropriation du concept de médecine de famille et d'adaptation de ce concept aux réalités cubaines.

La capacité d'échelle

LA FORMATION MASSIVE DE MEDECINS

En 1984 il y avait à Cuba approximativement 20.000 médecins pour 10 millions d'habitants. Bien que cela corresponde déjà à une densité médicale d'un médecin pour environ 500 habitants, il n'y avait à l'époque aucun cabinet de médecine de famille. Les médecins travaillaient dans les hôpitaux, dans les polycliniques, dans les écoles, crèches et centres de travail, dans les différentes structures de recherche du niveau central, dans les structures administratives de l'organisation sanitaire, à l'étranger... La réforme de la médecine de première ligne a commencé cette même année. L'ambition de cette réforme nécessitait la production de médecins supplémentaires. En 2000, il y a approximativement 65.000 médecins pour 11 millions d'habitants. Il y a donc eu en une quinzaine d'année une stratégie de formation massive de médecins aboutissant à un triplement de la population médicale avec la formation de 45.000 médecins, soit en moyenne 3.000 par an. Ces chiffres sont impressionnants. Trois facteurs ont été déterminants pour la capacité de production : l'existence des facultés de médecine régionalisées, au nombre de 21; l'existence d'une régulation directe entre l'identification du besoin en médecins et la quantité de médecins effectivement formés : à la différence de nombreux pays, les facultés de médecine à Cuba sont sous l'autorité directe du ministère de la santé publique et non de celui de l'éducation; l'existence d'un pool important d'enseignants en facultés et d'une capacité d'encadrement au niveau des services de soins.

LA FORMATION MASSIVE DE SPECIALISTES EN MGI

La réforme demandait non seulement des médecins additionnels mais encore des médecins spécialistes en médecine de famille, spécialité entièrement nouvelle. Pour les former, le pays bénéficiait là encore, des 21 facultés qui forment la grande majorité des spécialistes (seules quelques spécialités sont concentrées à la Havane).

Cependant, pour réussir à former rapidement et de façon adaptée au travail attendu un nombre important de spécialistes en médecine de famille, le MSP a opté pour les stratégies suivantes :

- (i) Une formation sur le terrain, en situation de pratique de médecine de famille. Le médecin de « *medicina general integral* » en formation est responsable d'un consultorio, et est simultanément formé à l'exercice de sa fonction, essentiellement à travers une supervision intensive de sa pratique. L'esprit de cette formation n'a pas été de proposer un curriculum exhaustif mais plutôt de choisir les éléments considérés comme les plus importants à connaître pour la pratique de terrain, le complément de formation venant dans un second temps à travers la formation continue. Ce choix a permis la mise en place d'un réseau d'extension rapide de MF en cours de spécialisation, avec une augmentation progressive de la proportion de MF spécialistes (actuellement d'après les données du MSP, 62% des médecins qui exercent une fonction de MF sont spécialistes en MGI).
- (ii) Une formation par les trois «spécialistes de base» précédemment en charge de la médecine de première ligne au niveau des polycliniques. C'est là un des paris importants de cette réforme. Deux grandes options étaient possibles dans un pays sans corps de médecins de famille préexistant: soit commencer par former quelques médecins de famille qui constitueraient progressivement un corps d'enseignants à même de former progressivement un corps de MF, soit former rapidement un corps de MF en utilisant le pool des précédents médecins de première ligne comme enseignants (en l'occurrence les trois spécialistes de base), même si ces derniers n'exerçaient pas à proprement parler le même métier. Les anciennes équipes sectorisées des PC sont ainsi devenues les équipes enseignantes des MF. Le pari était assez risqué, mais il a permis de constituer rapidement une masse critique de MF «nouveau modèle» et de changer le système. En 1984 il n'y avait pas de spécialiste en MGI, en 2000 il y a, d'après les données du MSP, environ 20000 spécialistes en MGI. Les MGI les plus anciens ont progressivement intégré le corps des enseignants des «*grupos basicos de trabajo*», amenant ainsi une vision plus globale à la formation.
- (iii) La régulation de l'accès aux diverses spécialisations en fonction des besoins. L'existence d'une régulation directe entre le calcul des besoins dans les différentes spécialités et la production de ces besoins, du fait

de la mise des facultés de médecine sous tutelle du MSP, a permis un ajustement besoin/production en ouvrant largement la filière MGI et en réduisant les autres. En pratique il est devenu presque impossible d'accéder à une spécialisation autre que la MGI de façon directe ; le passage par la MGI est dans les faits devenu un passage obligé, l'accès à une deuxième spécialisation demeurant possible dans un second temps, en fonction des postes ouverts.

La capacité de régulation de la distribution des ressources humaines

L'une des grandes difficultés liées aux ressources humaines dans de nombreux pays est celle de leur distribution géographique adéquate. Ceci est particulièrement marqué pour les médecins, qui restent concentrés dans la capitale et les quelques grandes villes du pays. La réforme de la médecine de famille cubaine est très ambitieuse de ce point de vue puisqu'elle vise une couverture de toute la population à raison d'un MF pour 600 à 800 habitants avec intégration du MF dans la communauté. La capacité de distribution était donc un enjeu important de cette réforme.

La couverture de la population en MF étant, nous l'avons vu, de 98%, on peut dire qu'il y a succès dans ce domaine. Si l'on regarde la répartition des médecins de famille par province, on remarque que leur concentration est un peu plus forte à la Havane que dans le reste du pays, mais l'éventail des concentrations est cependant remarquablement étroit : d'un MF pour 325 habitants dans la province de Villa Clara à un MF pour 486 habitants dans la ville de la Havane (Tableau 8).

Si l'on regarde la répartition de l'ensemble des médecins du pays par province, on retrouve également un éventail de concentrations très étroit : d'un médecin pour 110 habitants dans la ville de la Havane à un médecin pour 248 habitants dans la province de La Havane, avec une moyenne d'un médecin pour 172 habitants (MSP 1999).

Plusieurs mesures contribuant à la régulation de la distribution des médecins peuvent être identifiées :

- La règle du jeu clairement donnée à l'étudiant en médecine dès le départ : le droit à la gratuité des études de médecine contre le devoir de servir là où est le besoin.
- La régionalisation de la formation, qui permet aux étudiants d'une province de faire leurs études sur place et favorise leur acceptation à

travailler ensuite dans la même province. L'existence de l'accès aux études pour toutes les classes sociales renforce ce phénomène : les futurs médecins n'appartiennent pas tous à une classe sociale qui veut vivre en grands centres urbains.

- La mise des facultés de médecine sous tutelle directe du MSP, qui permet pour chaque province un ajustement de la production aux besoins (nous y reviendrons au chapitre suivant)
- Le suivi de la nomination des médecins sur leurs postes d'affectation, qui laisse peu de place au refus
- Un statut plutôt attractif (détaillé ci-dessous)
- L'élaboration récente d'une loi qui limite indirectement la mobilité géographique vers la ville de La Havane en exigeant des immigrants vers la capitale qu'ils puissent démontrer qu'ils disposent d'un logement salubre ; l'insuffisance de logements à La Havane devient de ce fait un facteur limitant à la concentration à La Havane
- En parallèle, la politique intensive de développement rural (routes, adduction d'eau, écoles, communications ...), ainsi que la mise à disposition d'un logement de fonction pour les médecins de famille a considérablement amélioré l'acceptabilité des conditions de vie en milieu rural, du moins sur le plan matériel.

L'existence d'une distribution géographique des médecins globalement adéquate doit cependant être nuancée : le travail en milieu montagnoux reste en effet moins attractif. Nos interlocuteurs faisaient la distinction entre les campagnes, relativement bien aménagées, et la montagne caractérisée par des populations dispersées, des difficultés d'accès et un grand isolement. Dans la montagne, il semble qu'il y ait une proportion plus forte qu'ailleurs de postes de MF remplis par des médecins en année de familiarisation, et une plus faible proportion de spécialistes MGI en poste stable. Ceux qui ont passé leurs années de formation dans la montagne les considèrent comme difficiles, mais aussi particulièrement formatives : dans la mesure où l'accès à la polyclinique et hôpitaux y est plus difficile qu'ailleurs, le médecin de famille doit faire face lui-même à la plupart des urgences et le mix soins préventifs – curatifs penche plus qu'ailleurs vers le curatif. Toutefois, la montagne apparaît comme un lieu de pratique en début de carrière, et non au long terme. Mais en dépit du turn-over de médecins qui en résulte, les soins de médecine de famille sont néanmoins accessibles jusque dans les zones les plus reculées du pays. Il faut d'ailleurs ajouter que les in-

firmières qui travaillent en équipe avec les MF sont réputées plus stables que les médecins, contribuant ainsi à une meilleure continuité.

La capacité d'encadrement

La capacité d'encadrer l'ensemble des médecins de famille en fonction a été un élément déterminant pendant la phase de démarrage : le système était nouveau, l'approche était nouvelle, les médecins de famille en poste étaient majoritairement en cours de spécialisation, la confiance de la population n'était pas acquise (il y avait une tendance très marquée de la population à court-circuiter la polyclinique pour aller directement à l'hôpital).

La stratégie utilisée a été le couplage de la formation à la spécialisation et de l'encadrement continu sous la responsabilité d'une même entité, les «grupos basicos de trabajo» des polycliniques, avec planification d'un suivi assez intensif sur le terrain (cf. le chapitre précédent). Cette stratégie présente au moins deux avantages potentiels: favoriser l'adéquation de la formation initiale aux responsabilités attendues dans la mesure où les formateurs sont à même d'évaluer à travers l'encadrement continu, le contenu qu'ils doivent donner à la formation initiale; renforcer la crédibilité des MF pendant cette période initiale, ce d'autant plus que les formateurs des GBT sont stables sur un secteur donné et sont donc connus de la population.

Le couplage formation initiale-formation continue par les mêmes enseignants, le choix de formations initiale et continue basées sur le terrain, le suivi effectif régulier, l'évaluation régulière des activités et des performances sont autant de mécanismes d'assurance qualité qui ont joué un rôle dans la mise en place du réseau de médecine de famille.

Le travail sur le statut

Un statut du médecin de famille a été élaboré. L'idée de base est que le MGI est un spécialiste d'une compétence équivalente à tout autre spécialiste et qu'il joue un rôle central dans le système de santé repensé autour de la médecine de famille. Cette idée s'est traduite par un statut de spécialiste, la possibilité de plan de carrière et quelques avantages matériels.

UN STATUT DE SPECIALISTE

La médecine de famille est reconnue comme un domaine de «spécialité», avec une formation débouchant sur un diplôme de spécialiste donnant droit

au même statut financier que les autres spécialistes (le salaire mensuel de base de tout spécialiste est le même : environ 525 pesos cubanos soit environ 25 dollars américains).

UN PLAN DE CARRIERE :

Le médecin spécialiste en MGI a des perspectives d'évolution de carrière, de différents types :

Il peut postuler pour devenir MGI de deuxième grade. Il y a en effet deux niveaux de MGI. Un MGI nouvellement formé est de 1^{er} niveau. Pour devenir MGI de 2^{ème} niveau, il doit remplir un certain nombre de critères : critère académique (plus de 90 points), critère d'expérience (plus de 7 ans d'expérience de MF), certificat de langue étrangère (anglais ou français), publications, participation à des activités scientifiques internationales... Lorsque l'on remplit ces critères on peut devenir MGI de 2^{ème} grade, ce qui correspond essentiellement à un niveau scientifique, et s'accompagne d'une augmentation de revenu.

Il peut acquérir une compétence en méthodologie de formation et devenir MGI formateur, avec des retombées favorables sur son curriculum et son salaire. Ceci peut déboucher sur sa participation à des activités de formation au niveau de la PC ou sur sa participation au titre d'enseignant dans l'équipe d'enseignants d'un GBT. Ces derniers doivent en effet avoir un grade dans la carrière d'enseignant (certains MGI qui sont chefs de GBT mais ne sont pas encore accrédités comme enseignants remplissent des fonctions de coordination, de contrôle administratif et de formation sur le terrain mais ne peuvent pas dispenser d'enseignement formel). Il existe 4 grades dans la carrière d'enseignant : instructeur, assistant, professeur auxiliaire et professeur titulaire.

Il peut postuler pour une fonction dirigeante. Avec le développement de la médecine de famille et la place centrale qu'elle occupe dans le système, il y a un besoin de MGI pour certains postes de direction tels que chef de Grupo Basico de Trabajo, directeur de polyclinique ou membre de son équipe cadre, directeur du service municipal de santé ou membre de son équipe cadre.

Il peut faire une deuxième spécialité s'il le souhaite, dans la limite disponible des postes ouverts au niveau de la province. L'accès à une 2^{ème} spécialité se fait sur concours, le concours étant réservé aux médecins qui, d'une part ont l'autorisation de leur directeur municipal de laisser

leur poste, d'autre part remplissent un ensemble de critères assez complexes pouvant inclure leurs résultats lors des études de médecine, leurs résultats lors de leur formation en MGI, leur évaluation en tant que MF par le GBT, l'appréciation de leur motivation pour faire une 2^{ème} spécialité....

Toutes ces possibilités ouvrent l'horizon du MGI et sont effectivement utilisées : d'après les sources du MSP, sur l'ensemble des 20.000 MGI formés depuis 1984, environ un tiers a fait une 2^{ème} spécialité; la grande majorité des GBT et des PC sont dirigés par un MGI; en revanche les MF formateurs et les MF de 2^{ème} niveau ne sont pas très nombreux.. Le tableau 7 donne la distribution des différentes fonctions occupées par les MF en 1999. Ces possibilités d'évolution de carrière débouchent toutes sur une augmentation de salaire qui reste très modeste, de l'ordre de 50 pesos (sur un salaire de 525 pesos). Il est important de remarquer que dans la majorité des cas, l'accès à ces développements de carrière ne se fait pas sur critères d'ancienneté mais sur des critères de sélection impliquant un travail personnel spécifique et/ou une évaluation des performances passées et de la capacité à pouvoir prendre en charge correctement la nouvelle fonction.

Tableau 7. Médecins de famille selon leur lieu de travail 1999

<i>Lieu de travail</i>	<i>Nombre</i>
Communauté	17.335
Écoles	1.454
Maternelles	799
Centre de travail	1.347
Direction	2.124
Enseignement	670
Autres	5.919
Total	26.948

SOURCE : Annuaire de statistiques sanitaires 1999 - MSP.

QUELQUES AVANTAGES

Il y a une politique de discrimination positive vis-à-vis des MF de façon à rendre les conditions de travail suffisamment attractives pour eux, à travers quelques mesures :

- La mise à disposition d'un logement de fonction. Dans le cadre de l'approche communautaire, il a en effet été décidé que l'équipe de soins primaires devait loger au sein de sa communauté de responsabilité. Pour cela, l'état fournit un logement de fonction au MF et à l'infirmière s'ils le désirent, logement qu'ils doivent restituer s'ils prennent un autre poste. Dans certains cas, le professionnel de santé a déjà un logement dans la communauté et n'a pas besoin d'un logement de fonction. Mais dans de nombreux cas, la mise à disposition de ce logement est manifestement exprimé par les MF comme un élément attractif du statut. Il faut toutefois noter que la construction de logements de fonction a dû être nettement diminuée suite à la grave crise économique traversée par le pays, et les nouvelles constructions ont maintenant lieu prioritairement en milieu rural. En pratique 60% des médecins de famille disposent d'un logement de fonction, surtout en milieu rural.
- L'existence d'un incitant financier pour les MF travaillant en situation difficile, en pratique dans les quelques zones montagneuses du pays. L'augmentation de salaire est dans ces cas d'environ 100 pesos.
- L'accès préférentiel actuel des MF, considérés comme plus aptes à gérer un système de santé, à des fonctions dirigeantes est aussi perçu comme un avantage de cette profession.

De façon synthétique, on peut dire que les principales stratégies utilisées pour mettre en oeuvre la médecine de famille cubaine ont été : la formation massive de médecins; la formation massive de spécialistes en Médecine de Famille, formation sur le terrain dirigée par le trio de spécialistes qui étaient auparavant en charge de la première ligne; la régulation précise du nombre des divers spécialistes formés en fonction des besoins; l'élaboration d'un statut de médecin de famille suffisamment attractif .

Les éléments déterminants pour le succès de sa mise en place ont été : la volonté politique; l'organisation socio-politique du pays; le travail préalable de réflexion et de recherche sur le modèle de médecine de famille souhaité; la capacité d'échelle grâce à la capacité de formation-distribution de ressources humaines

d'un bon niveau; la capacité d'encadrement grâce à l'existence de ressources humaines d'un bon niveau – ce potentiel en ressources humaines étant lui-même lié au niveau élevé d'alphabétisation dans le pays.

Chapitre 5 – Leçons et questions

Il y a beaucoup à apprendre du système de médecine de première ligne cubain, tant sur le plan des options de politique sanitaire que sur un plan plus technique. Il y a aussi des questions et des enjeux intéressants à soulever.

Leçons de l'expérience

DE L'ESPOIR POUR LES PAYS A FAIBLES RESSOURCES

Le premier des enseignements est la démonstration qu'il est possible dans un pays à faibles ressources d'aller aussi loin dans le développement d'un système de soins de santé globalement accessible, équitable, proposant des soins de qualité correcte, et participant ainsi à l'amélioration de l'état de santé de la population.

C'est un enseignement majeur parce que rare. Il y a un contraste assez saisissant entre d'un côté l'organisation sophistiquée du système et la richesse quantitative et qualitative des ressources humaines, et de l'autre l'équipement dans la majorité des cas très sommaire, vétuste, mais entretenu. Il n'est bien sûr pas possible d'isoler le système de santé du mode de développement plus général du pays et du modèle socio-politique qui l'accompagne. Cela n'empêche pas la démonstration. Dans l'environnement sanitaire actuel qui tire l'ensemble du monde vers des modèles de privatisation de la santé, Cuba fait, avec d'autres pays, la démonstration que des modèles alternatifs sont possibles, et cela est très précieux.

L'espoir vient aussi du fait que cela est possible malgré les difficultés. Un élément frappant du système est en effet sa dynamique évolutive, sa capacité de réaction face aux obstacles. Toute la phase de mise en place de la réforme de la médecine de première ligne s'est déroulée dans un contexte de crise économique aiguë qui a fait suite à l'effondrement du bloc de l'Est. Cette crise s'est traduite entre autre par une crise du médicament, avec des difficultés majeures d'approvisionnement (la majorité des médicaments sont produits à Cuba mais les matières premières viennent d'ailleurs). La réaction très rapide du pays a été d'une part de travailler à la rationalisation de l'usage des médicaments dans les services, d'autre part d'organiser des méthodes alternatives de traitement avec entre autres l'intensification du développement de la «médecine verte» et le développement de l'acupuncture.

La détermination à réussir malgré les embûches est palpable chez les professionnels de santé.

LES PREMIERES DES RESSOURCES SONT LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines constituent indéniablement la 1^{ère} des richesses du pays.

La quantité de professionnels de santé est extrêmement élevée. Le nombre de médecins paraît pléthorique et l'on peut se poser des questions sur la maîtrise réelle de leur production ces quinze dernières années puisqu'il y a eu triplement, passant de 20.000 à 65.000 médecins durant cette période. D'après les entretiens avec les cadres du MSP et la littérature (Feinsilver 1993) il semble clair que cette production était planifiée dès la conception du programme de MF. Il s'agissait de répondre aux objectifs de production de médecins de famille, mais aussi de fournir des médecins pour les autres structures de soins, de constituer un pool de réserve qui permette aux médecins de prendre une année sabbatique tous les 7 ans, et un autre pool de réserve qui permette aux médecins de participer à l'aide internationale. Le secteur sanitaire est en effet sur le plan politique un porte-drapeau pour Cuba, et l'envoi de médecins cubains à l'étranger une source de rayonnement politique international en même temps qu'une source de devises. Les objectifs sont maintenant à peu près atteints et la production de médecins est en décroissance depuis 1995, passant de 4.019 diplômés l'année 1995 à 2.308 en 1999. On a donc les arguments pour penser que la production est maîtrisée et régulée.

Ce qui caractérise les ressources humaines, c'est non seulement leur quantité mais aussi la présence d'un esprit d'émulation qui semble pousser les médecins à toujours améliorer leur niveau de compétence à travers divers diplômes, une 2^{ème} spécialisation, les travaux de recherche, la formation à l'enseignement... Les MF sont stimulés par exemple à entreprendre des recherches opérationnelles sur leur travail, et des journées sur la médecine de famille sont organisées, au cours desquelles sont présentées les recherches de terrain. Dans la profession d'infirmière, un phénomène illustratif est l'apparition d'un deuxième cursus de formation, celui des universitaires. Il y a en effet depuis 1980 deux corps d'infirmières, celui qui appartient aux techniciens de la santé et celui des licenciés en infirmerie qui ont une formation universitaire. En 1999 il y avait un total de 87.280 infirmières dont 67.777 infirmières techniciennes, 19.398 licenciées en infirmerie et 105 aide-infirmières, mais on peut observer un glissement progressif de la

production en faveur des licenciées (plus de 2.000 infirmières licenciées par an contre environ 800 infirmières techniciennes depuis 1995). Le renforcement des compétences des infirmières devrait leur donner, notamment au niveau des consultorios de médecine de famille, plus d'autonomie et de complémentarité dans le travail en équipe de première ligne.

La production massive de professionnels de santé va à l'encontre des programmes d'ajustement structurel qui influencent les politiques de nombreux pays dits en développement, et qui prônent la diminution du nombre des fonctionnaires, entre autres dans le domaine de la santé. Cuba a pris l'option contraire, mais avec des décisions techniques d'accompagnement lui donnant une capacité de distribution et de gestion des ressources humaines produites :

- (i) Le pays s'est donné le moyen de réguler ses ressources humaines en prenant la décision politique de donner au MSP la maîtrise directe de la production des médecins. La situation classique rencontrée dans la majorité des pays est celle d'une séparation complète entre les centres de production des médecins (les facultés de médecine) qui sont sous le contrôle du ministère de l'éducation, et les centres d'utilisation de ces mêmes médecins (les structures de soins) qui sont sous le contrôle du ministère de la santé. Il n'y a le plus souvent pas de coordination entre les deux ministères de contrôle et en conséquence une production non ajustée aux besoins. A Cuba, la décision de mettre les facultés de médecine sous contrôle direct du MSP donne à ce dernier cette capacité d'ajustement aux besoins, tant pour la production de médecins que pour celle des spécialistes.
- (ii) La régionalisation des facultés de médecine fut une autre décision politique importante, permettant d'une part d'augmenter la capacité de formation, d'autre part de favoriser une distribution plus équitable des ressources humaines formées.
- (iii) Le statut des médecins et leur place dans la société est un facteur décisif dans la gestion des ressources humaines. Les Cubains sont fiers de leur système de santé et en conséquence des professionnels qui y travaillent. Les médecins spécialistes ont un salaire mensuel de base d'environ 525 pesos cubanos (environ 25 \$), quelle que soit leur spécialité. Ce salaire peut être majoré du fait de compétence particulière, de fonction particulière ou d'affectation particulière (cf. discussion sur le statut). Les majorations ne sont jamais très importantes (environ 50

pesos pour une compétence particulière et environ 100 pesos pour une affectation en montagne). Les écarts de salaire dans la société cubaine sont globalement peu importants. Si le salaire du médecin semble dans l'absolu très faible, il n'en est pas moins parmi les plus élevés du pays, le salaire moyen étant de 250 pesos cubanos (environ 12\$). La contrepartie de ces niveaux de salaire très faibles est le coût de la vie, également faible dans la mesure où de très nombreux biens de consommation courante sont très fortement subsidiés, voire distribués gratuitement selon un quota par individu ou famille. Jusqu'à présent les médecins étaient donc plutôt privilégiés en terme de revenus. Ceci n'est plus vraiment d'actualité : la dollarisation de l'économie cubaine change la donne, nous y reviendrons un peu plus loin. Les possibilités de progression de carrière dont nous avons discuté plus haut sont un autre aspect très important du statut, un élément de motivation positive du professionnel.

A ce jour les ressources humaines dans le domaine de la santé à Cuba ont agi comme un moteur, comme une ressource essentielle donnant au système à la fois la capacité de déterminer son parcours et de s'adapter au changement. C'est aussi une source de fierté.

UNE MEDECINE CENTREE SUR LE PATIENT

L'impression générale qui se dégage du modèle cubain est que le patient est effectivement au centre du système, au centre des préoccupations. Des décisions techniques ont été prises dans ce sens.

Réduction des obstacles à l'accessibilité géographique

La couverture actuelle de la population par les médecins de famille témoigne d'une grande accessibilité. En milieu urbain, cela se traduit par l'attribution d'un MF pour un ou deux immeubles ou pour quelques pâtés de maisons ou quelques rues; en milieu plus rural, cela se traduit par l'attribution d'un MF pour une partie de village ou un village; il n'y a que les zones montagneuses (qui représentent une minorité de la population du pays), qui peuvent avoir des problèmes d'accessibilité géographique dans la mesure où la population est dispersée et les moyens de communication difficiles.

Le souci d'améliorer l'accessibilité géographique des services aux patients se manifeste aussi à travers tout le mouvement appelé «Projection communautaire des services», avec plusieurs traductions concrètes dont

nous avons déjà parlé :

- (i) La présence régulière des 3 «spécialistes de base» au niveau des cabinets de MF.
- (ii) La présence régulière de spécialistes hospitaliers au niveau des polycliniques. Il arrive parfois que certains de ces spécialistes se déplacent également au niveau des cabinets de MF.
- (iii) Le développement de services de garde plus sophistiqués au niveau d'un polyclinique par municipalité (les polycliniques principales d'urgence)
- (iv) Le développement depuis 1997 de l'hospitalisation à domicile pour un certain nombre de problèmes qui ne nécessitent pas le plateau technique hospitalier mais une surveillance très régulière. Pour ces cas, les MF sont tenus de voir le patient quotidiennement.

Même si les motivations qui ont présidé aux décisions ci-dessus sont diverses (désengorgement des hôpitaux, amélioration de l'efficacité...), l'une d'entre elles est clairement de rapprocher toujours plus les services de la population.

Suppression de la barrière financière

Quelle que soit la structure de soins à laquelle accède le patient, les soins lui sont fournis gratuitement. Les médicaments prescrits au niveau hospitalier font partie de la prise en charge hospitalière et sont à ce titre également gratuits. Les médicaments prescrits en ambulatoire sont payants mais fortement subsidiés, donc globalement accessibles financièrement.

Recherche d'équité

Cette recherche s'exprime par le souci de proposer à l'ensemble de la population un accès à un système de soins de santé développé de façon homogène sur l'ensemble du territoire afin d'éviter en particulier les disparités entre milieu urbain et rural. Si l'on observe la distribution géographique des services et des ressources humaines de différents pays, la comparaison se fait clairement à l'avantage de Cuba qui bénéficie d'une distribution effective des médecins, des polycliniques et des hôpitaux sur l'ensemble du pays (Tableau 8). La démarche à chaque étape du développement du système de soins depuis 1959 (mise en place d'hôpitaux ruraux, des polycliniques, des médecins de famille) a été de toujours démarrer par les zones rurales.

La gratuité des soins couplée à l'aspect univoque du système (absence d'alternative au système public) est un autre facteur d'équité.

**Tableau 8. Distribution des services et MF par province – Données MSP
1999**

<i>Provinces</i>	<i>Population</i>	<i>Hab/MF</i>	<i>Hab/PC</i>	<i>Hab/lit</i>
Pinar del Rio	732.000	376	30.500	192
La Habana	696.000	486	16.976	283
Ville de la Habana	2.191.000	360	27.049	83
Matanzas	655.000	389	15.976	180
Villa Clara	834.000	325	21.947	174
Cienfuegos	393.000	365	21.833	205
Sancti Spiritus	459.000	357	21.857	152
Ciego de Avila	404.000	362	23.765	198
Camagüey	782.000	373	31.280	141
Las Tunas	525.000	400	47.727	180
Holguin	1.024.000	414	24.976	183
Granma	828.000	411	33.120	199
Santiago de Cuba	1.029.000	320	26.385	149
Guantanamo	511.000	452	30.059	185
Isla de la Juventud	79.000	373	26.333	152

Liberté d'accès du patient aux différentes structures de soins

Lorsqu'un individu souhaite avoir recours au système de soins, il est libre d'utiliser la structure de son choix : il peut aller voir son médecin de famille (=celui dont il dépend sur le plan de la carte sanitaire) ou un autre médecin de famille de son choix, il peut aller au service de garde de la polyclinique, ou au service de garde de n'importe quel hôpital . Cet accès direct possible à toutes les structures est affirmé avec force par tous les professionnels de santé et par les patients eux-mêmes comme un «droit constitutionnel du patient». Il y a cependant une réserve à cette liberté en ce qui concerne les MF. Si le patient peut effectivement aller voir un autre MF pour ses consultations, son MF « territorial demeure responsable pour les activités programmées type «dispensarisation»... Il y a alors fragmentation de la prise en charge.

Dans la pratique, les patients se servent de cette liberté pour accéder directement aux services de garde des polycliniques et des hôpitaux pour des problèmes non urgents.

Une approche bio-psycho-sociale, familiale et communautaire

Contrairement à la recherche d'accessibilité géographique et financière qui sont des objectifs anciens du système, cette approche introduit quelque

chose de nouveau dans le système cubain. Elle se traduit dans la pratique par l'attribution à une équipe de soins primaires d'une population de petite taille, la connaissance mutuelle effective entre population et équipe de soins (grâce au diagnostic communautaire, à la visite initiale systématique de chaque famille et individu, aux visites systématiques dans le cadre de la «dispensarisation», aux nombreuses activités de promotion et prévention qui se déroulent sur le terrain), les dossiers de suivi individuels et familiaux des patients. Comparée à la situation antérieure, cette approche met beaucoup plus concrètement le patient et son environnement au centre de la démarche de soins.

LA MEDECINE DE FAMILLE AU CENTRE DU SYSTEME

La mutation profonde que représente la médecine de famille se manifeste par l'ampleur des mesures que sa mise en œuvre concrète a impliquées, mais aussi par les changements profonds de l'ensemble du système qu'elle a provoqués. Il y a réorganisation du système autour de la médecine de famille avec :

- (i) La refonte du curriculum de base des études de médecine. La formation antérieurement centrée sur le travail hospitalier a maintenant pour objectif de former des médecins capables de travailler en première ligne. Environ 20% du temps de formation se déroule dans les structures de première ligne, et la part hospitalière est centrée sur les besoins prioritaires du MF (Pédiatrie, Gynéco-obstétrique et médecine interne).
- (ii) La réorganisation des PC essentiellement en structure de formation et d'appui aux MF.
- (iii) La réforme hospitalière en cours avec le développement des hospitalisations à domicile et des services hospitaliers de chirurgie ambulatoire, la diminution du nombre de lits hospitaliers, la réflexion sur la transformation possible de certains hôpitaux spécialisés en hôpitaux généraux.

Questions et enjeux

L'UTILISATION DES SERVICES DE PREMIERE LIGNE

L'objectif poursuivi est que le MF devienne le 1^{er} recours spontané de la population. Pour cela, la médecine de famille a deux atouts dans son jeu : la

proximité du MF et la connaissance par le MF de chaque individu de sa population de responsabilité. Encore faut-il qu'il y ait la permanence et la confiance.

Si les MF se sont progressivement créés un espace dans le système, la tendance du recours direct aux services de garde représente encore 25% du total des consultations. Même s'il y a eu entre les années 80 et 90 un transfert très net de la charge de ces consultations d'urgence des hôpitaux vers les PC. Le recours direct encore important aux services de garde pose néanmoins la question de l'adéquation du service offert à la demande.

Les visites de structures de soins et les discussions avec les professionnels rencontrés ont permis d'identifier certains freins possibles au recours au MF :

- L'organisation des activités du MF est standardisée : de façon générale, les matinées sont consacrées aux consultations au niveau du cabinet médical et les après-midi aux visites à domicile. Le MF a la marge de manœuvre d'adapter un peu cet emploi du temps à sa population, en organisant plutôt des consultations les après-midi par exemple, mais dans tous les cas, il est de fait absent du cabinet au moins la moitié du temps (cela peut être plus lorsqu'il s'agit d'un MF en formation par exemple). Comme il n'y a pas de polyvalence entre le médecin et l'infirmière, en particulier pour le curatif, il y a un problème de permanence de soins au niveau du cabinet de MF, qui peut en bonne partie expliquer l'habitude de recours direct aux services de garde des polycliniques et des hôpitaux. Certes, comme nous l'avons vu précédemment, les consultorios proches les uns des autres sont supposés s'organiser en duos et trios pour améliorer la permanence des soins (organisation des absences, organisation des gardes pour les consultorios loin d'une polyclinique), mais cela fonctionne de manière aléatoire. Le manque de permanence est d'ailleurs le premier argument donné à la fois par les patients et par les professionnels travaillant au niveau des PC ou des hôpitaux quand on leur demande ce qui motive le recours direct aux services de garde. C'est une limite importante à la capacité résolutive des MF.
- Le choix de la pratique médicale individuelle rend plus difficile la résolution de ce problème. En milieu urbain au moins, des cabinets de groupe de deux ou trois MF permettraient une organisation à même d'assurer une meilleure permanence des soins. Cela permettrait égale-

ment les échanges quotidiens entre médecins plus ou moins expérimentés, qui sont un mode de formation continue et d'assurance qualité en même temps qu'un facteur de motivation pour les professionnels concernés.

- Le travail en équipe avec l'infirmière n'est pas optimal : la répartition des responsabilités entre médecin et infirmière n'est pas claire, sauf en ce qui concerne la notion de prescription médicale qui est de la responsabilité exclusive des médecins. Dans la majorité des cas, l'infirmière est plus spécifiquement en charge de l'activité de vaccination, des soins infirmiers et du programme de prévention du cancer du col. Ce problème a déjà été identifié et un travail de réflexion sur l'élargissement possible des responsabilités de l'infirmière est en cours, dans le sens semble-t-il d'une implication plus importante des infirmières dans le suivi des patients chroniques. Une clarification des rôles et responsabilités de chacun et un élargissement du rôle de l'infirmière sont des pistes possibles d'amélioration de la capacité résolutive de l'équipe de soins primaires.
- La stratégie de formation utilisée a des limites. Si la stratégie de formation massive de médecins a été un élément déterminant de la mise en place de la MF, elle porte en elle une limite : elle implique inévitablement une diminution du niveau de sélection et donc un risque de baisse du niveau général. La formation massive de MGI par les trois spécialistes de base pose aussi deux questions, celle de la motivation de médecins qui n'ont pas eu d'autres alternatives que de choisir la MGI, et celle de la qualité de la formation. La spécificité du MF tient en effet à sa capacité d'approche globale du patient, à sa capacité de synthèse et de coordination des soins dans la durée. On peut questionner la capacité d'une équipe de formateurs verticalisés à enseigner cela.
- Du fait de l'orientation très forte donnée aux aspects de promotion et de prévention, le champ d'action du MF cubain est en partie médical, mais en partie également d'ordre plutôt socio-sanitaire. Cela pose la question du rôle du médecin : est-il le professionnel le plus approprié pour prendre en charge les aspects appartenant plus au domaine de la promotion de la santé? Est-il formé à cela? Le coût d'opportunité d'utiliser une part importante du temps du médecin à des aspects non médicaux n'est-il pas de diminuer sa capacité résolutive technique, et ce d'autant plus que cette compétence technique s'exerce sur une po-

pulation de très petite taille? Autrement dit le MF cubain a-t-il encore une activité clinique médicale suffisante pour conserver son niveau de compétence technique, sa capacité résolutive? L'implication des MF dans les services de garde des PC est un moyen de maintenir et stimuler des fonctions plus techniques. Les MF rencontrés qui participent aux PPU exprimaient un vif intérêt à cet aspect de leur travail.

En dehors de ces aspects directement liés à la pratique de la médecine de famille, d'autres éléments contribuent à expliquer la tendance au recours aux services de garde des polycliniques et des hôpitaux :

- L'existence d'une liberté d'accès aux différents niveaux de soins sans barrière financière
- La force de l'habitude : la population a pris l'habitude d'aller directement à l'hôpital depuis longtemps. Changer ce type de comportement est un travail de long terme. Il faut créer la confiance et donner aux gens de bonnes raisons de changer leur habitude.
- Le «matraquage» de slogans, messages, émissions, discussions, sur l'importance de la prévention et de la promotion de la santé, auxquels sont soumis les gens influence leur comportement. Plusieurs professionnels de santé nous ont dit par exemple que l'importance accordée à la prévention des effets de l'hypertension est telle que les gens en passant devant la polyclinique ou l'hôpital viennent se faire vérifier la tension très fréquemment.

LES LIMITES DE LA PROJECTION COMMUNAUTAIRE DES SERVICES

La projection communautaire des services est l'un des principes du système de santé. La médecine de famille en est le meilleur exemple actuellement.

Il y a cependant une tendance à projeter le plus près possible de la communauté des services d'ordre plus technique : quelques MF nous ont dit recevoir non seulement les membres du GBT mais aussi, de façon plus rare, quelques autres spécialistes; les services de garde des PPU sont un exemple de développement de structures de type intermédiaire («le petit hôpital»); l'une des PPU visitées a développé un service de chirurgie ambulatoire (c'est le seul de ce type dans le pays).

Ces choix, au moins celui du développement des PPU, sont argumentés (souci de voir s'opérer un transfert des hôpitaux vers la première ligne). Mais on peut se poser des questions quant à l'efficacité des PPU par rapport aux services de garde habituels de toutes les PC et à l'effet possible contre productif que cela peut avoir sur l'image des MF (les servi-

ces de garde des PPU sont assurés par les spécialistes de base et des MF, tandis que les services de garde habituels sont assurés par les MF seuls). Une recherche en cours (*Projet d'évaluation de la décentralisation des services des urgences de l'hôpital à la première ligne – Projet de recherche INHEM Cuba/ IMT Anvers*) évalue les conséquences de la mise en place des PPU sur les services d'urgence hospitaliers et sur les différents services de la première ligne. Les premiers résultats montrent que dans un système simple (milieu rural), il y a un déplacement effectif de l'activité de l'hôpital vers les PPU, et de la PPU vers les MC et MF. L'une des hypothèses qui ressort de ce travail est que le déplacement des patients des services de garde de première ligne (PPU & PC) vers les MF dépend de la qualité et de la permanence des soins à ce niveau.

Si l'objectif de ces différentes mesures de projection communautaire est d'améliorer la situation du patient, on peut en questionner l'efficacité. Une autre hypothèse serait que le souci est plus «d'occuper» la «pléthore» de ressources humaines....

LES RESSOURCES HUMAINES : RICHESSE OU PLETHORE ?

Si nous avons vu jusqu'à présent que le MSP a plutôt fait preuve d'une maîtrise de la production des ressources humaines, la question de fond ici est celle des objectifs fixés. En terme de quantité de médecins, le pays se trouve en effet dans la partie haute de l'échelle, que l'on peut qualifier de pléthore. Les risques peuvent être de plusieurs ordres : charge financière trop lourde pour l'état, risque d'incompétence technique (pratique clinique insuffisante), de dévalorisation de la profession et de démotivation des professionnels, risque de surmédicalisation de la population.

LE FONCTIONNEMENT EN SYSTEME AVEC LES HOPITAUX

Il y a visiblement un sous-système 1^{ère} ligne qui fonctionne, avec des rôles définis et coordonnés pour chaque acteur (MF, PC, pharmacies, cabinets dentaires). En revanche, les médecins de famille ont assez peu de liens avec les hôpitaux de référence. Ceci est en partie dû au fait que la polyclinique joue un rôle de filtre entre le MF et l'hôpital. En effet le système de référence prévoit que le MF réfère à la PC ou à la PPU tout ce qui peut être résolu à ce niveau, que ce soit en terme de consultations spécialisées ou de prise en charge au système de garde. Le MF peut adresser directement à l'hôpital de référence les patients qu'il juge relever de ce niveau. Au sein de la première ligne, la polyclinique en tant que premier filtre a donc logique-

ment plus de liens directs avec le niveau hospitalier que le MF.

Par ailleurs, il n'y a pas de système organisé de référence et contre référence entre le MF et l'hôpital. Chaque aire et donc chaque MF a son hôpital de référence formellement attribués (ou, à La Havane, ses hôpitaux : adultes, enfants et maternités). Un MF qui veut référer un patient l'envoie normalement avec une lettre de référence, soit en consultation spécialisée sur rendez-vous, soit au service de garde. Cependant, le lien direct entre MF et hôpital n'est la cas le plus fréquent, d'une part parce qu'une partie des patients ont un recours direct à l'hôpital sans passer par leur MF, d'autre part parce qu'une autre partie des patients sont référés à l'hôpital à partir de la polyclinique (à laquelle ils sont allés soit sur référence de leur MF soit directement). Par ailleurs il n'y a pas de filière systématiquement différente d'accès aux services d'urgences selon le statut de patient référé ou non. De plus, il n'y a pas de système de contre référence formel : l'hôpital n'adresse aucun courrier au MF. La notion de feedback au MF repose entièrement sur le patient qui est censé aller voir son MF avec son ordonnance de sortie et/ou l'éventuel mot qui l'accompagne.

Enfin, l'absence de données statistiques sur le flux des patients entre première ligne et hôpital indique que la capacité de fonctionner en système de soins intégré (c'est à dire complémentaire et coordonné), n'est probablement pas perçue comme prioritaire par le MSP. Il n'y a à aucun niveau (consultation, PC, Municipalité) d'enregistrement systématique des références (au niveau des consultorios, le MF peut inscrire les références sur sa feuille d'activités journalières, mais il n'y a pas de place prévue pour, ce n'est donc pas considéré comme une info importante). Le projet auquel nous avons fait référence à la page précédente (Projet INHEM Cuba/IMT Anvers) travaille également à améliorer la compréhension de ces flux.

Si au niveau politique les décisions prises et les réflexions en cours démontrent une vision de système de soins de santé, les acteurs au niveau local ont peu d'outils qui leur permettent de visualiser dans quelle mesure ils fonctionnent en système. De plus, à la Havane, la spécialisation des hôpitaux et la non-superposition des cartes sanitaires entre structures de première ligne et hôpitaux complexifie à la fois le lien et la visualisation du lien.

UN SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE PEU PERFORMANT POUR L'ETUDE DES SERVICES

Le système de soins de santé cubain est très imprégné de l'approche épidémiologique. Cela se voit à travers l'importance des programmes verticaux mais aussi à travers l'organisation du système d'information sanitaire qui est essentiellement orienté sur les données de mortalité, de morbidité, de facteurs de risque et peu sur des données de fonctionnement des services. Les données concernant l'utilisation des services et les couvertures sanitaires par exemple ne sont pas collectées, il n'y a pas d'enregistrement différentiel des consultations curatives et préventives, ni des activités programmées et non programmées. Il n'y a pas comme nous l'avons vu ci-dessus d'enregistrement systématique des références. Le développement de l'aspect fonctionnement des services permettrait une meilleure vision du système.

AUTONOMIE ET RENFORCEMENT DES MEDECINS DE FAMILLE :

Les médecins de famille restent quand même un peu une spécialité à part : la formation, massive, a été moins sélective; la spécialité de MGI est dans les faits devenue un passage obligé avant de pouvoir effectuer une autre spécialité; l'accès à une autre spécialité se fait sur concours pour lequel un niveau académique est requis, ce qui n'est pas le cas pour la MGI. Tout cela tend à affaiblir la position des MF, les reléguant en «spécialistes de deuxième catégorie». La capacité du système à renforcer le rôle et la position du MF est essentielle pour le futur. La diminution de la production de médecins et de MGI va jouer dans ce sens en ré-augmentant la sélectivité; la création de «chaires» de médecine de famille au sein des facultés de médecine (la 1^{ère} va être créée à la Havane) va également dans ce sens. Nous pensons que le renforcement de la médecine de famille passe aussi par une réflexion sur les GBT, sur la notion de contrôle et par une réflexion plus globale sur l'autonomie des médecins de famille.

Le futur des grupos basicos de trabajo (GBT)

Les GBT ont été organisés au démarrage du programme des MF de façon à répondre au besoin du moment : former et encadrer la masse des MF qui allait être formée dans les 15 ans. Compte tenu de la nouveauté de la fonction, de la nouveauté de la formation et de la masse de gens nouvellement formés, un encadrement « étroit » par ces mêmes GBT a été mis en place. *Après quinze années, l'outil GBT est-il toujours adapté au besoin?*

Les éléments de la donne ne sont plus les mêmes dans la mesure où il existe maintenant un corps d'environ 20 000 MGI, dont au moins une partie a une expérience importante et dont certains ont acquis une compétence de formateurs. Cela signifie d'une part qu'il y a un potentiel de formateurs parmi les MGI, d'autre part que le besoin d'encadrement des MGI expérimentés n'est pas le même que celui des médecins en cours de spécialisation. Or jusqu'à présent cette évolution a assez peu été prise en compte. S'il est vrai qu'un MGI a été intégré dans chaque GBT et qu'il en est même le chef, son rôle semble assez flou et lorsque les MF parlent de leurs «professeurs du GBT», la plupart ne citent pas le MGI...Par ailleurs il ne semble pas y avoir de réelle adaptation du type et de la fréquence du suivi du MF par le GBT en fonction de l'expérience de ce dernier (sauf sur initiative individuelle d'un formateur).

La consolidation du programme des MF doit logiquement passer par l'organisation de la prise de relais progressive des MGI en tant que formateurs principaux et par la modulation de l'appui apporté aux MF en fonction de leur expérience. Cela ne signifie pas l'exclusion des autres spécialistes, mais plutôt une coordination de leurs apports respectifs par un MGI maître de stage central. Le «saucissonnage» initial de la formation des MGI dû à la contrainte d'un enseignement dispensé par une juxtaposition de spécialistes n'a en effet plus de raison d'être, et les MGI expérimentés et formés à l'enseignement sont a priori les mieux à même de pouvoir transmettre de façon globale ce qui fait à la fois la complexité et la spécificité de leur travail. Ce qui est en jeu ici, c'est le renforcement des MF par une meilleure adéquation entre enseignement et fonction, mais aussi le renforcement de leur spécificité et légitimité vis-à-vis des patients, des autres médecins et autres prestataires de soins, et donc leur autonomie professionnelle.

La notion de contrôle : Professionnalisme et logique administrative

Dans le vocabulaire courant des professionnels de santé de tous niveaux, le terme «contrôle» est très présent. On parle beaucoup plus de contrôle que d'évaluation par exemple. La terminologie reflète souvent un état d'esprit, plus proche ici de la bureaucratie que du professionnalisme. Certains MF expriment qu'ils subissent un double contrôle : contrôle par le système (les enseignants du GBT sont aussi les premiers évaluateurs des MF) et contrôle par le patient (le patient est roi). Dans ce cas, la responsabilisation du MF semble aller plus dans le sens d'une pression contre-productive que dans

celui d'une autonomie constructive (cf. suivi de la femme enceinte chapitre 3).

Les médecins de famille cubains exercent dans un cadre très balisé par l'organisation de leur temps de travail, les programmes, la «dispensarisation», les GBT. Tout cela a un côté sécurisant : le MF n'est pas abandonné à lui-même, il fait partie d'une organisation, il a une définition de tâche précise, il a des opportunités d'échanges avec des pairs, avec des enseignants, son travail est évalué.

La question ici est celle de l'équilibre entre sécurité et autonomie, entre organisation et contrôle hiérarchique d'un côté, et professionnalisme de l'autre. Les professionnels se caractérisent entre autre par leur capacité à «auto-gérer» leur pratique à travers une auto-évaluation permanente et une auto-régulation. En cela, l'autonomie professionnelle et la supervision-contrôle hiérarchique sont opposés. Le système de santé cubain est un système de type «bureaucratique» qui laisse peu de marge de manoeuvre à l'indépendance du professionnel. Il y a parmi les professionnels de santé le sentiment fort d'appartenance à un corps de fonctionnaires, avec une éthique de service public, mais il y a très peu d'expression d'une autonomie de vision et de fonctionnement. Le versant bureaucratique, dans la mesure où il s'accompagne d'une éthique de service public, peut permettre de grandes choses, entre autre la réalisation d'un programme d'une telle ampleur. Mais simultanément, l'organisation « bureaucratique » du travail peut être perçue comme un carcan et agir comme un facteur de démotivation sur les professionnels concernés.

L'AUTONOMIE DU PATIENT : LA SANTE EST-ELLE UN DROIT OU UN DEVOIR ?

Le système de soins cubain est passé d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale, avec un accent particulier sur les aspects de prévention et de promotion de la santé. Si les services de santé veulent être efficaces dans ces deux domaines, ils doivent prendre l'initiative de la démarche, dans la mesure où la population n'est pas à priori demandeuse. Les services de santé ont effectivement adopté une démarche très proactive à travers les programmes de «dispensarisation » et les nombreux programmes préventifs plus spécifiques. L'organisation du travail des équipes de soins primaires rend possible la réalisation de ces activités ainsi que la recherche active des individus qui ne suivent pas les programmes proposés. Les liens étroits entre les différents réseaux médicaux, sociaux éducatifs et politiques

ont pour résultat un filet sanitaire à mailles fines entre lesquelles il peut paraître difficile de se faufiler. Si le programme de suivi des femmes enceintes peut paraître comme une médicalisation exagérée, celui des jeunes enfants l'est tout autant. Le programme de «dispensarisation» prévoit en effet un contrôle hebdomadaire de tout enfant de moins de 3 mois à priori sain, avec une alternance de consultation et de visite à domicile. Un professionnel de santé rencontré nous disait avec fierté qu'à Cuba, «entre le moment où on pense à l'enfant et le moment où il naît, 100 paires d'yeux se sont déjà braquées sur lui». On est de nouveau confronté ici à la question de l'équilibre entre sécurité et autonomie, mais cette fois-ci du point de vue du patient. Le programme de «dispensarisation» en est une bonne illustration : il pose assez bien le problème de la limite entre l'approche de promotion de la santé et celle de la médicalisation de la vie. Ce qui fait basculer vers la «médicalisation de la vie», c'est peut-être l'aspect individualisé et systématique de l'approche : tout individu va être vu, classifié et suivi même s'il est en bonne santé; la classification est d'ailleurs en elle-même révélatrice puisque les individus chez lesquels on ne trouve ni maladie, ni séquelles, ni risque de maladie chronique sont classés comme «supposés sains» . Il y a une approche biopsychosociale... mais vue non sous l'angle du vécu existentiel du patient mais bien sous celui de risques encourus d'un point de vue médical. On a parfois l'impression lorsque l'on écoute les discours des professionnels, que la santé n'est pas un droit mais un devoir, que les Cubains sont en bonne santé malgré eux... De la même façon que le développement d'un système bureaucratique se fait au détriment de l'autonomie professionnelle, une approche sanitaire de type paternaliste vis-à-vis de la population se fait au détriment de sa participation effective au processus et donc de son autonomisation par rapport aux problèmes de santé auxquels elle est confrontée.

Ce qui est très intéressant dans ce questionnement, c'est que nous ne sommes pas dans un contexte où les professionnels de santé et les populations sont maintenus dans un état d'ignorance qui ne leur donne pas d'autre alternative que d'être passif par rapport à ce qui se passe autour d'eux. Bien au contraire, il s'agit d'un contexte qui, en dehors du secteur sanitaire, a développé les secteurs éducatifs et culturels d'une telle manière que les ressources humaines sont abondantes et d'un bon niveau général, et que la population a globalement un niveau d'éducation plutôt élevé. Il existe donc une capacité d'analyse et de réflexion des deux côtés.

LA DOLLARISATION DE L'ECONOMIE CUBAINE

Le modèle cubain de médecine de famille, et plus généralement le système de santé cubain est essentiel à connaître pour qui s'intéresse au développement de système de santé dans les pays dits en développement. Non pas parce que c'est un modèle idéal, mais parce que c'est une expérience unique qui enrichit le cadre de réflexion. C'est aussi un système en danger : un phénomène indépendant du secteur médical risque de venir bouleverser la construction socio-politique du pays avec des conséquences possibles dans le domaine de la santé, il s'agit de la dollarisation de l'économie. Dans le système cubain, les salaires sont très faibles mais le coût de la vie était également faible et très régulé par l'Etat. Les médecins se situaient parmi les gens à revenus plutôt élevé. Du fait de la crise économique majeure qui l'a touché dans les années 90, le pays s'est ouvert au tourisme pour faire entrer des devises, de nombreux produits de consommation courante sont devenus plus difficiles à trouver et une double économie s'est constitué, celle en pesos cubanos et celle en dollars américains. Avec ce phénomène, une part de régulation échappe à l'Etat. Une partie de la population a désormais accès aux dollars : ceux qui travaillent plus ou moins en lien avec le tourisme, ceux qui reçoivent de l'argent de leur famille émigrée... Ceux-là sont incomparablement plus riches qu'un médecin qui n'aurait que des revenus en pesos cubanos. Un déséquilibre est en train de se créer qui peut devenir une source de démotivation importante des médecins.

Conclusion

Le système de soins de santé cubain est un système à connaître absolument pour qui s'intéresse aux pays à faibles ressources, non pas parce qu'il est idéal, mais parce qu'il ouvre le débat et enrichit la réflexion de la recherche internationale en systèmes de santé. Il offre des images tout en contrastes avec les situations les plus fréquentes des pays en développement : des services de santé uniquement publics à une époque où la privatisation est présentée partout comme une orientation nécessaire et inévitable ; une éthique de service public palpable alors même que la privatisation tire sa justification principale de l'absence de ce type d'éthique dans de nombreux pays; l'accent donné depuis de nombreuses années au développement quantitatif et qualitatif des ressources humaines qui sont le moteur essentiel du système cubain, y compris à l'heure où les programmes d'ajustement structurel faisaient des coupes sombres dans les ressources humaines au nom de leur inefficience... Cuba fait la démonstration qu'un autre système de santé basé sur un autre système de valeurs peut être proposé comme une alternative faisable et efficace aux tendances dominantes.

Au sein du système de santé cubain, le modèle de médecine de famille est très précieux pour différentes raisons : (i) c'est l'un des rares pays à faibles ressources où la médecine de famille occupe une place centrale dans le système de soins de santé; (ii) le développement en quinze ans d'un réseau dense de médecins de famille montre que cela appartient au domaine du possible, y compris dans le contexte d'un pays non enraciné dans une culture de médecine de famille, y compris dans un contexte de faibles ressources; (iii) même s'il est clair que l'on ne peut séparer le système de santé cubain du contexte socio-politique dans lequel il évolue, l'étude des stratégies et éléments qui ont joué un rôle déterminant dans la mise en place de la médecine de famille permet de dégager un certain nombre de choix et d'options qui peuvent être utiles dans d'autres contextes. Des échanges internationaux avec Cuba permettraient à d'autres pays d'enrichir leur réflexion sur la médecine de première ligne, et constitueraient pour Cuba une opportunité de réfléchir à certains aspects de son système tels que la permanence des soins au niveau du cabinet de médecine de famille et en particulier la pratique de groupe, l'amélioration possible du système de référence-contre référence, la réflexion sur l'évolution des «grupos basicos de trabajo», la réflexion sur le cadre conceptuel des activités préventives...

Etude de cas «Mali»

Introduction

Le Mali appartient au groupe des pays les plus pauvres de la planète, et ses indicateurs sanitaires (espérance de vie à 50 ans, taux de mortalité infantile estimé à 117 pour mille, taux de mortalité maternelle estimé à 1.200 pour 100.000 naissances vivantes) témoignent des conditions de vie difficiles de sa population.

Dans ce contexte aux ressources humaines et financières limitées, la réforme sanitaire de 1990 a profondément transformé le système de santé. L'État a en effet, dans un contexte de décentralisation progressive, passé le relais aux communautés pour la gestion globale des services de 1^{ère} ligne, et recentré ses responsabilités d'une part sur l'appui technique aux services de 1^{ère} ligne communautaires, d'autre part sur l'offre de soins des niveaux de référence.

Par ailleurs, si les services de 1^{ère} ligne sont généralement sous la responsabilité d'infirmiers, une série de décisions et d'initiatives ont mené au développement progressif d'un réseau de médecins de 1^{ère} ligne en milieu urbain, mais aussi, ce qui est beaucoup plus rare, en milieu rural. En 2000, les médecins de 1^{ère} ligne installés en milieu rural travaillaient en majorité dans des centres de santé communautaires. Ils se sont regroupés dans « l'association des médecins de campagne », au sein de laquelle ils échangent leurs expériences et esquissent progressivement les contours de ce que pourrait être le métier de médecin de famille dans le contexte malien.

Il nous a semblé intéressant d'approfondir la compréhension des dynamiques en cours dans ce pays assez représentatif de nombreux contextes d'Afrique sub-saharienne et d'analyser si, et dans quelle mesure, la présence de médecins en 1^{ère} ligne contribuait au renforcement global des soins de 1^{ère} ligne. Dans un premier temps, nous rappellerons les transformations du système de santé malien depuis 1990 et les enjeux auxquels sont actuellement confrontés les services de 1^{ère} ligne. Dans un second temps, nous identifierons les conditions d'émergence des médecins de 1^{ère} ligne, et proposerons une analyse descriptive de la situation de ces médecins. Enfin, nous dégagerons les principales leçons de cette expérience des médecins de 1^{ère} ligne au Mali.

Les observations sur lesquelles repose cette analyse ont eu lieu en Décembre 2000. De nombreuses structures de soins ont été visitées, à Ba-

mako et dans les régions de Sikasso et Koulikoro, et de nombreux entretiens ont eu lieu avec des représentants des autorités sanitaires et des professionnels de santé des différents niveaux.

Chapitre 1 – Contexte : évolution récente du système de santé malien

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

Le système de santé avant la politique sectorielle de 1990

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

- (i) Un centre de santé d'arrondissement (CSA) par arrondissement, soit un total de 286 CSA (Maiga *et al* 1999), correspondant chacun à une population approximative de 30 à 60.000 habitants. Le CSA proposait des activités curatives et préventives sous la responsabilité d'un infirmier. Il n'y avait pas d'approvisionnement organisé du CSA en médicaments (les patients devaient acheter les médicaments disponibles auprès de l'infirmier qui constituait son propre stock privé ou au niveau de points de vente de médicaments, officiels ou non). Il n'y avait pas de recouvrement des coûts, mais les patients payaient au moins les médicaments achetés auprès du centre. La population n'était pas impliquée dans la gestion des CSA. L'infirmier chef de CS était fonctionnaire de l'état, mais le personnel auxiliaire (matrone, aide-infirmier) relevait de l'administration locale.
- (ii) Un centre de santé de cercle (CSC), correspondant à une population de 150.000 à 200.000 habitants en moyenne (un cercle regroupant plusieurs arrondissements). Le CSC proposait des soins ambulatoires semblables à ceux du CSA. La différence tenait à la présence d'un médecin et de services tels que le service d'hygiène et le service social. Les CSC n'avaient (à quelques exceptions près) ni de service d'hospitalisation ni d'activité chirurgicale.

Il y avait également quelques structures de soins confessionnelles, qui ne suivaient pas toujours le découpage administratif.

La politique sectorielle de 1990

LA PHASE DE MATURATION

La décision de s'engager sur la voie de l'initiative de Bamako en 1987 a été une étape décisive. Elle a donné un nouvel élan à un certain nombre d'expériences de centres de santé avec recouvrement des coûts et implication de la population dans une gestion plus communautaire. Les toutes premières expériences de CS communautaires ont ainsi commencé entre 1984 et 1988 dans la région de Kayes dans le cadre du projet PDS appuyé par le Banque Mondiale. Des expériences de CS communautaires sur Bamako ont commencé en 1989. Ces diverses expériences sont venues enrichir la réflexion politique, qui a débouché sur l'élaboration d'un cadre conceptuel de l'initiative de Bamako dans lequel «*La décentralisation (avec une nouvelle définition des rôles de chaque échelon) et la responsabilisation effective des populations dans la gestion des centres de santé (du dépôt des médicaments en particulier) avaient dorénavant la même importance que la nécessaire disponibilité du médicament essentiel*» (Maiga et al 1999), puis sur la déclaration de politique sectorielle de 1990 (Encadré 4).

Encadré 4 : Objectifs et stratégies de la politique sectorielle (1990)

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

Stratégies :

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

SOURCE : déclaration de politique sectorielle 15/12/90

Le processus de discussion et de maturation a également permis de déboucher sur un consensus de la part des principaux partenaires à cofinancer le programme national proposé. Le PSPHR (projet santé population et hydraulique rurale), co-financé par différents partenaires (MSP, Banque Mondiale, UNICEF, USAID, KFW, FED, FAC..) a été un outil privilégié de la mise en place de cette politique sectorielle.

LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990

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

Lors de la mise en œuvre, le MSP a effectivement soutenu le développement d'un réseau de CS communautaires (CSCOM), gérés par des ASACO (Associations de santé communautaire), sur la base d'une Convention d'Assistance Mutuelle avec le Ministère de la santé qui définit les engagements et obligations réciproques de chacune des parties (Encadré 5).

Pour cela le MSP a utilisé une approche dite populationnelle (Encadré 6), et a travaillé en partenariat avec les cercles et les communautés capables de remplir des conditions d'éligibilité à l'aide financière de l'Etat.

(SOURCE : déclaration de politique sectorielle 15/12/90)

Encadré 5 : Convention d'assistance mutuelle entre le MSP et l'ASACO

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

Pour le MSP :

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

Pour l'ASACO :

- Assurer en permanence le paquet minimum d'activités (PMA) de soins curatifs,

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

(SOURCE : exemplaire de convention)

Encadré 6 : L'approche populationnelle d'extension de la couverture

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

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

Tableau descriptif du système de santé malien actuel

LE SYSTEME DE SANTE DE CERCLE

Les découpages

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

Sur le plan sanitaire, le Mali est divisé en 9 régions (extrêmement diverses sur le plan du contexte géographique, climatique et populationnel), 56 cercles et 784 aires de santé. Le cercle est le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Il est constitué d'un ensemble d'aires de santé, et regroupe une population variable, le plus souvent de 100 à 300.000 habitants mais avec de gros écarts (de 3 700 habitants dans le cercle de Tin-essako à 525.000 habitants dans le cercle de Sikasso). Les aires de santé ne correspondent pas nécessairement aux communes. En revanche, il y a superposition du découpage sanitaire et administratif pour les cercles et les régions.

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

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

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

L'équipe socio-sanitaire de cercle assure par ailleurs un rôle de gestion et de soins au niveau de la structure de référence. L'ESSC au Mali n'est en effet pas une équipe à la fonction uniquement gestionnaire, elle est

constituée de professionnels qui exercent simultanément une fonction de soins dans la structure de référence. Le médecin chef de cercle est également le médecin chef du CSRef. Les autres membres de l'ESSC comprennent généralement le ou les autres médecins, une sage-femme, un technicien sanitaire, le chef du service social et un gestionnaire.

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

La structure de référence du cercle : le CSRef

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

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

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

LES STRUCTURES DE SOINS DE PREMIERE LIGNE

Les différents types de structures de premier échelon

Les données reprises dans le Tableau 9 sont données à titre indicatif. Elles ne proviennent pas toutes des mêmes sources ni des mêmes années. Elles ne représentent donc pas un tableau précis et complet à un moment donné.

Tableau 9. Répartition des services de 1ère ligne selon leur statut

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

* Données statistiques de la DNSP 1999

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

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

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

Les CS communautaires : CSCOM et CSAR

Au nombre de 421, ils constituent la grande majorité des services de premier échelon. Leur nombre a augmenté de façon très rapide depuis 1992 (Tableau 10) : les CSCOM sont les CS créés sur le mode du privé communautaire, avec gestion de la structure par la communauté représentée par une ASACO, sur la base d'une convention d'assistance mutuelle avec le MSP. Les CSAR (centres de santé d'arrondissement revitalisé) sont les anciens CSA qui ont évolué vers le statut de CSCOM. Ils ont pour cela suivi secondairement une approche populationnelle, constitué une ASACO, signé une convention d'assistance mutuelle. Leur histoire reste cependant différente : au départ service public, leur interaction initiale avec la com-

munauté ne s'est pas vécue sur les mêmes bases (moindre degré d'implication des communautés dans le financement et la gestion de ces CS). L'autre différence notable est que le chef du CS demeure un fonctionnaire de l'état, au moins dans une phase transitoire.

Tableau 10. Évolution du nombre de CSCOM/CSAR et du pourcentage de population desservie par ces structures

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

SOURCES : * Données du Système local d'information sanitaire, Direction Nationale de la santé publique

** Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007

*** Rapport Revue à mi parcours - Coopération Mali-Unicef 1998- 2002

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

La mise en place de ces structures de soins se fait selon une carte sanitaire théorique établie par les professionnels et discutée avec les communautés. L'approche communautaire inclut un système d'adhésion au CS qui n'est pas standardisé et qui a semble-t-il évolué depuis le début de la mise en place des CSCom. Il s'agissait au départ d'un système d'adhésion par village ou par quartier. Ce système semble maintenant en perte de vitesse au profit d'un système d'adhésion par famille. Dans les deux cas la carte d'adhérent donne droit à des tarifs préférentiels, à un droit de regard sur le fonctionnement du CS (participation aux assemblées générales) et à la possibilité

d'être élu au conseil d'administration. Il y a manifestement des problèmes d'organisation vis-à-vis de ce système d'adhésion qui font que les gens ne sont pas forcément informés de la possibilité et des avantages de l'adhésion, et que les CS eux-mêmes ne connaissent pas leur nombre d'adhérents.

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

Les autres services de premier échelon à but non lucratif

Les CSA sont les centres de santé d'arrondissement non encore «revitalisés». Ce sont des structures publiques qui fonctionnent le plus souvent à minima en attendant d'être revitalisées. Ces CS n'ont pas d'approvisionnement organisé du médicament, pas de budget qui puisse assurer les activités de stratégie avancée et mobile... Il est prévu qu'ils soient tous progressivement transformés en CSAR (Sur 286 CSA, 158 ont déjà été «revitalisés» en CSAR).

Les CS confessionnels, au nombre de 23 en 1998, ont un fonctionnement variable selon qu'ils ont adopté plus ou moins complètement la politique sectorielle. Ils sont régis par une convention générale qui a été signée entre le Ministère de la santé et le président de la conférence épiscopale.

Les CS de l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale), au nombre de 15 ont été créés pour assurer les soins aux travailleurs qui lui sont affiliés. En pratique, ils dispensent aussi souvent des soins à la population non affiliée contre paiement des actes.

Les CS associatifs : on les rencontre plus particulièrement dans la région de Kayes, région à forte émigration vers la France. Ces ressortissants apportent un soutien actif à leur région d'origine en initiant différents projets de développement tels que des CS, sous forme associative. Contrairement aux CSCOM, ils n'ont pas passé de convention d'assistance mutuelle avec l'état, et leur mode de fonctionnement peut être très variable d'un CS à l'autre.

Les services de premier échelon à but lucratif

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

Le personnel en charge du premier échelon

Au Mali, les services de premier échelon sont très majoritairement dirigés par des infirmiers. Les infirmiers chefs de CS sont soit des infirmiers diplômés d'état (IDE), soit des infirmiers de santé publique (Encadré 7).

Encadré 7 : Catégories d'infirmiers au Mali

Il existe deux catégories d'infirmiers :

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

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

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

Une étude des CSCOM/CSAR a eu lieu en 1997, effectuée par le Population Council dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans cinq régions du pays Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Elle a porté sur 81 CSCOM et CSAR tirés de façon aléatoire à raison de 16 CS dans chacune des 5 régions (après avoir observé au préalable les critères suivants : tous les cercles ayant au moins un CSCOM/CSAR opérationnel sont représentés, et un maximum de 3 CSCOM/CSAR par cercle sont enquêtés). Les profils de poste des chefs de CS, tels qu'identifiés par cette étude, sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11. Profil du chef de CSCom/CSAR – 1997

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

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

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

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

L'utilisation des services de premier échelon

Les données reprises dans le tableau 12 proviennent du système d'information sanitaire. Il s'agit des données concernant les structures de premier échelon des secteurs public et communautaire (CSCom, CSAR, CSA) et du CSRef. Les données séparées pour le premier échelon uniquement ne semblent pas disponibles à l'échelon national.

Tableau 12. Evolution de l'utilisation des services par la population à l'échelle nationale

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

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

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

La première vision du paysage sanitaire malien est donc marquée par :

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

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

Chapitre 2 : Les enjeux actuels de la première ligne

L'instabilité du personnel des CSCOM

LE PROBLEME

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

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

Le tableau 13 illustre l'instabilité particulièrement marquée du personnel des CSCOM, même si les chiffres sont en deçà de la réalité actuelle puisque la situation a empiré depuis 1997 : la reprise du recrutement dans la fonction publique depuis 1995 a en effet accentué les départs des personnels de CSCOM. En 1997, 71% des chefs de poste des CSCOM étaient en place depuis moins de 2 ans contre 37,5 pour les CSAR; 12% des chefs de poste de CSCOM étaient en place depuis plus de 3 ans contre 45% pour les CSAR.

Tableau 13. Ancienneté du chef de CS par CSCOM et CSAR – 1997

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

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

SES CONSEQUENCES

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

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

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

Un problème de viabilité financière du CS

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

et les revenus liés à la vente de la liste réduite de médicaments ne permettent pas de refaire un stock adéquat.

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

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

SES PRINCIPALES CAUSES

Un capital en ressources humaines faible.

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

Sur le plan quantitatif

Il est difficile d'avoir des données précises et récentes sur la situation du personnel de santé (la mission d'appui aux ressources humaines elle-même n'avait pas ces données au moment de notre visite). D'après les différentes sources que nous avons pu trouver voici les chiffres (probablement approximatifs) concernant le total d'infirmiers par nombre d'habitants (Tableau 14). Ces chiffres illustrent une *situation assez classique de pays d'Afrique sub-saharienne ayant des ressources humaines à la fois peu nombreuses et mal distribuées.*

Tableau 14. Situation quantitative des infirmiers au Mali – 1997

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

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

Jusqu'en 1996, la production d'infirmiers avait lieu dans 3 écoles publiques, 2 écoles de premier cycle (formation d'infirmiers de santé publique) à Bamako et Sikasso, et une école secondaire de la santé (formation d'IDE) à Bamako. Ces écoles sont gratuites. L'entrée se fait sur concours et les étudiants en formation ont tous une bourse. Depuis 1993 le nombre de diplômés annuels a très nettement diminué du fait de la chute du niveau scolaire général et en conséquence de la forte proportion d'échecs au concours d'entrée. Après une année blanche (grèves) en 1994, la production fut de 20 à 30 diplômés par an pour les deux écoles de Bamako (au lieu de 40 à 90 les années précédentes).

En 1996 et 1997, des écoles privées se sont ouvertes : 1 école formant aux deux cycles d'infirmiers à Bamako et Gao, 1 école de premier cycle à Sikasso et Ségou. Les premiers diplômés de ces écoles sont sortis en 2000 pour Bamako et sortiront en 2001 pour les autres. Les écoles privées sont payantes (environ 100.000 FCFA d'inscription + 200.000 FCFA pendant l'année) mais leur accès était jusqu'à présent moins exigeant (pas de concours d'entrée). Elles suivent les mêmes programmes que les écoles publiques et débouchent sur le même diplôme.

Sur le plan qualitatif

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

Un statut de personnel communautaire peu attractif

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

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

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

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

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

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

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

Le fait d'avoir des comptes à rendre à son employeur et que cela puisse avoir des conséquences directes sur le maintien de l'emploi est quelque chose de nouveau pour la majorité des professionnels rencontrés. La fonction publique c'est en effet aussi, comme le disent certains cadres de la fonction publique, «le salaire assuré sans exigence de résultats». Ce changement ne va pas de soi, d'autant plus que les professionnels n'ont pas toujours le sentiment d'être respecté dans leur travail. La relation employé-employeur n'est pas forcément facile à vivre pour des professionnels lorsque l'employeur lui-même n'est pas un professionnel et n'a pas de connaissance de la profession.

De façon plus spécifique, les communautés et les ASACO exigent une disponibilité des professionnels de santé nettement plus importante

que ce à quoi ces derniers sont habitués dans la fonction publique. S'ils reconnaissent être plutôt mieux payés en communautaire qu'en public, les professionnels disent aussi que la disponibilité que l'on exige d'eux les empêche d'avoir aucune autre activité lucrative en dehors de leur travail.

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

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

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

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

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

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

DES VOIES D'AMELIORATION POSSIBLES

Les orientations déjà prises

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

Augmenter la production d'infirmiers

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

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

Élaborer un nouveau statut des personnels communautaires

Un atelier national a eu lieu en Mai 2000 à propos du statut du personnel communautaire. Durant 3 jours, l'ensemble des acteurs impliqués (MSP, professionnels de santé, Fenascom¹⁰, Syndicats, partenaires...) se sont rencontrés. Un projet de statut a été élaboré suite à cette réunion puis validé par l'atelier national. Ce statut en était au moment de notre visite au stade du passage devant le conseil des ministres. Nous n'avons pas eu accès aux

¹⁰ Fenascom : fédération nationale des ASACOS.

documents écrits. Il s'agit d'un statut qui concernerait l'ensemble du personnel communautaire et tenterait de répondre aux principaux problèmes identifiés, d'une part à travers la sécurisation des conditions de recrutement, de congé et de licenciement, d'autre part à travers la création d'incitatifs sous forme de cotisation INPS (= Institut National de Prévoyance Sociale), primes de fonction, indemnités de déplacement, primes d'heures supplémentaires... Cela permettrait probablement de répondre à une partie des facteurs de démotivation du personnel. En revanche nous ne savons pas si des facteurs de motivation positive tels que l'accès aux formations, des possibilités de progression de carrière, la fourniture d'un logement, le support régulier de l'équipe cadre de cercle, ont été pris en compte dans ce nouveau statut.

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

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

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

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

D'autres orientations possibles

L'arrivée d'un nouvel acteur sur le terrain, la commune et son maire élu, va inévitablement modifier l'équilibre des rapports de force localement. Avec la politique de décentralisation, les communes vont avoir des responsabilités vis à vis des services de santé de leur territoire. La convention actuellement bipartite MSP/ASACO pourrait évoluer vers une convention tripartite MSP/ASACO/ Commune, avec des rôles respectifs à définir. A partir de là, des évolutions de statut des professionnels de santé sont possibles, soit vers

un statut de personnel communal, soit vers un statut mixte privé communautaire avec certains aspects pris en charge par le service public ou la commune, tels que la formation par exemple...

Valoriser l'expérience communautaire dans le cursus professionnel est une autre voie possible : on pourrait envisager un recrutement prioritaire dans la fonction publique pour les professionnels ayant exercé x années en CSCOM.

Renforcer les ESSC de façon à ce qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle est aussi une orientation de travail importante. Ces ESSC peuvent en effet exercer une influence positive sur la relation entre professionnels et ASACO de plusieurs façons :

- En apportant au personnel un appui technique et humain qui les renforce dans leur rôle professionnel
- En apportant aux ASACO un appui technique à la gestion du CS qui renforce leur compétence et améliore la gestion du CS
- En effectuant la supervision financière régulière du CS
- En jouant un rôle d'intermédiaire en cas de conflit

La qualité des soins au niveau de la première ligne

L'UTILISATION DES SERVICES COMME INDICATEUR DE LA QUALITE PERCUE

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

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

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

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

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

L'IDENTIFICATION DE QUELQUES OBSTACLES A LA QUALITE

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

L'instabilité du personnel

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

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

La faible intégration de l'équipe du centre de santé

Il y a généralement une distribution du travail au sein de l'équipe telle que le plus souvent le chef de centre est en charge de la consultation curative,

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

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

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

L'ENJEU

Ces éléments observés au Mali et identifiés comme des obstacles à la qualité ne sont en rien des spécificités maliennes. Ce sont au contraire des observations que l'on peut faire dans de très nombreux pays africains. Elles viennent renforcer un questionnement désormais central : deux décennies d'efforts de mise en place de structures de santé géographiquement accessibles, proposant une offre de soins théoriquement à même de répondre à la majorité des problèmes de santé courants à des tarifs supposés accessibles à une majorité, et ceci dans de nombreux pays, semblent se heurter un peu partout à ce qui est considéré comme une sous-utilisation des services. Ce

qui est intéressant au Mali par rapport à cette question, c'est que l'on pourrait attendre de l'orientation communautaire qui a été prise, d'une part qu'elle ait permis mieux que d'autres d'adapter les services aux attentes de la population, et d'autre part qu'elle soit à même de capter les déceptions, inadéquations et problèmes divers pouvant mener à une faible utilisation. De plus en plus, la question de la qualité des services offerts est au cœur des débats. La réflexion sur la qualité a le mérite de nous faire revenir à des choses à la fois simples et complexes mais en tous cas centrales, telles que la qualité de la relation soignant-soigné, les notions d'approche bio-psycho-sociale et de soins centrés sur le patient ; elle nous fait revenir à une vision plus basée sur le professionnalisme et l'humanisme que sur la standardisation et la bureaucratisation.

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

La fiabilité du relais : le centre de santé référence

UNE COUVERTURE INCOMPLETE EN CSREF FONCTIONNELS

Comme nous l'avons vu dans la partie descriptive, les CSRef se mettent en place progressivement depuis 1995. Pour être opérationnels, les CSRef doivent répondre à certains critères d'infrastructures, de plateau technique et de niveau technique du personnel. Il n'est pas toujours facile de remplir l'ensemble de ces conditions et les cercles ne disposent pas tous d'un CSRef fonctionnel.

La non-disponibilité des ressources humaines adéquates constitue là encore un obstacle important à la fonctionnalité des CSRef, en particulier pour l'activité chirurgicale. L'objectif pour un CSRef est d'avoir au moins deux médecins dont au moins un à tendance chirurgicale. Cela n'est pas toujours facile à obtenir, d'autant plus que depuis quelques années, les étu-

dians en médecine ne bénéficient pas tous d'une formation en chirurgie. Il y a donc assez souvent soit des difficultés pour recruter un médecin capable de pratiquer les interventions courantes, soit un problème de permanence de l'activité chirurgicale lorsqu'il n'y a qu'un médecin capable d'exercer cette activité. Or la capacité de la structure de référence à effectuer les interventions chirurgicales de base est essentielle pour l'efficacité du système de soins et pour la confiance que l'on peut lui accorder.

Ces obstacles ne doivent pas faire oublier l'extension progressive effective du réseau des CSRef fonctionnels et les efforts qui sont faits pour améliorer l'accès des patients référés au CSRef. Une initiative intéressante dans ce sens existe dans un certain nombre de cercles, il s'agit d'un système d'évacuation des urgences obstétricales : un partage des coûts est organisé entre l'état, le CSRef, l'ASACO et le patient afin d'éviter que le paiement de frais importants au moment même de l'urgence obstétricale ne soit un frein à la référence. Les modalités pratiques organisationnelles peuvent différer d'un lieu à l'autre, mais le principe est le même : la patiente présentant une urgence obstétricale doit pouvoir être prise en charge pour son transport jusqu'au CSRef et pour les soins nécessaires au niveau du CSRef en n'ayant à payer qu'une partie de frais engendrés et de façon différée. Ce système semble être très apprécié là où il existe.

LES ENJEUX LIES AUX CSREF

La crédibilité de la première ligne

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

La crédibilité de l'état

L'état a passé le relais du premier échelon aux communautés et a joué un rôle très actif dans la mise en œuvre des CSCoM. Il reste en charge du ni-

veau de référence et des équipes cadres de cercle. On attend donc logiquement de lui qu'il renforce effectivement les CSRef de façon à ce que ces derniers puissent jouer leur rôle. Si l'état réussit cet objectif, il aura rempli son «contrat implicite» avec la population. Si ce n'est pas le cas, la population risque d'avoir le sentiment de s'être fait manipulée, l'état se «désengageant» du premier échelon sans assumer pleinement sa responsabilité vis à vis des populations à travers les CSRef.

Le rôle des équipes socio-sanitaires de cercle (ESSC)

Nous avons évoqué dans la partie descriptive quel était le panel des différentes responsabilités auxquelles devait faire face l'ESSC : (i) une responsabilité directe de soins et de gestion de structure de soins au niveau du CSRef, (ii) une responsabilité administrative et technique vis à vis des CSA, qui demeurent jusqu'au moment de leur revitalisation des structures de soins publiques, (iii) une responsabilité d'appui technique et de régulation vis à vis des CSCOM, à laquelle s'ajoute une responsabilité directe de gestion des ressources humaines (les chefs de CS) pour les CSAR.

Depuis le développement des CSCOM, le rôle des ESSC connaît un glissement progressif vers moins de relation hiérarchique directe et plus de guidance et de régulation. L'ESSC n'a en effet pas de pouvoir administratif direct sur les CSCOM et les ASACO. En revanche, il est clairement établi dans la convention entre le MSP et l'ASACO que l'état, à travers l'ESSC, a un rôle «*d'appui technique à la gestion du personnel, du matériel et du médicament essentiel*» et de «*supervision technique des CSCOM qui portera sur l'organisation et la qualité des soins, et sur la gestion du centre*».

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

d'équipe.

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

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

La solidarité nationale

Vis à vis des aires de santé non viables

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

En réponse au caractère inéquitable des CSCom

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

Le rôle des communes

La mise en place des communes est également un enjeu important : comment ce nouvel acteur va-t-il s'intégrer dans le paysage ambiant? Comment va se situer son rôle par rapport aux ASACO et au MSP? Comment le problème de l'existence d'un double découpage (aires de santé et communes ne sont pas systématiquement superposables) va-t-il être résolu?

Le rôle des communes est à envisager à la lumière des enjeux actuels :

comment pourraient-elles venir renforcer la mise en place des services de santé ? A quels enjeux peuvent-elles apporter une réponse (statut du personnel communautaire....)?

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

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

Chapitre 3 – Genèse des médecins de première ligne

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

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

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

L'autorisation de l'exercice privé de la profession médicale en 1985, mesure d'accompagnement inévitable de la décision précédente.

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

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

Les médecins de première ligne à Bamako

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

LES CABINETS DE CONSULTATIONS MEDICAUX A BUT LUCRATIF

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

LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES DE BAMAKO

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

Le premier des CS communautaires de Bamako fut celui de Bankoni qui a ouvert ses portes en 1989, sous l'impulsion de la population organisée en ASACO et de professionnels de santé très motivés. Il s'agissait d'un CS effectivement géré par la communauté, sans but lucratif, avec système d'adhésion, recouvrement des coûts différencié selon l'adhésion ou non, introduction de médicaments essentiels, PMA initialement réduit à la consultation curative et qui s'est dans un second temps élargit aux activités préventives concernant les enfants et les femmes enceintes. La mise en place de ce CS a été appuyé par différents bailleurs (ONG Santé Sud et Médecins du Monde, coopération française, Lyon club, OCCGE).

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

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

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

Les médecins de campagne

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

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

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

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

Un premier médecin de campagne s'est installé en 1989 sur la région de Sikasso (à Koutiala) en privé indépendant dans un village appartenant à une zone d'activité économique importante. Une association villageoise avait construit et équipé un centre de santé, dans lequel travaillaient une matrone et un aide-soignant. Il fut convenu que le médecin louerait le local, embaucherait le personnel en place, fournirait des soins curatifs et préventifs, et que l'association villageoise, propriétaire du CS, serait responsable de la gestion du dépôt pharmaceutique. Les revenus de la tarification des services revenaient au médecin qui devait payer les salaires du personnel qu'il employait.

Un second médecin de campagne s'est installé la même année avec un statut de salarié dans un centre de santé confessionnel.

Un troisième médecin de campagne s'est installé en 1990 dans la région de Kayes où de nombreuses associations de ressortissants maliens vivant en France et ayant financé et équipé des CS recherchaient du personnel, de préférence médical. Un contrat de droit privé fut établi entre le médecin et l'association selon lequel le médecin s'engageait à assurer le PMA défini par l'état, à assurer l'accès au CS 7 jours sur 7 et 24h sur 24, à effectuer des visites à domicile à la demande et à assurer la direction technique et administrative du CS. En contrepartie l'association mettait à sa disposition le local, son équipement et son personnel ainsi qu'un logement ; le partage d'honoraires devait permettre au médecin en toutes circonstances de recevoir un versement forfaitaire de 50 000 FCFA par mois et la moitié des recettes sur tous les actes réalisés, à l'exception des consultations qui n'étaient comptabilisées qu'à partir de la 11^{ème} d'une même journée. L'association villageoise gardait la gestion complète du dépôt pharmaceutique.

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

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

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

Chapitre 4 – Analyse descriptive de la situation des médecins de première ligne

Données générales sur les médecins maliens

DONNEES QUANTITATIVES

Le tableau 15 rassemble quelques données quantitatives concernant les médecins maliens. Les données concernant les infirmiers sont rappelées à titre comparatif.

Tableau 15. Nombre de médecins et infirmiers au Mali

	Infirmiers 1997 *	Médecins 1997 *	Médecins 2000 *
Total (source Santé Sud)	1.814	802	1.134
Dont fonction publique (FP)			
Source Santé Sud	1.370 (75%)	417 (52%)	675 (60%)
Source PDSS	1.594	543	
Dont FP hors Bamako (source PDSS)	931 (58%)	230 (42%)	?
Ratio professionnel / hab	1 / 5.067	1 / 11.460	1 / 9.064
Ratio prof FP / hab			
Source Santé Sud	1 / 6.708	1 / 22.040	1 / 15.227
Source PDSS	1 / 5.766		
Ratio prof FP / hab hors Bmko	1 / 9.002	1 / 26.640	?

NB : Population du Mali en 1997 : 9 190 846 (SOURCE : document PDSS 1998-2007)

Population du Mali en 2000 : 10 278 250 (SOURCE : Bulletin semestriel SLIS 2000)

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

Les infirmiers de la fonction publique travaillent essentiellement dans les structures hospitalières, les CSA et CSAR, et les équipes cadres aux différents niveaux.

FORMATION

Les médecins maliens sont très majoritairement formés à la faculté de médecine de Bamako. La faculté est ouverte aux bacheliers sans concours d'entrée et aux professionnels IDE sur concours. La quantité d'étudiants en

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

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

Analyse quantitative des médecins de première ligne

La situation est assez différente à Bamako et hors Bamako :

A BAMAKO

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

- Les *CSCom* au nombre d'environ 40. Tous les *CSCom* de Bamako sont tenus par des médecins. Il arrive régulièrement qu'un infirmier soit chef de CS par intérim, en attendant qu'un médecin parti soit remplacé.
- Les *cabinets médicaux officiels* (c'est à dire officiellement déclarés) de consultation privés : au recensement 2000, ils étaient au nombre de 46. Dans ces cabinets travaillent d'une part des médecins permanents qui ont officiellement un statut privé, d'autre part des médecins vacataires

qui sont majoritairement des fonctionnaires exerçant une activité privée à temps partiel. On ne connaît donc pas le nombre total de médecins concernés, mais à raison de plusieurs médecins pour chacun des 46 cabinets médicaux, il est assez élevé.

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

HORS BAMAKO

Si l'essentiel des soins de premier échelon est entre les mains des infirmiers, il existe cependant depuis 1989 un nombre croissant de médecins de première ligne, dont la grande majorité s'est regroupée au sein de l'association des médecins de campagne. L'ONG Santé Sud est liée à l'association des médecins de campagne par une convention et se situe dans une fonction d'appui aux médecins de campagne à travers leur association. Cette aide comprend la mise en relation de populations à la recherche d'un médecin et de médecins chercheurs de ce type de travail, l'étude de faisabilité, l'appui matériel (installation solaire, conditions de logement, forage...) et la formation continue. Le nombre de médecins installés en milieu rural a augmenté lentement mais de manière progressive depuis 1989 (Tableau 16).

Tableau 16. Evolution du nombre des installations de médecins en première ligne hors Bamako

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

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

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

Si l'on observe les types d'exercice choisis par ces médecins, on constate que les médecins privés indépendants représentent une minorité

(21%). La majorité des médecins de première ligne hors Bamako travaillent dans un cadre de privé à but non lucratif, et 67% d'entre eux exercent dans les CSCom/CSAR c'est à dire dans des structures privées communautaires à finalité publique (Tableau 17).

Tableau 17. Distribution des médecins de première ligne hors Bamako par région et par type de structure – Données 2000 –

Région	Nbre total de médecins 1 ^{ère} ligne	CSCom/CSAR	associatif	confessionnel	privé indé- pendant
Sikasso	22	13	1	1	7
Kayes	15	9	5	0	1
Koulikoro	14	12	0	0	2
Ségou	4	3	0	0	1
Mopti	1	1	0	0	0
Gao	1	0	0	0	1
Tom- bouctou	1	1	0	0	0
Total	58	39 (67%)	6 (10%)	1 (2%)	12 (21%)

(SOURCE : Santé-Sud)

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

Les données quantitatives mettent en lumière trois éléments importants :

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

Analyse qualitative des médecins de première ligne

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

L'OFFRE DE SOINS EST-ELLE DIFFERENTE ?

Le paquet minimum d'activités (PMA)

Une restriction du PMA essentiellement dans le privé à but lucratif

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

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

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

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

- L'une est un « état des lieux » fait par Santé Sud et l'Association des médecins de campagne, au bout de 10 années d'expérience des médecins de campagne. L'étude s'est déroulée de Mai à Octobre 98 et a porté sur 32 des 37 centres ayant alors eu un médecin de campagne (sur les 5 centres restants, 3 ont été écartés parce que leur dernier médecin était parti depuis plus d'un an, 1 parce que le médecin avait changé de localité depuis moins d'un mois et 1 parce que son village était difficilement accessible). (Source : document « l'expérience des médecins de campa-

gne du Mali- Décembre 1998- Association des médecins de campagne du Mali & Association Santé Sud.)

- L'autre est une étude des CSCom et CSAR effectuée par le « population council » dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Elle s'est déroulée de Juin à Août 97 et a porté sur 81 CSCom et CSAR tirés de façon aléatoire à raison de 16 CS dans chacune des 5 régions. Nous y avons déjà fait référence plus haut. (Source : document du population council de Janvier 1998 « Etude des CSCom et CSRA dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti)

La comparaison de ces deux études en ce qui concerne les activités réalisées par les centres de santé (Tableaux 18 et 19) (i) confirme la concentration des cabinets privés indépendants sur les activités génératrices de revenus. La CPN fait partie de l'offre car elle ne demande pas d'investissement et mène logiquement à l'accouchement en CS, qui lui est générateur de revenus. En revanche la vaccination n'en fait le plus souvent pas partie, (ii) confirme que les CSCom/CSAR avec médecins offrent majoritairement le PMA , (iii) fait apparaître une différence entre les CSCom/CSAR «tout venant hors Bamako» et les CSCom/CSAR avec médecins hors Bamako : les derniers ont une offre de service moins systématique pour les activités préventives de vaccination, PF et surtout de consultation de l'enfant sain. dance généralisée à l'extension technique du PMA .

Tableau 18. Étude du Population Council 1997
Activités du PMA offertes par les CSCom/CSAR par région, en pourcentage

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

Tableau 19. Étude des médecins de campagne 1998
Activités du PMA offertes par les médecins de campagne selon le type de structure de soins

Type de soins	CSCoM /CS AR Sur 21	CS As- sociatif Sur 3	CS Con- fess. Sur 2	Cabinets privés Sur 6	Total sur 32	%
Soins curatifs	21 (100%)	3	2	6	32	100%
CPN & Ac- couchts	21 (100%)	3	2	5	31	97%
Vaccinations	17 (81%)	1	1	0	19	59%
Planning Familial	13 (62%)	1	1	1	16	50%
Suivi enfant sain	9 (43%)	0	2	0	11	34%
Petite chirurgie	17 (81%)	3	1	6	27	84%

Une tendance généralisée à l'extension technique du PMA

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

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

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

Une autre tendance est celle du développement d'examens complémentaires. Ce phénomène est plus marqué à Bamako avec le développement de laboratoire et parfois d'autres examens complémentaires tels que l'échographie. Hors Bamako, il y a cependant aussi une nette tendance chez

les médecins à essayer d'avoir un laboratoire au niveau de leur structure de soins. Le développement d'un laboratoire est d'ailleurs soutenu par l'ONG Santé Sud à travers une aide à l'équipement et à la formation.

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

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

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

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

Des observations que nous avons pu faire sur le terrain se dégagent une différence nette de la taille et de la composition des équipes entre les CSCoM de Bamako et les structures de soins de première ligne tenues par des médecins en dehors de Bamako. La taille des équipes sur Bamako atteint et souvent dépasse la dizaine de personnes alors que celle des CS avec médecins que nous avons visités allait de 5 à 7 personnes. La composition des équipes sur Bamako est plus forte en qualifications, avec généralement, en plus du médecin, plusieurs autres personnes de niveau infirmier ou sage-femme. Dans les CS hors Bamako, le médecin est entouré du même type de personnel qu'un infirmier chef de CS, c'est à dire d'agents peu qualifiés tels que les aides-soignants, les matrones ou les accoucheuses traditionnelles.

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

Le tableau 20 reprend les données d'ancienneté du chef de poste issues des deux études mentionnées plus haut.

Tableau 20. Ancienneté du chef de CS

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

SOURCES : (1) Etude du Population Council 1997

(2) Etude des médecins de campagne 1998

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

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

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

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

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

La qualité des soins

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

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

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

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

- Le taux d'utilisation moyen pour l'ensemble des CS (29 CSCom/CSAR fonctionnels) du cercle est de 0,18 NC/an/hab.
- Le taux d'utilisation moyen des CSCom/CSAR avec médecins en 1999 (Dembella, Doumanaba, Kafana, Nongon), est de 0,25 NC/an/hab, ce qui ne constitue pas une différence majeure.

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

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

L'investissement des médecins dans les fonctions de supervision interne et de synthèse ainsi que le sentiment de responsabilité ressenti vis à vis de la population sont des éléments importants de la qualité des soins et services.

Il n'y a pas le plus souvent de supervision clinique des médecins chefs de CS (nous y reviendrons un peu plus loin) alors qu'il y a beaucoup plus

régulièrement une supervision clinique des infirmiers chefs de CS.

Il n'y a pas, de façon plus générale, de mécanismes d'Assurance Qualité en place actuellement dans l'ensemble des structures de première ligne, en dehors de l'activité de supervision qui n'est pas forcément régulière, ni forcément centrée sur l'amélioration de la qualité des soins.

Les tarifications des soins

Pour les CSCom/CSAR, les tarifs des services et des médicaments sont généralement décidés par l'ASACO avec l'implication plus ou moins importante du personnel. Dans ces CS, il y a le plus souvent un tarif différencié pour les adhérents et les non adhérents à l'ASACO. Pour les autres structures de premier échelon, les tarifs sont plus ou moins négociés avec la population concernée.

La comparaison des tarifs moyens des prestations des 81 CSCom/CSAR de l'étude du «Population Council» et des 32 structures de soins avec médecins de campagne (Tableaux 21 et 22) suggère des tarifs de consultations curatives et d'accouchement plus élevés en moyenne chez les médecins de campagne pour les activités d'ordre curatif. Cette différence est probablement essentiellement due aux tarifs plus élevés des médecins installés en privé indépendant. Les CSCom avec médecin que nous avons visités avaient tous des tarifs inférieurs à la moyenne citée ici (tarifs adhérents : consultation 250 ou 300, CPN 250, accouchement 1.000). Les données de l'étude de Santé Sud précisent d'ailleurs, à côté des tarifs moyens, les tarifs les plus fréquents qui sont très proches de la moyenne des CSCom/CSAR.

Tableau 21. Tarifs moyens des prestations pour les adhérents en francs CFA

Type de prestation	81 CSCom/CSAR Étude population council	32 médecins de campagne Étude Santé Sud
Consultation curative	240	408
CPN	423	456
Accouchement	1.017	1.791
Consultation de l'enfant sain	212	217

Tableau 22. Tarifs moyens des prestations pour les non-adhérents en francs CFA

Type de prestation	81 CSCom/CSAR Étude Population Council	32 médecins de campagne Étude Santé Sud
Consultation curative	435	595
CPN	719	654
Accouchement	1.712	2.291
Consultation de l'enfant sain	355	283

En revanche, le médecin privé indépendant que nous avons visité pratiquait effectivement des tarifs plus élevés (tarifs adhérents : consultation 500, CPN 500, accouchement 1.500).

Tous ces tarifs restent cependant proches les uns des autres comparés au prix d'une consultation privée à Bamako qui va couramment de 3.000 à 6.000 francs CFA.

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

A noter également que les actes de «petite chirurgie» sont généralement tarifés assez cher, dans une fourchette de 1.000 à 20.000 francs CFA pour les tarifs les plus fréquents selon le type d'intervention.

LE STATUT DU MEDECIN DE PREMIERE LIGNE EST-IL DIFFERENT ?

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

On trouve pour les médecins trois grands types de statuts avec de nombreuses variantes (Encadré 8):

Encadré 8 : les différents statuts des médecins de 1^{ère} ligne

- Le **statut du privé indépendant** qui gère son cabinet comme une petite entreprise. Il vient avec son équipement, loue un local à la communauté, emploie son personnel, négocie plus ou moins avec la communauté les tarifs et les activités qu'il va proposer. Il perçoit tous les revenus qui constituent son chiffre d'affaire sur lequel il va payer les salaires de son personnel, le loyer du local et les frais de fonctionnement. Les médicaments font parfois partie de l'entreprise, mais sont assez souvent aussi gérés par et sous la responsabilité de la communauté.
- Le **statut de salarié**. C'est le cas de figure habituel des infirmiers chefs de CSCom/CSAR et confessionnels et semble t-il de la majorité des médecins occupant la même position. Le médecin est alors salarié de l'ASACO, à un niveau négocié généralement nettement supérieur à celui de la fonction publique (facilement de 1,5 à 3 fois le salaire de la FP). Le salaire est généralement complété par différents types de primes ou de pourcentage pour le travail en heures supplémentaires ou en week-end, par des indemnités et/ou des avantages (logement construit par la communauté, forage...), qui sont le résultat d'une négociation .
- Le **statut de droit privé avec partage d'honoraires**. C'est un statut intermédiaire, négocié par un certain nombre de médecins travaillant dans des CSCom/CSAR et CS associatifs, et défendu par l'association des médecins de campagne et l'association Santé Sud. Le principe est celui d'un minimum garanti (généralement de 50 000 FCFA) associé à un partage d'honoraires sur les services (les médicaments sont quant à eux toujours gérés de façon séparée par l'ASACO et recouvrent le coût d'achat des ME ainsi que le salaire du gérant de la pharmacie). Des avantages tels que la mise à disposition d'un logement font également partie de la négociation.

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

Il y a de nombreuses variantes à ces trois grands types de statut et le résultat est plus un continuum de situations qui vont du pur privé libéral au salarié type fonction publique avec de nombreux intermédiaires. Il n'y a pas

non plus de lien direct simple entre le type de structure et le type de statut du médecin : les CSCom/CSAR abritent différents types de statuts possibles. Cette pluralité des statuts est liée à l'histoire du développement des médecins de première ligne et en est une caractéristique, elle est aussi le résultat logique de la privatisation de la première ligne et de la liberté de négociation entre la communauté et le professionnel. Les résultats de la négociation ne débouchent pas toujours sur un contrat écrit.

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

LA RELATION AVEC LA COMMUNAUTE EST-ELLE DIFFERENTE ?

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

Des observations et discussions ressort que la relation des médecins chefs de CS avec les ASACO est généralement différente de celle des infirmiers chefs de CS, du fait du pouvoir de négociation du médecin avec la communauté, généralement supérieur à celui de l'infirmier. Ce pouvoir de négociation s'exerce en particulier sur deux aspects très concrets : le statut du chef de CS et son droit de regard sur la gestion du CS. Les médecins utilisent leur pouvoir de négociation pour définir leur statut. Seuls les médecins ont pu négocier des statuts avec partage d'honoraires. Les médecins salariés ont quant à eux généralement pu négocier des salaires nettement supérieurs aux taux pratiqués dans la fonction publique. Par ailleurs les médecins ont généralement fermement négocié également différents avantages qui leur paraissent essentiels (logement, eau, électricité...). Les médecins utilisent également leur pouvoir de négociation pour revendiquer une implication directe, ou au moins un droit de regard sur la gestion administra-

tive et financière du CS. Ils semblent moins souvent mis à l'écart des aspects de gestion par l'ASACO.

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

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

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

Selon les contextes, le pouvoir de négociation des médecins peut être considéré comme un nécessaire rééquilibrage des pouvoirs en faveur des

professionnels ou au contraire comme un dangereux pouvoir de manipulation exercé par les professionnels sur la communauté.

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

LA RELATION AVEC L'ESSC EST-ELLE DIFFERENTE ?

Des tensions

Le statut financier

Il y a traditionnellement de la part du secteur public, dont les ESSC sont les représentants au niveau périphérique, une attitude assez méprisante affichée vis à vis du privé, habituellement entendu comme privé à but lucratif qui suit une logique profondément différente de celle du public, et de laquelle les professionnels du service public se différencient ostensiblement. Or, les premiers médecins qui se sont installés en première ligne, avant la mise en place de la politique sectorielle, l'ont fait avec un statut de privé indépendant ou de privé associatif ou communautaire, mais avec comme point commun dans la plupart des cas un statut bien négocié qui leur assurait des revenus nettement supérieurs aux médecins du service public plus haut situé dans la pyramide sanitaire. En milieu rural, le développement par les médecins de campagne d'activités chirurgicales très rémunératrices a participé au statut rémunérateur. Cela a inévitablement suscité des réactions de jalousie et créé des tensions dans les relations, liées à la défiance habituelle vis à vis du privé et de ce qui, bien que portant un autre terme (associatif), était assimilé à du privé lucratif dans la mesure où le médecin jouissait d'un statut plus proche du privé que du public. Le flou des limites sur le terrain entre le privé à but lucratif, le privé à but non lucratif et le

public a entretenu la confusion. Et les professionnels des ESSC considéraient plus le statut financier du médecin que la finalité, publique ou non, des services fournis, pour délimiter le privé et le public. C'est probablement une des causes importantes du malentendu existant jusqu'à ce jour à propos des médecins de campagne : compte tenu du type des premières installations, les médecins de campagne ont été assimilés dans leur globalité au privé à but lucratif alors qu'ils sont depuis maintenant plusieurs années majoritairement en poste dans des CSCoM/CSAR, donc dans des structures privées communautaires à finalité publique.

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

Le plan de couverture sanitaire

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

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

La supervision des structures de première ligne tenue par des médecins

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

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

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

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

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

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

Une évolution vers la collaboration

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

Deux types distincts de collaboration se sont développés :

(i) Une démarche d'intégration des médecins de première ligne qui travaillent en dehors des CSCom/CSAR aux objectifs communs des structures à finalité publique. Il y a dans ce cas une démarche d'intégration partielle dans un intérêt mutuel : le médecin accepte que son CS développe des activités préventives, accepte de remplir les documents du système d'information sanitaire; en échange, le cercle fournit le matériel nécessaire aux activités préventives, donne le droit au médecin de s'approvisionner en ME au niveau du dépôt répartiteur, invite le médecin aux réunions de cercle....

(ii) Une démarche d'intégration des médecins de première ligne à certaines activités de l'équipe cadre de cercle. Dans certains cercles, surtout dans des contextes où l'ESSC était très pauvre en médecins, il y a eu des expériences d'intégration de certains médecins de première ligne aux activités de l'équipe cadre : réunions de l'équipe, supervisions des CS.... Ces expériences semblent beaucoup plus limitées.

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

QUELS SONT LES FACTEURS DE MOTIVATION/DEMOTIVATION DES MEDECINS DE PREMIERE LIGNE ?

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

Les conditions de vie

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

déré essentiel à ce niveau :

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

Parmi les conditions de vie qui, au-delà de ce qui vient d'être dit, vont jouer un rôle important sur la stabilité des médecins, on retrouve des facteurs familiaux: la présence d'une école, la possibilité pour la femme (la grande majorité des médecins de première ligne sont des hommes) d'exercer son métier ou au moins de se plaire dans l'environnement du lieu de travail de son mari¹¹.

Le contenu du travail

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

- La satisfaction de se sentir utile et de «voir l'impact de ce que l'on fait», le sentiment que les CSCom sont un gros progrès pour la population et la fierté d'en faire partie. Le fait de «devoir tout faire» de « suivre les gens du début à la fin» semble être à la fois un élément d'auto-évaluation «on voit les résultats de ce que l'on fait » et de responsabilisation vis à vis de la population «que va t-il se passer quand je ne serai plus là» «à l'hôpital il y a dilution des responsabilités, ici on ne peut pas échapper à la responsabilité». L'aspect financier intervient aussi dans la responsabilisation «ici il faut que tout aille bien, il faut que le patient revienne».
- Les bonnes relations avec les patients et les communautés en général sont souvent citées comme élément de satisfaction.
- Un système de référence en voie d'amélioration. Plusieurs médecins ont exprimé comme élément de motivation le fait que la référence avec le CSRef se soit améliorée, avec réception de rétro-information et satis-

¹¹ l'étude réalisée en 1998 par Santé Sud et l'Association des médecins de campagne montre que les médecins de campagne sont des hommes, d'âge moyen 33 ans, le plus souvent marié (63%) avec enfant, originaires à 76% de localités hors Bamako et dont le père était dans la moitié des cas cultivateur. Les femmes des médecins de campagne sont en majorité des femmes avec qualification professionnelle.

faction des malades par rapport à leur prise en charge. Un médecin a pris l'habitude d'aller voir ses patients à l'hôpital et de discuter avec les médecins de l'hôpital et trouve que «ça change les choses dans la prise en charge des patients».

- Les réunions d'échanges et de formation continue :
Il y a les réunions mensuelles de l'ensemble des chefs de CS avec l'équipe cadre du cercle. Certains médecins expriment cependant des réserves sur ces réunions qui sont adaptées pour des infirmiers chefs de CS et beaucoup moins pour des médecins chefs de CS.
Il y a également les réunions trimestrielles régionales de l'association des médecins de campagne qui semblent constituer un élément de motivation important par les «vrais échanges d'expérience qu'elles permettent», par les inputs en terme de formation continue et par le fait que «c'est un forum où l'on essaie de résoudre les problèmes qui se posent dans notre travail». Actuellement, cette association se présente davantage comme un organe de défense d'intérêts corporatistes de ses membres que comme une association scientifique.
- L'intégration des médecins dans certains aspects du travail de l'ESSC, tels que la participation aux supervisions et aux réunions de l'ESSC.
- La possibilité d'exercer ses compétences techniques. Plusieurs médecins ont exprimé le fait de pouvoir exercer leur compétence technique, et en particulier chirurgicale, comme un facteur de motivation.
- La possibilité d'innover, de prendre des initiatives pour essayer d'améliorer les choses. Un médecin a cité l'expérience de la mise en place d'une mutuelle, un autre son initiative de visiter ses patients lorsqu'ils sont admis au CSRef.

Les conditions de travail

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

- Le désir exprimé par la population d'avoir un médecin : les médecins de première ligne viennent en effet majoritairement sur l'initiative de la population et ils ressentent une motivation à satisfaire une population qui les a choisis.
- L'existence d'un statut clair avec contrat et cotisations à l'INPS : de façon plus globale, il y a la demande d'un statut clair plus protecteur

pour l'ensemble du personnel communautaire.

- Les relations avec l'ASACO : le mode de relation établi avec l'ASACO apparaît très déterminant. La relation peut être un facteur de motivation lorsqu'il y a le respect des personnels qui «ne sont pas pris pour des esclaves», la transparence entre ASACO et personnel, en particulier en ce qui concerne la gestion financière, la notion de travail d'équipe entre ASACO et personnel pour la gestion du CS, les réunions régulières du comité de gestion de l'ASACO.

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

La relation employé-employeur qui peut, si la relation se passe mal, donner le sentiment au professionnel d'être «taillable et corvéable à merci». La grande disponibilité généralement exigée par les populations vis à vis du personnel dont ils sont l'employeur est en effet une contrainte importante pour le professionnel, bien acceptée lorsque le médecin a le sentiment que son travail est respecté et qu'il fait partie de l'équipe de gestion du CS, mais très mal vécu dans le cas contraire. C'est la différence fondamentale qui est faite par d'assez nombreux médecins entre la relation employé-employeur et la relation de partenariat qui leur paraît d'emblée plus équilibrée.

La non-implication du médecin dans la gestion du CS. L'absence de transparence financière et la non-implication du médecin dans les activités de gestion du CS, qui vont souvent de pair, sont sources de grosses tensions par deux mécanismes différents :

D'une part les médecins ont une tendance plus spontanée à vouloir maîtriser leur environnement, en l'occurrence la structure de soins dont ils sont techniquement responsables. Ils supportent difficilement de ne pas au minimum être consultés et informés.

Ce sentiment est exacerbé par le fait que les décisions de gestion financière ont des conséquences directes sur le fonctionnement et l'avenir des structures dont ils sont les chefs, et que la non-transparence suscite la méfiance.

Il y a derrière ces tensions le sentiment exprimé par certains que l'on a donné trop de pouvoir aux populations et que l'état devrait plus s'impliquer dans la supervision et la régulation, le sentiment aussi qu'en tant que médecin ils sont peut être plus souvent en situation de tensions parce qu'ils hésitent moins à s'opposer aux comités de gestion s'ils estiment qu'il y

a «mal gestion», contrairement aux infirmiers qui «n'ont souvent pas assez de force pour s'opposer aux personnalités souvent influentes des comités de gestion et bureau d' ASACO»

Les perspectives d'avenir

L'absence de perspectives de plan de carrière est sans conteste un facteur très important de l'instabilité des médecins chefs de CS. En 2000, les médecins de première ligne étaient en effet tous hors fonction publique. Le fait de ne pas pouvoir se projeter dans un futur qui représente pour eux une progression professionnelle et/ou sociale à travers une progression des revenus, une progression des compétences (accès aux formations), une perspective de travail dans un contexte plus urbain, une perspective de postes avec plus de responsabilités... ferme l'horizon et démotive. C'est le motif le plus fréquemment évoqué lors des discussions sur l'instabilité des médecins chef de CS et les raisons qui les pousse à se présenter aux concours de recrutement de la fonction publique.

L'analyse qualitative met en évidence des différences en termes d'offre de soins entre les structures de première ligne privées à but lucratif et les autres. Dans les structures privées à but lucratif, les aspects préventifs du PMA sont moins développés et les tarifs pratiqués sont généralement plus élevés.

Au sein de l'ensemble des structures de première ligne à finalité publique (qui inclut les CS publics mais aussi les CS privés communautaires, les CS confessionnels et au moins une partie des CS associatifs), la présence d'un médecin chef de CS ne change pas fondamentalement l'offre de soins. En revanche, les différences de comportement entre infirmiers et médecins vont avoir des conséquences sur le travail d'équipe (rôle de supervision interne et de synthèse), sur la relation avec l'ASACO (pouvoir de négociation) et sur la relation avec l'ESSC (relation de supervision).

Chapitre 5 : Les médecins de première ligne au Mali : les leçons de l'expérience

Une expérience qui prépare le futur

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

Nous avons discuté au chapitre 2 ce qui nous paraissait être les enjeux actuels de la première ligne au Mali avec sur un plan technique : la problématique du statut du personnel communautaire, de la qualité des soins offerts, de la fiabilité du niveau de référence et de la capacité des ESSC à remplir leurs fonctions; et sur un plan plus général : l'intégration des communes comme nouvel acteur dans l'arène sanitaire, le niveau de la formation scolaire de base, le changement de culture de travail qu'implique le passage au privé communautaire et la maîtrise des dérives du privé communautaire.

Pour le Mali, la question du rôle des médecins dans la première ligne ne fait pas partie de ces enjeux . En effet, d'une part les infirmiers ont toujours été en charge de la première ligne et s'en acquittent d'une façon jugée correcte ; d'autre part les médecins, quantitativement assez peu nombreux dans le pays, sont attendus prioritairement dans les fonctions hospitalières et d'équipe cadre, et ne sont de toute façon pas prêts dans leur majorité à venir travailler en première ligne, surtout en milieu rural (d'autant plus que les lieux d'implantation «viables» pour des médecins en milieu rural seront probablement rapidement saturés).

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

CSCCom un médecin.

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

Les médecins de première ligne : une réalité non marginale

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

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

C'est une réalité qui n'est pas limitée au milieu urbain du fait de l'expérience des «médecins de campagne»

C'est une réalité très ancrée dans le privé à finalité publique. Classiquement en effet dans de nombreux pays, le développement des médecins de première ligne se fait essentiellement sous forme d'ouverture de cabinets de consultation médicaux privés à but lucratif. Au Mali, à côté de cette forme d'exercice, les médecins ont également opté pour la pratique de type associatif et surtout privé communautaire : le privé communautaire est le mode d'exercice le plus répandu parmi les médecins de première ligne en milieu rural, et il représente une proportion non négligeable des médecins de première ligne en milieu urbain. *Ceci est en soi un enseignement très précieux : il*

fait la démonstration qu'il est possible d'envisager une pratique de médecine de première ligne à finalité publique y compris en milieu rural en Afrique.

...Une réalité porteuse de risques

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

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

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

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

Nous avons vu au chapitre 4 que l'une des caractéristiques des médecins chefs de CS par rapport aux infirmiers est cette capacité et cette revendication d'autonomie. Si elle constitue d'abord un potentiel sur lequel il est possible de construire (nous y reviendrons plus loin), cette caractéristique peut aussi être une source d'affaiblissement du fonctionnement en système. A travers les discussions avec des médecins de première ligne ainsi qu'avec l'ONG Santé-Sud, on perçoit une attitude de type corporatiste qui défend les intérêts des médecins dans le système sans toujours s'inquiéter de la logique de système. Il est vrai que le système est pris en compte dans la mesure où la charte des médecins de campagne défend par exemple le PMA, mais les médecins expriment des revendications de type corporatistes (défense d'un statut, d'un élargissement du PMA...) qui ne s'inscrivent pas dans une vision de système. La revendication de l'activité chirurgicale ou de laboratoire au niveau du CS est assez illustrative à ce sujet. Les médecins de campagne revendiquent de pouvoir faire de la chirurgie et des examens de laboratoire sans se poser la question du niveau le plus approprié du système pour ces activités. Ils fonctionnent comme une corporation qui défend ses intérêts et en cela ils ont intégré l'état d'esprit des médecins libéraux tels qu'on les voit en Europe actuellement. Chez les infirmiers, le désir d'autonomie semble moins fort et en tout cas ne se manifeste pas comme une revendication corporatiste. L'état d'esprit des médecins peut paraître logique pour des professionnels qui ne font pas partie de la fonction publique, mais il pose alors la question de la finalité publique. Qui garantit la finalité publique ? *La capacité régulatrice de l'état est importante pour marquer les limites qui permettent de conserver une logique de système et de finalité publique. La capacité du MSP à proposer un niveau de référence fiable est un élément clé dans le débat actuel : si la défense d'une vision de système se borne à un discours sans réalité tangible, les médecins de première ligne ont beau jeu de justifier leur attitude par les insuffisances des niveaux de relais.*

LE RISQUE DE DETOURNEMENT DE LA MISSION DU CS EN FONCTION DES COMPETENCES ET INTERETS DES MEDECINS

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

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

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

- (i) Au niveau concret de la qualité des soins et services offerts par le CS : le médecin, s'il est trop absorbé par l'extension de son domaine curatif risque de ne pas pouvoir assumer correctement ses fonctions de supervision interne et de synthèse à l'échelle globale du CS (c'est à dire en intégrant l'ensemble des activités du CS). Or ces deux fonctions sont des éléments déterminants de la qualité des soins attendus d'un CS.
- (ii) Au niveau du système de soins de santé : l'orientation plus technique des soins dans les CS avec médecins instaure une compétition « déloyale » entre CS avec médecins et CS avec infirmiers, les patients étant séduits par le médecin et sa technologie, sans être forcément toujours à même de juger de la qualité des soins qui leur est offerte.
- (iii) Au niveau conceptuel de la réflexion de fond sur ce qu'est une médecine de famille de qualité : Si le passage de l'infirmier chef de CS au médecin chef de CS se traduit uniquement par un accroissement technologique, on risque de confondre médecine de première ligne de qualité et médecine technique. Or toute la réflexion sur la médecine de première ligne de qualité montre que sa spécificité repose sur les capa-

cités d'écoute, de synthèse, de coordination et de négociation. Il va de soi que les soins offerts doivent être techniquement bons, mais le développement technique des soins n'est pas un objectif de la médecine de première ligne. S'il peut paraître logique de prendre en compte le niveau de qualification professionnelle pour définir le PMA, cela doit se faire en prenant en compte l'ensemble des compétences attendues (pas seulement techniques) et dans l'objectif de la qualité des soins attendue pour un CS.

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

LES RISQUES DE DERIVE FINANCIERE ET L'INEQUITE

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

L'inéquité

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

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

Les risques de dérives financières

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

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

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

tions rentables mais non nécessaires aux seules fins de permettre au CS de dégager les revenus suffisants à la rémunération de son personnel. Nous en avons vu un exemple flagrant dans un CSCoM de Bamako où de nombreux diagnostic de paludisme simple étaient traités par perfusion de Quinimax + Vit B. Le médecin a expliqué que cette prescription évitait le risque local de l'injection intra-musculaire de Quinimax, qu'elle était appropriée lorsque le patient vomissait, et aussi que « ça nous fait plus d'argent ». Pour un traitement de ce type, le malade paie environ 6000 CFA...

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

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

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

... Une réalité porteuse d'espoir : un potentiel pour tirer le système vers le haut en aidant à formuler et à résoudre les enjeux

Notre impression générale par rapport à l'expérience des médecins de première ligne au Mali est qu'elle est une richesse pour le système de santé malien, parce qu'elle le bouscule et parce qu'elle le dynamise. En posant des questions, en prenant des initiatives, en revendiquant une certaine autonomie, en challengeant la fonction publique, les médecins de première ligne

font un travail de «salut public».

Durant les deux dernières décennies, de nombreux pays ont mis en place un réseau de services de santé reposant sur la notion de district à deux échelons, avec PMA et recouvrement des coûts. Mais ces programmes ont souvent pâti d'une mise en place correspondant plus à l'exécution d'un programme vertical standardisé qu'à une démarche impliquant réellement l'ensemble des acteurs et ayant la souplesse d'adaptation et d'intégration des initiatives positives. En optant pour une démarche verticale et standardisée, ils ont souvent perdu leur âme et produit des services bureaucratiques et désincarnés où le dialogue avec le patient se réduit à l'extirpation du symptôme dominant et au numéro de traitement correspondant. Faut-il vraiment s'étonner que l'utilisation des services soit faible? Qu'attend chacun de nous lorsqu'il va dans une structure de soins?

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

L'expérience malienne a en partie évité ce piège en choisissant une approche réellement communautaire qui portait en elle deux protections : celle du temps et celle de la non-standardisation liée à la privatisation. Une approche populationnelle comme celle qui a été initiée par le PSPHR exige du temps, le temps nécessaire à la connaissance mutuelle, à la discussion, à la négociation. C'est un atout pour la mise en place de services acceptables. La passation de relais aux communautés implique aussi l'autonomie de celles-ci dans les choix et les décisions, ce qui permet à priori une meilleure adaptation des services à chaque communauté et donc une meilleure acceptabilité. Il est clair que le MSP, en appuyant la mise en place du réseau de CSCOM et en jouant un rôle de régulation et de support technique, a introduit une part de standardisation qui donne une cohérence et aussi une certaine rigidité au système, mais l'observation des services de premier échelon montre de grandes variations au sein d'un cadre commun.

L'INTRODUCTION D'UNE DYNAMIQUE

Ce qui a également aidé le système malien à éviter le piège d'une mise en place verticale standardisée des services est précisément le développement des médecins de première ligne. Leur esprit d'autonomie et d'initiative les a

menés à introduire des variantes qui participant à faire de ce système de santé un système vivant, en recherche...

Les médecins de première ligne sont à l'origine de la variabilité des statuts qui, s'ils peuvent mener à des dérives, provoquent aussi une discussion de fond salubre sur l'équilibre de pouvoir entre professionnels et ASACO. Le problème aigu actuel des difficultés de recrutement du personnel communautaire appelle à réfléchir au type de relation souhaitable entre professionnels et ASACO (relation employé-employeur versus relation de partenariat) et à imaginer des moyen terme entre le système salarial et le paiement à l'acte pur. Des modes de rétribution mixtes pourraient être imaginés incluant par exemple une part de paiement à la capitation ou une rémunération à l'épisode achevé.

Leurs initiatives d'extension du PMA sont une porte d'entrée pour approfondir la réflexion sur la mission et le contenu souhaité pour un CS, pour définir les contours d'une médecine de première ligne de qualité et pour réfléchir à l'identité professionnelle des médecins de première ligne. Elles sont un stimulant pour mettre en place des CSRef fonctionnels capables de prendre le relais des CS avec efficacité. Elles forcent aussi le MSP à jouer son rôle de régulateur.

Leur responsabilisation par rapport aux communautés (« qu'est ce qui se passera quand je ne serai plus là ») et à l'équipe dont ils sont leader (supervision interne, formation, coordination, synthèse) est une autre porte d'entrée pour cette même réflexion.

Leurs initiatives sont une source de réflexion et d'amélioration potentielle du système. A titre d'exemple ce médecin qui a pris l'initiative de visiter les patients qu'il a référé au CSRef et de discuter avec le médecin en charge, et qui trouve que « ça change les choses pour la prise en charge du patient ». Autre exemple la mise en place par un autre médecin d'un système de mutuelle. Les CS tenus par des médecins pourraient être des lieux de collaboration privilégiée avec le MSP pour introduire et tester certains changements par exemple...

Leurs revendications par rapport à l'ESSC (des réunions de cercle qui tiennent compte de leur niveau, des supervisions qui sortent du canevas administratif rigide pour s'adapter à chaque contexte) peuvent être, dans la mesure où elles ne se font pas dans un esprit agressif, l'occasion de discussion de fond sur le rôle de l'ESSC. Cela devrait être possible car les relations entre médecins chefs de CS et médecins de l'ESSC semblent généralement

bonnes et qu'il y a rencontre d'intérêt possible. Pour le médecin de l'ESSC, c'est l'occasion de discuter, de confronter ses idées et ses difficultés en dehors des relations hiérarchiques, entre «pairs». Pour le médecin de première ligne, c'est la motivation d'être au moins partiellement intégré à l'ESSC et de pouvoir également échanger entre pairs. Un travail d'équipe entre ESSC et médecins de première ligne serait une porte d'entrée très intéressante pour améliorer le fonctionnement des médecins de CS au sein du système de soins, mais aussi pour améliorer le fonctionnement des ESSC.

UN POTENTIEL POUR LA REFLEXION SUR LES ENJEUX ACTUELS

D'une façon plus générale, la présence au niveau de la première ligne de professionnels capables d'initiatives, capables de tester des changements ou des approches, de négocier avec les communautés, de discuter en partenaires avec les ESSC, capables enfin, du fait de leur niveau de formation, de mener une réflexion conceptuelle à partir de l'expérience de terrain, est une ressource très précieuse. Elle offre des points d'ancrage pour travailler des domaines qui sont de grands enjeux actuels du système de santé : l'approfondissement de la réflexion sur ce que sont des soins de première ligne de qualité et sur l'identité professionnelle en première ligne, la réflexion sur le développement de mécanismes d'assurance qualité, le renforcement des ESSC (à travers un travail d'équipe entre pairs), la définition des contours du rôle régulateur du MSP (définition des modalités de rémunération, des limites du PMA...), l'équilibre des pouvoirs entre professionnels, MSP, ASACO et communes.

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

UN POTENTIEL...A CERTAINES CONDITIONS

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

- (i) Il faut que l'expérience puisse se poursuivre, c'est à dire qu'il n'y ait pas d'entrave à l'existence des médecins de CS et que des structures d'appui à leur installation continuent à être présentes. Il est bien entendu que cette expérience ne doit pas se faire aux dépens du service public, et en particulier que le recrutement de médecins pour les

hôpitaux et les ESSC doit être considéré comme prioritaire.

- (ii) Il est indispensable que soit levée la confusion terminologique existant autour des médecins de campagne, et que chacun fasse un pas pour accepter une réalité : les médecins de campagne correspondent à une fonction et pas à un statut (ce qui signifie qu'ils correspondent à tout médecin exerçant en première ligne en milieu rural, quel que soit son statut, y compris celui de la fonction publique). Des discussions constructives ne pourront avoir lieu tant que l'on s'en tiendra à regarder une même réalité à travers des lunettes différentes et déformantes.

L'entretien de la confusion terminologique est le témoin du regard peu indulgent qui est porté sur les médecins de première ligne, en particulier en milieu rural, de la part du MSP. Pour qu'une expérience puisse être à la hauteur de son potentiel, il ne faut pas qu'elle soit traitée en «vilain petit canard». Il faut au contraire qu'il y ait une attitude d'ouverture, de collaboration, d'intégration. Cette attitude existe sur le terrain. Il faut qu'elle remonte au niveau central.

- (iii) Une attitude d'ouverture ne signifie pas une acceptation sans esprit critique. L'expérience, si elle est porteuse d'espoir, est aussi porteuse de risques et de dérives que nous avons soulignés et auxquels il faut être attentif pour les contrôler.

Conclusion

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

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

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

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

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

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

L'un des éléments qui ressort le plus fortement à l'observation de cette expérience est que les principales différences liées à la présence de médecins chefs de CS sont de l'ordre du comportement. Si l'offre de soins sur un plan technique ne paraît pas fondamentalement différente, les méde-

cins semblent d'une part avoir une autonomie de comportement, d'autre part établir d'autres modes relationnels au sein de leur équipe de professionnels du CS mais aussi avec les ASACO et avec les ESSC, qui ont des effets sur l'offre de soins et services.

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

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

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

Enfin, il y a un enseignement qui peut paraître secondaire mais qui est important si l'on s'intéresse à la qualité des soins telle que perçue par la population, il s'agit de l'importance accordée à la permanence des soins. L'une des exigences très marquées des communautés en tant qu'employeur vis-à-vis des professionnels est que ces derniers fassent preuve d'une réelle disponibilité à même d'assurer la permanence des soins. L'expression aussi claire d'une demande est le témoignage direct de l'importance de cet aspect des services pour la population, et le témoignage indirect de l'existence habituelle d'un problème dans ce domaine.

Case study «South- Africa»

Introduction

South Africa is a country with a marked influence in Africa. Its past history with apartheid is still very present in daily life and in political decisions. Related to that history, the health care system carries some features unusual for sub-Saharan countries. The presence of a tradition of general practice that developed as in Europe since the beginning of the 20th century is one of those characteristics. There is a professional body of general practitioners working in private practice, with standards of practice and care similar to those of European or North American general practitioners. A second characteristic of South Africa is the academic development of family medicine. The first department of family medicine started in 1967 in Pretoria (one of the first in the world with Edinburgh and Utrecht), and nowadays, all universities have a family medicine department. Within the government of national unity since 1994, one of the top objectives of the Ministry of Health is to reduce existing inequities in access to health care, through primary health care principles and district health system organisation.

The objective of a case study in South Africa was to analyse the extent to which the existence of general practice with an academic basis could contribute to the overall strengthening of first line care. We first briefly remind the main characteristics of the context. As the South African health care system is polarised between a public and a private sector, we then successively scrutinise the main features and challenges of the public and private first line health services. Doing so, we will give special attention to the role of doctors and nurses in those services. As a third step, we propose a global analysis of first line care in South Africa, highlighting (i) the lack of dialogue and mutual strengthening between public and private sector, between primary health care and general practice and (ii) the disappointing and worrying situation of first line care despite the existing high potential.

The observations used as a basis for the analysis took place in May 2001. The field visit and discussions with different actors at operational level took place mainly in the North West and Eastern Cape province. Due to the large autonomy of provinces in South Africa, our understanding of the situation is somehow biased by what we saw in these two provinces, even if we met actors from national level and other provinces and gathered information about the whole country.

Chapter 1 – Health care system in South-Africa : the context

The South African health care system in a nutshell

The objective of this small chapter is to give a schematic view of the South African health care system in order to better understand the next chapters going deeper into the situation.

To summarise the South African health care system in a few words, one could say it reflects the society to which it belongs: bipolar, contrasted and undergoing major changes. The most striking element is the coexistence of a developing country-like public sector with of a developed country-like private sector.

It is estimated that the public services care for approximately 80% of the population and the private services for the remaining 20%. However, contrary to a lot of African countries, the South African private sector is a heavy weight in the system because of its financial and human resources. As far as financial resources go, it was estimated that the private sector spent around 60% of the total spending in 1992/93 and in 1995 for 20% of the population, whilst the public sector spent around 40% for 80% of the population (South African Health Review, 1999). Concerning human resources, with the exception of the nurses (for how long?), the vast majority of qualified health professionals work in the private sector

The public sector is undergoing important changes since the major political transformation of the country with the end of apartheid and the arrival of the government of national unity in 1994. Finding a fragmented and hospital-centred system with great inequities between and within provinces, the government decided to go towards a comprehensive and integrated national health system and reduce disparities in access to health care through the development of a district health system based on the principles of Primary Health Care. The country has been divided in districts, with a network of first line health services (nurses in charge) and a district hospital. The district as a whole is managed by a district management team. This ambitious and hopeful policy is faced with insufficient means and some major constraints for its implementation. Consequently and despite some obvious improvement, there is a general feeling that the public sector is deteriorating.

The private sector is not a new actor in the system. It already existed in the beginning of the 20th century. Not only, but mainly private for profit, it is concentrated in the urban settings and attracts a majority of medical practitioners. It offers ambulatory services similar to what can be found in developed countries. The extension of the private for profit sector to hospital care is a recent evolution. Approximately 20% of the South African population use regularly the private sector through their membership to a medical aid scheme. Since the end of 80's, the deregulation of the private sector and of its main founder, the medical schemes, has been a source of major wasting, abuses, and growing inequity, some of the affiliated people withdraw their membership. Simultaneously however, there is a push from the government to favour an increase in the proportion of population covered through medical schemes together with the introduction of some regulation. Due to this double movement the private sector is presently under pressure.

Brief historic account (Benatar *et al.* 1997; Kark S & E 1999)

Since the era of colonisation, the South African health care system has been organised around hospitals. During the second half of the 19th century, both missions and State started building hospitals. The missions did this mainly in rural areas, the State mainly in the major towns, which were developing rapidly after the discovery of gold and diamonds. The 1919 Public Health Act brought about a *fragmentation of services*: the provinces became responsible for the hospitals and the municipalities became responsible for organising clinics with functions limited to preventive measures, environmental health, antenatal and under 5 consultations. The absence of coordination between state services and the missions, mining and private services increased the fragmentation of services. From the 40s, another type of fragmentation came in, with the growing segregation between blacks and whites in all spheres of society including health. It led to the creation of homelands, ethnic regions having, among others, their own department of health.

In 1970, the government enunciated its "*comprehensive hospital centric health services*" policy i.e. the set up of *hospital wards* (= geographic areas equivalent to a district), under control of and administered by the chief medical officer of the hospital, and aimed at bringing all elements of health provision under one authority. The hospital ward included the hospital and

a certain number of satellite clinics. If the system remained hospital-centred, an effort was made towards the integration of hospital and clinics under one administrative and operational entity. This policy was gradually introduced during the 70's. A country profile published in the Lancet in 1997 gives a good picture of the SA health system in the 70's : *"a strong private sector (had developed), supportive of academic medicine through part time appointments: 40% of the country's doctors provided private care to 20% of the population, mainly white (about 90% of whites had medical insurance)... The public sector was a segregated, largely hospital based service providing a mixture of community and tertiary health care. This sector was strong : 60% of the country's doctors cared for 80% of the population. Respected by private practitioners, the public sector provided expert backup for private patients who suffered complex disorders or ran out of insurance cover."* One should keep in mind that in the above system, public sector first line services were very much underdeveloped, and huge inequities existed between public and private first line services on the one hand, and between the different ethnic regions on the other. These inequities became even worse in the 80's with the further development of the private sector.

Some contextual elements with important consequences for the health care system

A LARGE COUNTRY

With a surface of 1.221.040 km², South Africa is a vast country. Moreover, unlike sub-Saharan countries of similar size such as Mali, Niger or Chad, its entire surface is suitable for habitation. Despite having one of the largest populations of Africa (43 millions inhabitants), the density remains rather low (34 people per km²) and consequently, distances between cities, villages, health centres or hospitals are important.

A MIDDLE INCOME COUNTRY WITH BIG DISCREPANCIES

South Africa is richer than the majority of other African countries. The general data show a middle income country with a GDP per capita (PPP US \$) of 8.488 US\$ (Human Development Report 2000). There is visible national industrialisation and production and a better developed infrastructure than elsewhere (roads, means of transport, electricity, water supply, housing). There is a sizeable middle class, as illustrated in Table 23.

Table 23. Socio-economic indicators

<i>GDP per capita (PPP US\$)</i>	8 488
% of urbanised population	53,7
Unemployment rate (expanded definition)	36,2
% households with piped water inside	38,8
% households with no toilet	9,7
% households using electricity for cooking	59,4
% households with telephone	28,6

SOURCE: Human Development Report 2000 & South African health review 2000

However, within the per capita GDP, the ratio of the richest 20% vs the poorest 20% is 19 (South African Health Review 2000), which indicates big discrepancies (to give comparative values, it is 32 in Brazil but 9 in Thailand, 7 in Tunisia and the Philippines, 13 in Mexico). Considering its level of income, SA does rather badly in the human development index ranking (ranked 49 for the per capita GDP but 103 for the HDI). In 1998, life expectancy was 63, infant mortality 51/1.000, under-five mortality rate 83/1.000 (World Development Indicators 2000) and maternal mortality 150/100.000 (South African Review, 2000).

A POLITICAL POWER LARGELY DECENTRALISED TO THE PROVINCES

South Africa is now divided into 9 provinces. Each province is headed by a provincial cabinet consisting of the Premier and usually 9 members of an executive council. Each of them has one or more portfolios such as Health, Education, Sports and Recreation, Public works, Finance and Administration, Safety and Security, Local Government, Welfare, Transport, Tourism, Environment and Agriculture.

The provinces have a great autonomy. Even if the government decides on the main policy, the provinces are quite free, for the domains under their responsibility, to adapt national decisions and decide on the pace of implementation. In the field of health for example, the decision to develop district health systems is part of the White Paper on Transformation of the Health System adopted nationally in 1997. We will see that in practice, some provinces are well advanced in the implementation of that policy whilst others have not yet started.

A COUNTRY LIVING WITH THE PHANTOM OF APARTHEID

The recent history of South Africa with apartheid is present in the everyday life. It obviously influences not only the political choices but relationships between individuals and different groups of society as well. It is a major factor of the great violence in South African society.

During the apartheid, the South African health care system was a reflection of society : A private sector run by white doctors offering ambulatory care to a rich and white population; A public sector mainly hospital oriented, managed by white doctors (as there were almost no black doctors) and black nurses for the community services (which were grossly inadequate) serving the whole population. Even if important changes have occurred, they cannot transform the whole system overnight, and the present health care system still strongly reflects that reality.

Since 1994 the reduction of inequity linked to apartheid has been made out to be the guiding principle of the main political strategies, such as the development of district health system and the decision to offer the first line services free of charge (to increase the access to PHC to the whole population). Another government strategy for reducing inequities in the health field, is to open up medical studies to all racial groups and to pursue a policy favouring the allocation of managerial posts to black people. These types of changes do not go without tensions and frustrations. The difficulties some doctors presently have in finding their place in the new South African health care system can at least partly be explained by these recent events. We will come back on this core issue later.

Another important consequence of the past history on the health sector is the violence in South Africa society. The end of apartheid has not signalled an end to violence. According to the South African Health review of 1997, *"injuries have long been a major contributor to the burden of disease, intentional causes of injuries have consistently been shown to account for between 45 and 55% of all injuries. Violence is the leading cause of fatal injuries in the country and the 1996 homicide rate of 61 per 100.000 placed SA among the most violent countries in the world. Childhood injury mortality rates are some three times higher in South Africa than in the USA"*. The phenomenon of sexual violence against women and children becomes a major concern. Daily, the health care system has to deal with violence.

A COUNTRY LIVING WITH AIDS

South Africa is one of the countries most affected by AIDS with one of the fastest growing epidemics in the world. With a total number of infected people estimated between 3,5 and 4,2 million, South Africa has the largest number of people living with the HIV virus in the world (approximately 13% of all South African adults aged 20-64 are currently infected) (South African Health Review, 2000). AIDS has become a main political stake in the country. A lot of debates are going on about the possible causes of such an epidemic, and more recently on the fight with pharmaceutical companies for access to effective drugs at an acceptable price. AIDS hustle the health care system which would be better served by a period of stability in order to carry out its transformation.

Chapter 2 – The public sector : first line services and the role of doctors

Public first line health services (FLHS)

AN ELEMENT OF THE DISTRICT HEALTH SYSTEM

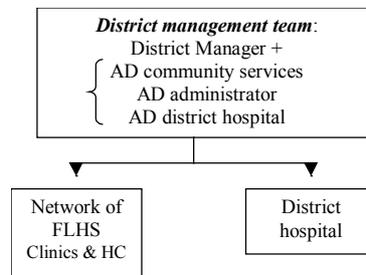
In 1997, "the White Paper for the transformation of the Health System" was adopted as the new national health policy. The main policy axe was to work on a single, unified health care system, organised around the *development of a district health system based on the PHC approach*, and bringing together government, NGO's and private sector for the promotion of common goals.

A health district has on average 300.000 inhabitants, but this can vary from 100 to 750.000 inhabitants, often covering large areas. As a result, many districts have been sub-divided into sub-districts (a sub-district is a network of first line services, managed by a sub-district management team. There is usually only one hospital at district level).

A district is headed by a district manager working with a team usually including three assistant-directors (AD) : one AD for the community services, responsible for the different sub-districts teams, and services, and the different programmes; one AD administrator; one AD general manager of the district hospital.

The district management team is both responsible for first line services and the district hospital as shown in Figure 4.

Figure 4. Organigram of the district health system



BRIEF DESCRIPTION OF FLHS

Public first line health services (FLHS) include public *clinics* and *health centres*, caring for around 80% of the population. Each health structure is led by a nurse, in charge of a team of health professionals. They offer a set of curative, preventive and promotive care (with curative consultation, antenatal care, preventive consultation of children including vaccination and follow up of chronic patients). There is an essential drug list for the first line service and these are dispensed within the health service. All first line services are free of charge.

Normally, a health centre is a bigger structure that can be used as a referral centre for the clinics of a sub-district. As such, the HC is normally open on a 24-hour basis, has a bigger team, delivery facilities, a few observation beds as well as some support services such as X-ray, laboratory...

Health centres are also supposed to be more regularly visited than clinics by a "visiting doctor". The reality is not always so clear-cut. We saw clinics working on a 24-hour basis and HC on an 8-hour basis, clinics doing deliveries as well...What remains true is that there are first line services more equipped and more staffed than others, usually in places with bigger concentration of population.

ANALYSIS OF STRENGTHS AND POSITIVE EVOLUTION

The implementation of the new policy was the key strategy for improving accessibility and quality of care provided to the whole population. There has indeed been progress in that direction and we will highlight some elements which effectively contributed to the improvement of care provided by public first line services. However, this ambitious and positive strategy encounters some major constraints which we will further elaborate on.

Human resources : A great number of nurses

With a total of 173.647 nurses, South Africa benefits from a ratio of 1 nurse for 240 inhabitants. 102.200 of them (59%) belong to the public sector which means a ratio of 1 public nurse for 332 inhabitants. Their distribution among the different provinces is quite well balanced : the ratio goes from 1 nurse/248 inhabitants in Gauteng (the province of the capital) to 1 nurse/469 in Mpumalanga (one of the poorest provinces). We did not find any data on the distribution of nurses between hospitals and FLHS within the public sector. Compared to the nursing situation in many other African countries, SA is very privileged (in Mali for example, the ratio of nurse per

inhabitant in the public sector is of 1/ 6.000).

A fundamental change in the function of FLHS and in the role and responsibility of PHC nurses

The above, very general description of a FLHS is a recent result of major changes. A few decades ago, the responsibility of the clinics was limited to preventive and promotive care and to some control measures for epidemic diseases and the environment. Nurses in charge of the clinics were not allowed to prescribe. Curative care was not provided or was provided punctually by “visiting doctors” from hospitals. From 1970, with the development of comprehensive hospitalo-centric health services (Cf. Chapter two), hospital doctors became responsible for the network of clinics. As such, they had to supervise the clinics and to ensure curative consultations during regular visits. From the 70s as well, a skeleton of move concerning the role of nurses and clinics started in the homelands: due to the very low of doctors in these areas, decisions were taken locally to train nurses to enable them to handle all types of care. Training started to be organised, at first through short courses, becoming progressively better structured. From 1981, the course was officially recognised as a nursing course in Primary Health Care and was started up in a few places around the country. Simultaneously, an amendment to the Nursing Act allowed nurses to prescribe, even if it was still under authorisation. Thus from the 80's, the timid changes initiated in the homelands expanded, slowly, in other parts of the country. The decision taken from 1994 onwards, making FLHS nurses responsible for preventive, promotive as well as for curative care, and leading to the way first line health services work at the moment (similar to those of many African countries), has been a generalisation and a speed up of a process that started earlier in some places of the country, particularly in the homelands.

Equity improvement through better geographical and financial accessibility to first line care

The geographical accessibility to health care has improved, thanks to quantitative and qualitative improvement of the first line services: clinics and health centres have increased and now provide an integrated package of services including curative care.

It is very difficult to find national data on the evolution of the number of FLHS as well as on the coverage of the population by these services.

This illustrates the hospital orientation of the system until recently, and the lack of vision in terms of health services organisation : the heading "health service provision" in South African annual reviews does not include such data but includes detailed data on the number of hospital beds. The Lancet paper from 1997 (Benatar *et al.* 1997) stated that between March 1994 and November 1996 186 clinics were built and a further 217 were under construction by mid 1997. By 1995, 62% of the households was considered as having access to medical care at less than 5 kms (South African Health Review, 1998). We did not find more recent data at national level. In 1997, in the Eastern Cape province, a total of 622 FLHS for 6.665.000 inhabitants was available, which means an average of 10 to 11.000 inhabitants per FLHS. In the year 2000, in one of the regions of the North West Province, there was a total of 140 FLHS for 1 555.374 inhabitants, or an average of 11.000 inhabitants per FLHS. Even if it does not preclude problems in terms of geographical distribution of the FLHS, the data of these two provinces, which are by no means privileged, could mean that nowadays coverage of the population with FLHS is rather good.

Financial accessibility has improved, as first line services are free. One of the first initiatives of the new Minister of Health in 1994 was to declare that all services for under fives and maternity care would be free. This very popular decision has one year later been extended to free first line services for the whole population. It is important to highlight that, unlike a certain number of countries where services are officially free or very cheap, but practically expensive due to unofficial fees, the first line services in South Africa seem to be effectively free for all.

An effort towards integration of care

The first step towards integration of care has been to decide to provide an integrated package of activities at first line level (= integration at service level).

A second step, being implemented at the moment, is to promote the "supermarket approach". This means that a patient can get all the different types of care needed the very day he consults (= integration in time). The idea is to avoid a fragmentation of care (immunisation one day/week, ANC another day, curative another day) requiring a patient with different problems to visit the clinic several times, which may be felt as being inconvenient and can lead to a lower use of services by the patient.

Some districts even go one step further, promoting the “one step approach”. The patient is supposed to get all the interventions he needs from the same health worker (= integration at health professional level).

When discussing with the staff of different clinics, there is a consensus that those policies (supermarket approach and one step approach) are “good for the patients, but more complicated for the staff”. It is not applied in the same way by the different clinics/HC.

ANALYSIS OF MAJOR CONSTRAINTS

Difficulties with the human resources management of nurses:

A lack of adequate preparation

We could see for ourselves that the functions of FLHS and nurses within FLHS have changed considerably. Many of the health professionals we met, both doctors and nurses, working in health services or at central level services, said that nurses have not been sufficiently prepared for this major change.

A specific training has been set up to prepare nurses to their new duties i.e. diagnosis and prescription. It is usually called PHC training; It is a one-year training only open to state registered nurses (SRN) having already taken the one-year course in midwifery. Nurses with this diploma get the title of “nurse practitioner”. However, training content, training policy and human resources policy are decentralised at provincial level. We met some managers (e.g. the regional manager of the Rustenburg and Mogwase districts in the North West province) who have a clear policy on this issue with objectives (e.g. have 50% of SRN working in clinics trained in PHC by 2003), selection criteria coherent with their objectives (SRN with at least 2 years of experience at clinic level + priority to people working in difficult areas) and a precise knowledge of the present situation (Rustenburg district: 90% of the clinics have at least one PHC trained nurse, Mogwase district: 35-40% of clinics have at least one PHC trained nurse). In some other provinces, there is no clear policy, nurses trained in PHC are included in the general roster and can be allocated both to clinics or hospitals.

From what we saw and from the discussions we had, it seems that generally speaking, (even if we do not have the precise figures to support it), there is still a majority of FLHS with only one or no PHC trained nurse for the team. This lack of adequacy between training and task is a problem, first in terms of quality of care given to the population, secondly in terms of

job satisfaction of the nurses, and thirdly in terms of legal responsibility. SA is indeed a country where professional laws are strict and strictly followed, and nurses are careful not to overcome what they are allowed to do.

A lack of motivation to work in rural settings

Before, nurses worked mainly in hospitals. With the implementation of the PHC approach, based on the district health system, the need for nurses to work at FLHS level has increased drastically. In order to reduce inequity in the distribution of facilities, new clinics have been built in poor and isolated areas. Nurses are not always keen to go and work in such places. A certain number of these newly built clinics are not yet staffed. Others suffer from a high turnover of staff because nurses avoid staying too long in such places. During the homeland period, a policy of financial incentives was introduced for staff accepting to work in rural areas. This policy was stopped in 1994, although there was a great need to find staff for these settings. However here again, we should stress the great difference between the various provinces and according to the human resources policy, the situation can be perceived very differently by the nursing profession.

A lack of back-up

To start a new job without being well prepared is not an easy task, but it is possible as long as there is a close and serious follow-up and backup by senior staff. In SA, this issue remains unclear.

First, unlike a number of other countries, the support of FLHS nurses is generally not the responsibility of doctors but of senior nursing staff. This is a result of one of the recent changes to the SA system. Before 1994 indeed, the doctor, chief medical officer of the hospital, was in charge of the "hospital ward" which means of all the clinics of a given geographical area (called ward - see Chapter One). Since 1994, together with the implementation of district health systems, managerial functions at district level have been opened up to other health professionals. Presently, doctors can be involved in a role of continuous training of nurses in clinical matters, but rarely in overall support for the management of care and services.

Secondly, the senior staff in charge of supporting FLHS staff are the district and sub-district management teams. This means that FLHS staff is first of all accountable to the manager of the sub-district if there is one, secondly to the district Assistant Director for Community Services and thirdly to the District Manager. In most cases, the sub-district manager and the

Assistant Director for Community Services are nurses. In the two provinces we visited (North West and Eastern Cape province), the District Managers were also mostly nurses, but it seems this is not the case in all provinces. The managers are supposed to have both field experience and a post-basic or post-graduate training. But, as for PHC nurses, reality stumbles over the transition period: there are not a lot of nurses with real field experience in management of integrated FLHS as it is something rather new in the environment. Provincial policy in terms of training of district management staff for their new responsibilities varies (as for PHC nurses) in quality and importance. As a result, District Managers supposed to ensure a solid back-up of their FLHS staff often do not feel very comfortable themselves in their position.

A new job with a heavy workload

One has to remember that the implementation of integrated care at FLHS level, with nurses in charge was begun at a time where politics wanted to tackle inequity and provide free services for the under fives and pregnant women. This popular decision was soon extended to free care for all at FLHS level and led to a steep increase in the use of FLHS but therefore also to a dramatic increase in the workload of the staff.

The existence of an attractive alternative : private care

In the light of these difficulties, one can understand that private hospitals are an attractive alternative for the nurses, allowing them to revert to the classical model of nursing care under the responsibility of doctors, in urban settings, where incomes are generally higher.

Table 24 shows the evolution in the numbers of nurses working in the two health sectors.

Table 24. Evolution of the distribution of nurses between public and private sector

	<i>% of nurses in the public sector</i>	<i>% of nurses in the private sector</i>
1989/90	79%	21%
1998	59%	41%

SOURCE: South African Health Review 1999

Even if the total number of nurses in the public sector is still very high (1 nurse/332 inhabitants), the major shift in the distribution of nurses between public and private is striking in a context of a very clear political will to strengthen a countrywide public sector. It contributes to the general feeling of a deteriorating public sector.

A weak public health dimension

Generally speaking, the SA health care system is more clinically than public health geared. We will come back to this issue in other chapters. When we speak about public health, we refer to its managerial aspect (as complementary to clinical) and its collective concern (as complementary to individual).

Weak collective dimension

The collective dimension of health care is strongly linked to a concern for responsibility towards a given population. Different elements illustrate that we are still quite far removed from this collective concern promoted in primary health care.

There is no coverage plan for the geographical extension of health infrastructures in SA. Even if some people say that there has been a move in that direction it, it has remained at the best a very theoretical exercise. There are some exceptions, as in the Province of the Eastern Cape where, through the Equity project, some specific work has been undertaken in the catchment areas. However in the vast majority of FLHS visited, the staff had no idea of the size of a population of responsibility, nor about utilisation or coverage rates. Among the doctors we met who were responsible for visiting clinics, several had no better knowledge about these data. The monthly report FLHS have to fill in does not include population data, nor the data necessary to get an overview of the curative care workload. Workload data indeed do not differentiate between curative and preventive care (there are no specific records of new and old cases of curative consultation but only the total number of patients coming to the clinic whatever the type of problem). All this means that the health staff work without the feeling of responsibility towards a given population. This also explains why it is so difficult to find utilisation and coverage rate data for the country. The routine collection of data is not set up to provide this type of information.

Still related to the notion of population of responsibility, professionals of a given FLHS rarely work on outreach strategies. This type of work is performed by mobile teams depending on the district or sub-district.

Presently, a majority of FLHS services work on an 8-hour basis. Permanent access to care is not available at FLHS level but can be found at sub-district or district level. This is a step backwards compared to what did exist a few years ago when almost all FLHS were run on a 24-hour basis. The first reason given is usually the security one. Nurses are afraid of night shifts due to previous experiences with violence.

Even if some kind of health committee exists and meets more or less regularly, the community does not seem strongly involved in the management process of FLHS.

Weak managerial functions

Specific key issues such as transport or availability of drugs can be considered as indicators of management weakness. These two examples have been spontaneously given by the majority of people we met at operational level as causing serious problems. Most of them specified that the core of the problem is not a lack of resources but managerial shortcomings on the different levels of the system. The absence of a financial management at district level, at least in some provinces, can be a sign of a highly centralised system, but can also be an indirect indication of weak managerial functions.

More generally, as we saw above, managerial staff is often unprepared to carry out their tasks because they are not used to such responsibilities and are often not properly trained and poorly backed-up by higher echelons (the provincial teams). A particular need for health management training has been identified and explored since the 90's (South African Health Review 1998). The additional difficulty consisting in learning management and simultaneously leading, as a manager, the transformation of a system has been emphasised.

Aside from managerial problems which are related to unsatisfactory levels of competence and experience, there are often power struggles between the district hospital and the rest of the district. Usually, the general manager of the hospital, who is not always a doctor, is part of the District Management Team. The hospital however has its own managerial team with a medical manager (doctor) and a nursing manager (nurse) assisting the general manager. The hospital management team (which was the

managerial team of the previous hospital ward) does not always recognise the new District Manager as the overall boss, especially if she/he is not at ease in her/his post. As a result, a number of districts do not operate as integrated health systems. There is often “de facto” two management lines, one for the hospital and one for the rest of the district, with operational consequences: no visits to the FLHS by the doctors, no support, competition for human resources or for essential drugs, etc. Therefore, the relationship between doctors and nurses is a key issue on which we will give further details later.

Those weaknesses in the public health dimension give the impression of health services disconnected from the population, not knowing how to work as an integrated system and without a clear vision of direction.

An insufficient allocation of resources ?

The reform of the South African Health Care System, adopted as a national health policy in 1997 is ambitious. It calls for greater resources, both human and financial. Political decisions have not always been consistent with the ambition of this policy.

We discussed earlier the sharp lack of technical guidance at district level, both for FLHS nurses and the district managerial team. Soon after their installation in 1994, the government decided to reduce the number of civil servants working in the health sector. They offered nurses the possibility of leaving the public service with a good amount of money, and closing their post. At that time, a lot of experienced nurses joined the private sector. One can question the wisdom of that decision especially in the light of the main policy axes. These experienced nurses might have been of great help with the implementation of the new policy.

Looking at the financial options taken for the public health sector, it seems from the available data that there have been two eras of public health sector financing (South African Health Review 2000) :

- (i) A first period from 1992 to 1997, characterised by a clear growth in funding (9% annual growth of total public health sector financial resources with similar increases in general taxation which represents 95% of the total sources of public health sector financing¹²), reallocation of resources to PHC (increase in the funding of non hospital PHC

¹² Donors, which are an important source of funding in other Sub-Saharan African countries, account for less than 1% in SA in 98/99

over the period 1992 -1997 of about 6% of total expenditure) and re-distribution of health sector funds across provinces.

- (ii) From 1998 onwards, there has been a reverse trend with a decrease in public health sector spending, a declining growth of PHC expenditure, and a reversal in the distribution of health sector funds across provinces. In 1998/99, public health expenditures amounted to 4,1% of GDP and to 15,1% of the overall budget (4,3% and 15,8% respectively in 97/98). The drop in funding between 97/98 and 98/99 has to be compared with a high expenditure growth of tertiary hospitals (7%) over the same period. Data on deviation from national average on real per capita spending by provinces show major differences between provinces. There seems to be a trend of growing inequities since 1996, with rich provinces spending more and more while the poorer spent less and less. The deviation from average go from - 45% (in Mpumalanga) to + 38% (in Gauteng). The fact that during the same period (1996-1999), all the provinces but one (Northern province) have slightly increased the share of provincial resources devoted to health, tends to suggest that the problem lies in the overall allocation to each province rather than in the intra-provincial share of budget. However it is worth highlighting that provincial decisions can make a difference as well. Whilst between 1996 and 1999, almost all provinces increased the percentage of health spending in their overall budget by 1 to 2%, North West province showed an increase of 6%.

The figures allowing to define these two periods are very interesting because they support the general feeling of professionals at peripheral level *“The public sector does not have the means of its policy and it is now on a worrying weakening trend”, “The increased number of clinics together with the free health care at first line level brought a huge increase in the use of services. The increase of budget did not follow enough in quantity and overtime to support such a change”*.

According to the analysis of the South African Health Review 2000, there are some macro-economic factors contributing to a growing inequity, especially the GEAR (the new macro-economic policy “Growth Employment and Redistribution strategy”) which focuses on economic growth and aims at developing business confidence through reducing public sector deficit and maintaining an intense monetary and fiscal policy. There are also factors related to budgetary process: decentralisation of the budget author-

ity to provinces bearing the risk, for health allocation decisions, to be hostage of local politics; conditional grants relating to level of care and not to equity; no explicit concern for equity in the budgeting process of health sector across provinces; a financial formula for resource allocation without concern for equity.

The new policy stance taken in South Africa in 1997 puts public clinics and health centres at the heart of the system in order to improve their accessibility for the whole population. In real terms, there has been a clear move in that direction and an effective improvement in the access to a package of first line curative, preventive and promotive care. However, the importance of the necessary resources (financial and human) to support such reform may have been underestimated and there is a general feeling among professionals that the public sector is weakening.

Role of doctors within public first line services

DOCTORS IN THE PUBLIC SECTOR: LIMITED IN NUMBER

A good availability of doctors in South Africa. . .

The total number of medical practitioners in SA in 1998 was 27.551, which means a ratio of 1 doctor for 1.512 inhabitants or 0,66 doctor for 1.000 inhabitants. This is a high figure, far above that of most other African countries (Table 25).

Table 25. Ratio of physicians per thousand inhabitants in different countries

Country	Physicians per 1000 inhabitants
Tanzania	< 0,05
Mali	0,1
Senegal	0,1
Zimbabwe	0,1
Nigeria	0,2
Morocco	0,5
South Africa	0,66
Tunisia	0,7
Egypt	2,1
United States	2,6
Belgium	3,4
Cuba	5,3

SOURCE: World Bank data, 2000 World Development Indicators

But a gross maldistribution

Imbalance between public and private sector

The vast majority of South African doctors work in the private sector. This is the result of a progressive trend (Table 26).

Knowing that the private sector cares for a rather stable share of the population (approx. 20%) since the 70's, the unbalance in the distribution of physicians among the population becomes obvious. The ratio of doctors per 1000 inhabitants is multiplied by 13 between the public and the private sector. *The ratio of doctors per inhabitant in the public sector is similar to the majority of other African developing countries.* In the private sector, it is close to the situation of mid-level or rich countries. Maldistribution of doctors among the two sectors also means an imbalance in the availability of doctors between provinces and between urban and rural areas. The richer provinces have indeed a higher number of people covered by medical insurance schemes and a stronger private sector. Within a province, the private sector is concentrated in the towns.

Table 26. Evolution of the distribution of physicians between public and private sector in South Africa

<i>Year</i>	<i>% of physicians in the public sector</i>	<i>% of physicians in the private sector</i>
1970	60%	40%
1994/95	38%	58%
1998	28%	72%
Number	7 616	19 935
Ratio/1000 inhab	0,2	2,6

SOURCE: Lancet1997 & South African health review from 1999 & 1997

Imbalance within the public sector

Moreover maldistribution of doctors is an important problem within the public sector as well. Between advantaged and attractive provinces (such as Gauteng with Johannesburg & Pretoria, Western cape and KwaZulu-Natal) and disadvantaged and less attractive provinces (such as Eastern cape, Northern cape, Northern province and Mpumalanga), the ratio of public sector doctors for 1000 inhabitants goes from 0,1 in Northern Province to 0,5 in Gauteng and 0,4 in Western Cape (South African Health Review 1999). Those figures show that there is a concentration of public doctors in the richest provinces. Hence, not only does the public sector not correct the imbalance caused by the private sector, but it reproduces the model.

Responses given to the shortage of doctors in the public sector

Within the public sector, doctors essentially work in hospitals, whether at central, provincial or district level. It has become more and more difficult to find doctors ready to work in rural areas and remote districts. In order to cope with shortages, disparities and maldistribution, some strategies have been drawn up. The two main ones are the import of foreign doctors and the introduction of a community service for doctors.

Foreign doctors (South African Health Review 1999)

Prior to 1994, the homelands already largely depended on foreign doctors, and nowadays, the public sector in disadvantaged provinces still strongly relies on them. If the weight of foreign doctors appears rather marginal (6%) when looking at the situation of doctors for both public and private

sector, the picture changes when focusing on the public sector (See table 27) where they account for 21%, and in some provinces even up to 54% (North West province).

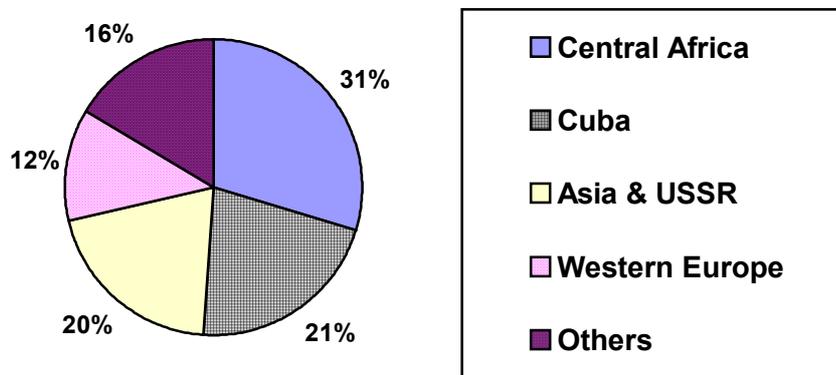
Table 27. Weight of foreign doctors in South Africa in 1998

	% of South African doctors	% of foreign doctors
Public and Private sectors Total: 27 551	94%	6%
Public sector Total: 7 616	79%	21%
<i>Disadvantaged provinces</i>		
Northern	57%	43%
Mpumalanga	56%	44%
Northern Cape	55%	45%
North West	46%	54%

SOURCE: South African Health Review 1999

The origin of foreign doctors as it stood in 1998 is presented in Figure 5. Foreign doctors from Europe mainly work in privileged provinces whilst foreign doctors from Africa or Cuba mainly work in unprivileged areas (49,5% of the foreign doctors in Western Cape originate from Western Europe, compared to 7,3% in Northern Province). Cuba is the biggest provider of foreign doctors for South Africa (333 Cuban doctors worked in the public services in 1998), in the context of country to country contracts.

Figure 5. Origin of the foreign doctors working in SA in 1998



SOURCE : South African Health review 1999

The situation of foreign doctors has become difficult over the last years, especially for those coming from Africa. Despite their acute usefulness for the public service, they are not always welcomed by the community and the professional environment, neither they are by the country: procedures for recruitment became more difficult when not based on a country to country contract. Foreign doctors, when they succeed in coming, usually have only limited registration rights with the medical council which keeps them in the public service. Those who come with the intention of getting permanent residency, becoming specialist or going into private practice find a lot of discouraging obstacles on their way.

Community service for doctors

Since 1998, medical students have to do one year of what is called vocational training or community service, after their one-year internship. The justification of this decision brought about a lot of debate. The SA Medical and Dental Council defended the idea of a two year vocational training to better prepare graduates for their practice through an additional training in the field. Medical students however argued that the only objective was to force them to fill posts in rural underserved areas where they would have to

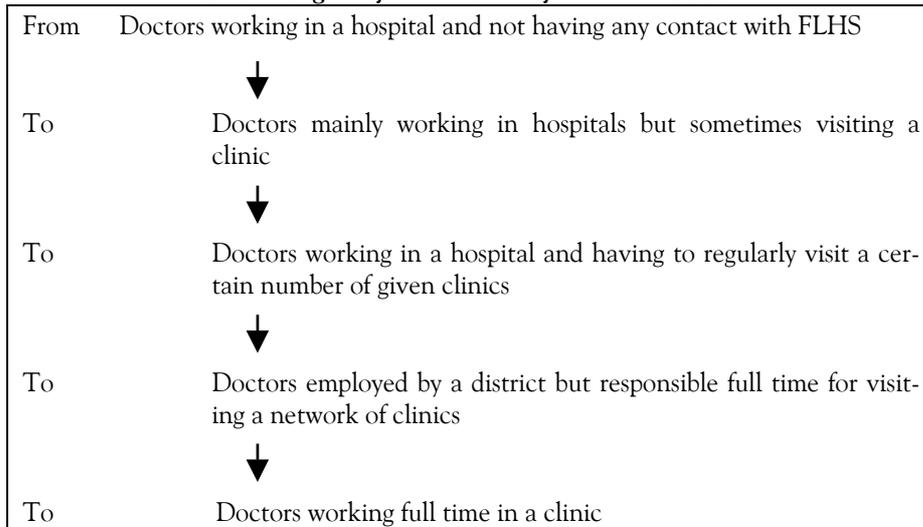
work without any real back-up. The Ministry of Health proposed an intermediary solution of one year community service and this has been adopted. The human resources service from the Department of Health, in charge of the deployment of newly qualified staff, clearly stated that the so called “community service” does not refer to family medicine or to community health but to the *compulsory deployment of newly qualified doctors in the public services* as a way for them to pay back the state for having being subsidised during their studies. Considering that roughly 1200 new doctors qualify each year, that decision obviously gave an appreciated shot of oxygen to the public services. The “community doctors” are allocated by the national level to the provinces which then decide where to put them to work. They are all sent to hospitals of different levels. In the discussions with actors at different levels, there is a consensus on the usefulness of community doctors as a way to have additional doctors. There are however some reservations about their distribution (in 1999, only 45% of the 1122 community doctors worked at district level whilst the remaining 55% worked in regional or tertiary and specialised hospitals) (South African Health Review 1999), the difficulty of doing some serious work with people who are only there for one year, and the difficulty to involve community doctors in visits to clinics since they are not at all prepared for this type of work.

DOCTORS IN THE PUBLIC FLHS : LIMITED FUNCTIONS

A link of variable intensity between doctors and FLHS

From the different districts visited and the discussions with many actors, a range of possibilities in terms of involvement of doctors in the FLHS can be drawn up (Box 9).

Box 9: Degree of involvement of doctors in FLHS



The situation where a doctor works full time in a clinic is exceptional. We saw one such case in Mhlakulo health centre in Eastern Cape Province. This HC has, in addition to a big team, two doctors working full time. It is a very specific case of a HC linked with a University and playing the role of training centre for doctors, nurses and other professionals. The two doctors come from the Family Medicine Department of the University.

Apart from such unusual cases, the other possibilities all exist in the system. One can say that generally :

(i) In big provincial or national hospitals, the majority of doctors do not have any link with the FLHS

(ii) In district hospitals, the principle of doctors based in the hospital and visiting more or less regularly FLHS existed already for a long time and has been further developed recently. With the implementation of district health system, some provinces went further in that direction through the specific allocation of doctors to sub-districts or districts for the full-time activity of visiting clinics and health centres. However, there are big differences according to the different contexts. In some places where there are few doctors or where visiting clinics is not a priority, the visits are rather irregular on a monthly basis. In other places, visits take place once a week, and in some health centres two or three times a week.

A role essentially of clinical nature

What is expected from a South African doctor visiting a FLHS is very straightforward whether the question is addressed to a nurse or a doctor : to see patients. Practically, if the doctor does not visit on a regular basis, he will see the patients referred to him by the nurses on the day he visits. If he comes regularly, he will see patients referred by the nurses in between two visits and patients he planned to see himself because their problems could not be solved by a nurse.

Doctors can be involved in other things next to the simple delivery of care. Quite often they are involved in the clinical training of nurses, as a sort of continuous education to improve their clinical skills. However, the doctor almost never oversteps the clinical boundaries to get into more general managerial issues.

The visiting doctor does not belong to the team of the FLHS. His position in the organigram varies. Generally, he does not belong to the management team. He has a technical post that falls either under the sub-district management team, under the District Assistant Director for the Community Services or can be part of the hospital staff. From what we saw, visiting doctors were either posted at hospital level in which case they belonged to the hospital team, or were posted directly at district or sub-district level without hospital functions. In the latter case, they were considered as technical staff not belonging to any team. In both cases they were not, except for some cases, involved in managerial district teams. One of the doctors we met, employed for more than a year by a district as visiting doctor for a sub-district, had never met the sub-district management team and had no link at all with the DMT whose manager was a nurse. As a nurse in charge of a clinic summarised it: "*in our context, the doctor is patient-related whilst the district management team is management-related*". In that specific clinic the visiting doctor saw himself as part of the sub-district management team. When the nurse in charge however was asked about the sub-district management team, she did not consider the doctor as being part of it.

ANALYSIS

A role without public health perspective

A characteristic of the role of doctors within first line services in SA is its limitation to a pure clinical function at individual level: the doctor comes to see individual patients but is not involved in the community dimension of health care nor in the managerial dimension of health services.

This is striking because quite different from a lot of other African countries. Many countries indeed face problems of shortage and maldistribution of doctors who, as in SA, do not work at FLHS level. However there are two major differences with the South African situation: first, the managerial posts (such as head of district hospital or district manager) are often allocated to doctors; secondly, as managers, the link between doctors and FLHS, when it exists, is mainly oriented towards the public health perspective in terms of management and organisation of services and in terms of community approach.

The present position of South African doctors towards the FLHS has undergone some changes. If the predominance of the clinical role of doctors visiting a clinic is a long term tendency, doctors until the 1994 reform were used to occupy a managerial position: the head of the hospital was in the vast majority of cases a doctor, and as such he was in charge, technically and administratively of the whole ward including the network of FLHS. Through the implementation of the district health system and the new organigram, managerial positions have been opened to other health professionals, and the fact is that a lot of nurses now occupy these posts.

Some important determinants of the situation

Questioning the reasons for that evolution opens a hot debate, because the issue is not only technical but political, historical and emotional as well. Interpretations obviously differ between doctors and nurses. A caricature of both interpretations would be for doctors to say “we have been excluded from management” and for nurses “doctors are not interested in management”. We have often heard these two sides. As usual, reality seems to be somewhere in the middle and more complex. with as key factors among others the professional identity of doctors, the fact that demand for purely managers did not seem attractive to doctors and the affirmative action (positive discrimination) in allocating managerial posts.

The professional identity of doctors

Doctors in South Africa have a professional identity centred on their clinical role and on individual care, as is the case in a lot of developed countries. The professional identity is built through medical education (what medical students receive in terms of content and role model), and through professional experience (what they actually have to do and the way they interact with the different actors). In SA medical studies, until recently at least,

were very similar to the ones of developed countries, essentially centred on the clinical process of individual care, mainly at hospital level. In terms of professional experience, the growing proportion of doctors joining the private sector clearly had to deal, as in all private sectors, with individual care. The doctors joining the public sector usually worked in hospitals, where they were expected to essentially use their clinical skills to deal with complicated cases. Moreover historically, the position of doctors, almost all whites, in a society of apartheid, did not lead most of them towards a public health concern of having a system addressing the health problems of the whole population in an effective, efficient, acceptable and equitable fashion¹³. All these elements can explain a certain lack of interest for managerial posts on the side of doctors. The comprehensive hospitalo-centric health policy and the evolution of health services in the homelands from the 70s was, for the doctors, an important step driving at least some of them towards a shift of professional identity from purely clinical to a mixed clinical and managerial district profile. The implementation of district health systems after 1994 could have constituted a further step in that direction. However, the result was a step backwards with doctors going back to a more clinical profile.

The demand for pure managers

Strengthening of the management component of health services was an important option in the reform of the system. The measures taken to achieve this objective were the organisation of services in district health systems, under the direction of a district management team with "purely" managerial functions (no mix of management & clinical functions). There has been a simultaneous movement of strengthening the managerial component of the system and opening the managerial posts to all health professions.

With a strong clinical professional identity, one can imagine that a majority of doctors were not ready to abandon their clinical activities to become "pure managers", especially in the administrative sense of the word, and especially if it is not centred on hospital management. Moreover, considering the shortage of doctors in the public service, it was rather logical to keep them first and mostly in their clinical functions. In addition, such

¹³ We must emphasize here that what is described is a general trend which should not overshadow the actions of doctors who tried to implement other approaches such as the Pholela health centre, or who got things moving in the homelands.

posts are not financially attractive: they do not lead to a substantial increase in salary and they can indirectly lead to a drop in income as they require additional work which would exclude them from taking on more lucrative activities such as a few hours of private practice.

On the other hand, the large and hierarchical body of nurses, with still a strong involvement in public services, was more available for those managerial posts.

The political and historical context and positive discrimination also played a role in this new distribution of tasks and power. One should indeed not forget that in South Africa until very recently, the vast majority of doctors were white men and the very vast majority of nurses were black women.

The “affirmative action” for the allocation of managerial posts

Prior to 1994, the top echelons in government health management were almost "all-white" and all men. At the national Health Department whites accounted, at the time, for 90,2% of management staff" (South African Health Review 1999). In a major effort of redressing inequities, affirmative action aims at improving the racial and gender representation of the population in the allocation of posts, by stopping previous positive discrimination in favour of whites and men when people of equivalent profile apply for a post. Since 1994, the distribution has markedly improved, even if the racial representation of the management positions does not yet reflect the real composition of the population, to the detriment of the African population (Table 28).

Table 28. Race representation in management positions in the public health sector in SA, mid-1999

	African	White	Coloured	Indian	Total
% of the total population	77,2	10,5	8,8	2,5	100
% of race representation in management positions	50,9	36,2	6,3	6,6	100

SOURCE : South African Health Review 1999

When looking in more detail at the different levels of management and taking into account race and gender issue, there are three interesting elements for our present discussion :

(i) Whites and Indians dominate the medical and dental superintendent (of hospital) positions with whites occupying 44% of posts and Indians 16%. These posts are male dominated (72%).

(ii) Assistant Directors (AD) and Deputy Directors (DD) positions (= the members of the district management teams) are very largely dominated by women, both black (53% of AD & 42% of DD) and white (31% of AD & 27% of DD). It has been acknowledged that women increased their overall representation by occupying more middle and lower managerial positions, notably in the nursing profession.

(iii) The Director's positions (Head of the districts) still include 37% of whites (mainly men) and 46,5% of Africans (half men and half women).

The result is that the management component of the health services at district level is now more strongly in the hands of nurses. This should be tempered by the fact that a number of hospitals have a tendency to be quite autonomous from the District management Team, partly as a result of tensions between doctors and nurses. Affirmative action is a necessity in the South African context. This positive discrimination of African people leads inevitably to some frustrations on the side of white doctors. Some doctors, who were already convinced of the importance of a comprehensive approach towards health services and who worked as head of hospital at improving the overall organisation of services in order to offer better care to the whole population, felt very bad when their managerial responsibilities were taken away from them.

The South African public sector has embarked on a reform with the ambition to go from a fragmented and hospital-centred system towards a unified Health Care System organised around the district health care system and based on Primary Health Care. This option implied strong changes from the previous situation, both in terms of organisation of services, of redistribution of tasks and responsibilities, and allocation of resources.

For the population, the main positive output of the reform has been an increased accessibility (geographical and financial) to an integrated package of care.

When looking more specifically at the evolution of public sector human

resources since the beginning of the reform, two important shifts are worth highlighting:

- (i) A shift from doctors to nurses in the leadership of FLHS and district management. Since 1994, the extension of the clinical role of nurses to curative care has become more general, and nurses became fully in charge of FLHS. Simultaneously, there has been a transfer of managerial responsibilities from doctors to nurses, through the development of managerial posts at district level that were filled up by nurses more than by doctors. However, the lack of adequate preparation and back-up of nurses to their new responsibilities is a major constraint for the implementation of the reform.
- (ii) A shift from public to private in terms of human resources availability. The existing imbalance of doctors between public and private sector has worsened since 1990, and has extended to nurses who increasingly pull out of the public sector to join the private one or to go abroad. However, we should keep in mind that, considering the abundance of SA nurses, the availability of nurses in the public sector remains higher than in the majority of African countries.

Chapter 3 – *The private sector : first line services and the role of doctors*

Main characteristics

When discussing the public sector, we already hinted at the private sector. We will now try to summarise its main features, especially as far as the first line services are concerned in doing so, some striking contrasts will appear. Generally speaking, private first line services in SA very much resemble ambulatory private services of rich countries, except that they care for a minority of the population (around 20-25%).

WEALTHY HUMAN RESOURCES

The first striking contrast is the availability of human resources. With the exception of nurses who are still more numerous in the public sector, the private sector holds the vast majority of health professionals for the benefit of a minority of the population (See Table 29). More specifically, the ratio of physicians per inhabitant is similar to that of developed countries (See Table 25). These data concern the whole private sector (ambulatory and hospital care), as there is no differentiated data between first line and hospital services as far as human resources go.

DOCTORS IN CHARGE

Another major difference is the role of doctors: if nurses are in charge of the public FLHS, *doctors are in charge of the private FLHS*. They can work with other health professionals, but they have the leadership of the team and they are the direct providers of curative care.

More specifically, the *general practitioners* (GP's) are the ones handling FLHS. Among the total number of doctors in SA, 28% (7.826/27.551) are specialists and 72% (19.729/27.551) generalists (South African Health Review 1999). Within the private sector, specialists essentially work at hospital level and less often in specialist clinics or big clinics with both generalists and specialists. GPs mostly work in FLHS and marginally in hospitals (emergency services). The majority of nurses who joined the private sector work at hospital level. Their role in FLHS is still limited and marginal even if it tends to increase through the multidisciplinary group practice and the development of preventive activities.

Table 29. Comparison of distribution of health professionals between public and private sector, 1998

	Public sector	Private sector	Total
Estimated user population	33.907.683 81%	7.752.723 19%	41.660.406 100%
Medical practitioners			
Total	7.616	19.935	27 551
% of total doctors	27,6%	72,4%	100%
ratio	1/4.452	1/389	1/1.512
Dentists			
Total	324	3.868	4.192
% of total dentists	7,7%	92,3%	100%
ratio	1/104.653	1/2.004	1/9.938
Pharmacists			
Total	1.184	8.531	9.715
% of total pharmacists	12,2%	87,8%	100%
ratio	1/28.638	1/909	1/4.288
All nurses			
Total	102.200	71.447	173.647
% of total nurses	58,9%	41,1%	100%
ratio	1/332	1/109	1/240

SOURCE: South African health review 1999

A GREAT VARIETY IN TYPES OF PRACTICES

The spectrum of first line private services goes from the solo rural practice to the impressive big urban complex of ambulatory care with a multidisciplinary team including some specialists, other professionals such as physiotherapist or psychologist, and technical support services such as laboratory or radiology. In between are the urban solo and group practices. The vast majority of private services are concentrated in urban settings (cities and along highways). The urban solo practice is the most common, but there is a trend towards the development of urban group practice. In that case, the team can go from a few up to 70 staff in the case of a Medicross clinic (= network of 54 private clinics in SA). According to the type of practice, the degree of equipment and organisation of services varies. Generally speaking, those practices look like occidental practices in terms of equipment, complementary examinations, drugs and management of patients.

Curative care is the core of private ambulatory care. Until recently it was even the only type of care provided. There is a trend however towards progressive integration of more preventive care such as follow up of pregnancy and vaccination. As one can guess, it is not a spontaneous evolution. Both government and medical schemes have been pushing in that direction for a few years. In most private clinics we visited, there were no delivery or vaccination activities, but there was almost always antenatal care. In the Mediacross clinic visited, they are starting to develop preventive activities such as a diabetic clinic, and are in the process of opening an antenatal clinic as well as a well baby clinic. It is interesting to notice that all these preventive activities will be handled by nurses.

Some private clinics, mainly group practices, ensure a permanence of care through a system of night duties but it seems to be a minority. A lot of patients from private clinics have to go to a hospital or to the 24 hour-health centre when they need care at night.

FUNDING AND REGULATING SYSTEMS¹⁴:

Funding and regulating systems are major factors shaping the private health sector. In South Africa, they passed through an important crisis in the last decade. Information on the main steps of funding and regulating systems are necessary to understand the present stakes for the private sector and for private GPs.

Development of medical schemes (MS) and regulating rules

The development of private care and private financing of care through medical schemes started in the beginning of the 20th century and concerned two groups of people : a group belonging to the rich minority, and a group consisting of workers of companies whose directors decided to participate in a medical scheme (MS) for their employees. MS grew regularly since then : in 1960 1,5 million people were member, 4,9 million in 1985, and in 1995 they were around 6,75 million (representing 18% of the population).

Through the Medical Act of 1967, the government took a strong regulating role: It imposed the option of *community rating* system (contributions of members calculated according to income and number of depend-

¹⁴ For this section we have completed the information gathered from our discussions with different actors with the information and analysis on the topic of the SA Health Review from 1997 to 2000.

ants), fixed by statute the modes and rates of reimbursement, and ruled against risk rating contributions.

Recent crisis of the funding system :

Cost escalating

From the 80s, cost escalation of private health care became a serious problem. MS subscriptions started to exceed inflation rate. A series of contributing factors (South African Health Review, 1997) were added to this phenomenon which is still current:

- i. The fee-for-service system with third party payment favours both over-demand and over-supply of health services.
- ii. MS could not control the rapid increase of the cost of medicine cost that were, in 1995, the main source of expenditures (30%) of total MS health expenditures.
- iii. There has been a steep increase of private for profit hospital beds: a growth of 113% between 1988 and 1996 (from 9825 to 20.991) (South African Health Review, 1997). These hospitals have usually high-tech equipment which means an increased cost per admission. Private hospitals were the second source of expenditures for MS in 1995 (23%).
- iv. Changing demographic composition of the population covered. Escalating costs led to a vicious circle where subscriptions of young and healthy people decreased (too steep contributions), leading to an increased proportion of old and ill, which further reinforces escalating cost.
- v. The AIDS epidemic and its consequences.

Deregulation

End of the 80's, in a context of escalating costs, of international economic liberalisation ideologies, of emergence of open-fund medical schemes, of pressure from for profit commercial insurers into the health sector, an amendment to the 1967 MS Act allowed a deregulation of the MS industry. The main consequences were the introduction of individual *risk rating* (the higher the risk, the more you pay) and the development of *benefit rating* (many distinct coverage options within individual MS, with benefit package proportional to the contribution). The cross financing, possible in the previous system, between young and/or healthy and old and/or chronically ill (thanks to no exclusion), and between rich and poor (thanks to contribution proportional to income), was considerably weakened.

MS became fragmented into high and low risks sectors (risk rating), into high and low benefit sectors (benefit rating: benefit package directly

proportional to the level of individual contribution), with in practice a proliferation of unrealistically low benefit packages that are quickly exhausted. For members it mainly resulted, in increased inequity (exclusion of the ones most needing health care) and loss of confidence in the system confirmed by the stagnant number of persons covered by MS between 1990 and 1993.

Present situation

Responses given to cost escalating and deregulation

Both funders and government addressed the situation in different ways.

Funders choose the way of cost containment through different measures among which the introduction of a new fee model for hospitals, introduction of a pharmacy benefit management programme and the adoption of managed care principles. Since 1995, managed care has grown up, introducing its principles of cost control : premiums are lower but are subject to certain conditions: control of access to a given network of providers on the side users, , introduction of some forms of quality control (accreditation process, peer reviews, audit) and of rationalisation of care (use of generic drugs, standardisation of treatments...) on the side of providers.

Government works on both regulation and cost containment. The MS Act of 1998 is the central answer of the government in response to the situation. The main measures include:

- (i) The re-introduction of community rating principles: level of contribution according to income and number of dependants and no possibility of discrimination on the basis of age, medical history and health status.
- (ii) The introduction of a prescribed (compulsory) minimum benefit (PMB) which all schemes are obliged to offer. The minimum benefit includes a list of first line and hospital care. It includes a wider range of ailments, treatment in hospital of any AIDS related infection or illness as well as organ transplants and tuberculosis often excluded in the past. In fact PMB is essentially a hospital-based package. It will no longer be possible to be covered only for first line care. MS can make arrangements with public hospitals for the provision of minimum benefits, and in that case will have to pay for their services.

Contrary to previous regulations, the new Act does not only apply to medical schemes but also to brokers, MS administrators and managed care organisations. This new Act passed in 1998 came into effect only beginning 2000.

The government also took measures concerning pharmaceutical regulation and more specifically about generic substitution, stop of dispensing doctors (except where there is no access to pharmacy) and parallel importation of drugs.

Main funders (South African Health Review 1997)

- The South African mutual health insurers or Medical Schemes (MS). *“They are the principal intermediaries in the private sector, accounting in 1996 for around two thirds of total private sector health care funding. They are non-profit associations funded primarily out of contributions from employers and employees.”* However, MS are not limited to employees of companies. Within the MS, an important distinction has to be made between employment based (closed) funds and open funds. Employment based funds concern companies in which membership to a given MS is mandatory for all employees who remain member even after retiring. Open funds recruit individuals or small employment groups with a low natural cohesion between members. Presently, it is estimated that approximately 20% of the population is member of a medical scheme (18% according to the October Households survey from 1995, 19% according to the data from the health review from 1999)
- Individuals : they represent the second largest source of funding for the private sector.
- Insurance companies : they are a small component of financing. They generally propose cover for major surgery and hospital costs, attracting mainly young and healthy individuals and having exclusion criteria disqualifying old and chronically ill patients.
- Organisations of managed care: they developed after 1994 as an answer to cost escalating.

Sources of financing of a practice

There is quite a difference. Among the practices visited during our trip, the percentage of patients under medical schemes varies from 30% (in a rural practice) to more than 90%. (in an urban practice). Generally speaking, the members of a medical scheme are richer than the ones without. Most of the time, a private provider has clients with different financing profiles, and has to deal both with private patients and different types of medical aid schemes, including managed care.

Methods of payment and doctor's income

A doctor's income varies *in quantity and in modalities of payment*. In some (rare) cases, doctors can be employed by the funding structure and receive a salary, or be paid on a per capita basis. Most frequently they are paid by the medical scheme (MS) on a fee for service basis, with a level of fee negotiated at national level. With patients not belonging to a medical aid system, the physician receives a direct payment on a fee for service basis. The level of fee for service can then vary according to the social environment of the practice. In settings where not a lot of patients belong to medical schemes, such as in rural ones, the physicians often ask lower fees than the MS standard. *For example, at the moment of our visit, the standard fee used by MS as reimbursement level for a curative consultation was 80 Rand¹⁵ (= 7US\$ or 325BEF), drugs not included. In one rural practice visited, the curative consultation was 80 Rand but drugs included, in another, it was 70R for an adult and 60R for a child, drugs included.*

In the two above cases, doctors were what is called “*dispensing doctors*” which means doctors who buy their own stock of drugs, in bulk, generics or trade, and who sell them to their patients at a higher price (usually buying price + 50% +TVA). It is allowed, even if though subject of debates because it leads to abuses (doctors claiming for drugs not dispensed). Some regulations have been introduced : dispensing doctors are now allowed only in settings where patients do not have easy access to a pharmacy, and the medical schemes reimburse dispensing doctors who claim for their prescriptions, but on the basis of a price list with maximum prices. What makes a big difference in the price of prescriptions is the type of drugs used, trade or generics. In one urban clinic visited which mainly works with trade drugs, the average price for a prescription was 140 Rand (= 12,6US\$ or 570BEF).

The income of physicians includes the consultation fees, fees for drugs in case of the dispensing doctor, and the fees for some technical work (small surgery). One can understand that, depending on the financial profile of his patients and his workload, a doctor's income vary greatly. Lots of private GPs, however, have a rather high income compared to the average in SA, and belong to the upper class of the population.

¹⁵ 1 Rand = 0,09 US\$ or 4,07 BEF

Cost for patients

If not belonging to an MS, the patient will have to pay out of his own pocket when using the service. The amount of money spent will depend on the fee asked by the doctor and the price of drugs (dispensing doctor or not, generics or not).

When belonging to an MS, the member's contribution is again based, since the MS Act of 1998 on "community rating principles" (contribution proportional to the level of income and the number of dependants). Member's contribution also varies according to the package of benefits chosen, even if the introduction of a prescribed minimum benefit aims at limiting "benefit rating" thus avoiding the proliferation of unrealistically low benefit packages that are quickly exhausted.

Normally, a patient under MS does not pay when using the service. However in some cases he has to contribute, either because he requires a service that does not pertain to his package, or because of a co-payment system that has been introduced by some funders as a way of decreasing abuse of services.

Analysis

CONSEQUENCES OF THE FINANCIAL CRISIS ON PRIVATE GP PRACTICE

The recent financial crisis in the private health care sector is indeed shaping new trends in GP practice.

Towards the extension of private care to preventive and promotive fields

Government pushes the MS towards extending the scope of action of private practice to preventive and promotive care, with the aim of increasing the relevance and quality of care offered to what is planned to become a growing proportion of the population. GPs reluctantly accept to move in that direction, because they see it as part of the negotiation process with the government to increase the private health care market.

Towards the development of group and multidisciplinary practice

Managed care organisations push quite strongly towards group practice because they prefer to deal with providers who are already structured and organised. Some GP's, mainly in urban settings, already made the same choice for economic reasons: to share equipment and administrative staff. However, large group practices (as we saw in Medicross) are also a big source of

tension among private doctors. The solo GPs feel acutely threatened by these big networks that concentrate, through their privileged relation with managed care organisations, a lot of resources.

Towards a loss of professional autonomy of the private GPs

Managed care organisations (MCO), in order to decrease costs, exert a certain pressure on the professionals, pushing towards an increased use of generics, use of standards of care, and looking at the structure of expenses. Even if MCO are not yet a major funder of private care, they have developed quite quickly, and may continue to progress as cost containment is still a major challenge. More generally medical schemes encourage the development of quality control systems such as audit, peer reviews, accreditation... The emergence of this external "control" is a source of worry for private GPs, as the professional autonomy they used to enjoy so far in the private sector was one of the strong arguments for choosing to work in it.

A constant superimposition of an economic and administrative reasoning over the clinical reasoning

Patients from a given GP can belong to different MS, each with its administrative procedures, its possible constraints in terms of quantity or/and level of care allowed. It implies that the GP deals with different lists of drugs and examinations, etc. according to each patient. These are constraints interfering with the consultation process and adds an economic and administrative dimension to the clinical one.

THE PRIVATE HEALTH SECTOR: AN IMPORTANT ACTOR UNDER PRESSURE

The private health sector is an important player in the SA health care system, and especially in the first line health services. It cares for a sizeable proportion of the population : approximately 20% of population on a regular basis and for an additional percentage (N/A) on an irregular basis. It concentrates the biggest share of the human resources : the vast majority of medical professionals and 40% of the nursing profession. More specifically for the first line services, 72% of the total number of GPs working in SA handle the private FLHS, mostly in an urban environment. It has the biggest share of financial resources and health expenditures. In 1992/93 and in 1995 the private sector spent an estimated 60% of total spending for 20% of the population, whilst the public sector spent around 40% for 80% of the population (South African Health Review 1999).

The private sector is presently under pressure for three main and interrelated reasons:

- (1) The progressive saturation of the market, leading to increased competition between private practitioners. Considering the low income status of the majority of the population, the private sector's field of action is limited. The usual privileged urban areas already have a high concentration of doctors per inhabitant. Private GPs are not prepared to go to less privileged areas (poor urban or rural).
- (2) The loss of confidence of the population towards private sector as a consequence of deregulation's drift. This has translated into a slowdown in the number of persons covered by medical schemes.
- (3) The emergence of control measures of private practice due to the concern for cost containment and regulatory mechanisms.

The present situation of the private sector in SA is an "interim" situation, where one tries to get away from a dangerous trend, without yet noticing the effects of the recent reorientation. In theory, the government's response addresses quite effectively the problem of risk rating. We can however wonder in how far these rules will be respected, especially with the country's devastating situation with AIDS. AIDS in itself is a major challenge to the health care system in general and obviously to the private sector and medical schemes. Moreover one should not forget that risk rating and cost escalating are somehow linked. Measures for cost containment have so far not been very convincing since for profit hospital beds continue to increase, trade medicines are still widely used and the new Act obliges the MS to give a wider cover for amore expensive range of ailments.

WHAT IS AT STAKE FOR THE PRIVATE SECTOR : MARKET INCREASE

General practice in SA is clearly rooted in a private for profit logic. As such, its main concern is to get an increasing demand allowing its expansion. This comes out very clearly when discussing with private GPs and Doctors associations. South African doctors are represented by professionals associations. SAMA (South African Medical Association) is the main professional body representing both public and private doctors. Approximately 17 000 of the total 27.000 doctors belong to it. When discussing with representatives at national level about SAMA's main concerns, the first revealing element is that the answer is entirely focused on private practice issues (whilst they theoretically represent also public doctors). SAMA's concern is the financial situation of private doctors that is said to have dropped due to the diffi-

cult period the private sector is passing through. The hope is that Government's decisions will favour an increase of MS members. Discussing with local representative of IPA (Independent Private Practitioners Association, more like a union) about the present objectives for their association, the same concern for increasing the percentage of the population having access to MS (hence to the private sector) appears . What is expected is a growing shift of employed people to the private sector.

There is on the side of private health professionals a clear concern for an increase in the proportion of people having access to private sector through medical schemes.

Chapter 4 – Interactions between both sectors

The first impression is that the two sectors are two worlds that never meet. However, both patients and professionals are used to go from one sector to another.

An important proportion of patients use both sectors

Discussions both with private rural GPs and doctors from the public sector highlighted the fact that private services are practically not only used by the upper classes or by people having access to medical schemes (MS). A substantial proportion of low income patients without MS was said to seek care at least partly from the private sector and a lot of people use both sectors. The feeling expressed by professionals was that the usual figure of 20% of population using the private sector is underestimated. This is probably right as the 20% corresponds specifically to the percentage of population under MS whilst a variable part of the private doctors' clients are not under MS. It is a well-known fact in a lot of countries that people are often not faithful to one sole type of services. They rather use different kinds according to the type of problem, its perceived severity, the existing alternatives and their opinion about them, their available budget at a given moment and the flexibility of the services in terms of modalities of payment.

A second fact is that in SA, a number of poorer patients indeed are willing to pay for health care and do use private first line services. A study from 1995 on illness/injury and health care expenditure (the 1995 October households survey) and covering 29.700 households, gave estimates of the percentage of ill or injured seeking care and using private services, according to their level of income (See Table 30). According to those data, 31% of the population use private services. If there is a parallel between the level of income and the use of private services, those data confirm also that a substantial proportion of the poorer groups use private services, at least on an irregular basis. The private sector adapts itself to that situation. We saw indeed in the previous chapter that, up to a certain degree and probably more in a rural environment, private GPs adapt the level of fees according to the income profile of their clients.

**Table 30. Percentage of those ill or injured who used private services
(1995 October households survey)**

<i>Income quintile</i>	<i>Rural</i>	<i>Urban</i>	<i>Total</i>
1	13,1	24,8	16,5
2	18,5	24,0	20,7
3	17,5	29,9	24,2
4	20,8	37,3	32,1
5	35,9	55,4	53,0
TOTAL	18,4	40,1	31,2

SOURCE: South African Health Review 1999, chapter 8

A substantial proportion of professionals work in both sectors

Some health professionals, essentially doctors, have a mix of activities. Some have their main job in public services and carry out a certain number of hours in private practice. Some are private practitioners but do some part time in the public sector (in hospital wards, as visiting doctors...). Some forms of partnerships between public and private have been agreed upon at hospital level. The annual South African health review confirms that a mix of public and private activities is common among doctors, even if the exact figures are not known. Apart from the professional interest of working in both systems, for doctors from the public sector, private practice is a way of increasing their income, and for private doctors, a public revenue is a guarantee of a regular income (private doctors complain about the delay of payment by the MS) as well as a good platform for recruitment.

Chapter 5 - Global analysis

As we said in the introduction, the objective of our study is to look at existing strategies developed to strengthen first line services with a public rationale, and more specifically to better understand the potential role of doctors in those strategies. We will now come back to our objective, trying to take a more global view on the South African first line health services. We will first explain why, from our point of view, the public rationale of South African first line services is at stake. We will then look at the respective role of nurses and doctors in strengthening FLHS with a public rationale. Finally, we will outline possible strategies to strengthen FLHS with a public rationale in the SA context.

The Public rationale of FLHS is at stake

The notion of public rationale may need to be clarified here. Co-existence of public and private health services is a reality in a growing number of countries. Ambiguities and frustrations, partly related to existing confusion between the administrative statute of a service and its effective way of functioning, came out of hot debates on public/private services. Some private services operate more as a public service and some public services more as private ones. To overcome that difficulty Giusti (Giusti *et al.* 1997) proposed to think in terms of the purpose the service, rather than in terms of its administrative identity. A service with a public purpose will then be called service with “public rationale”, whatever its administrative status. The underlying assumption is that, whatever the administrative identity of its services (public, private for profit, private non for profit), a health care system should, anyhow, be able to secure a public rationale for the population it serves. In that paper, some criteria have been proposed to define the public rationale of a health institution in the Ugandan context. These are social perspectives of health services, non discrimination in access to quality care, population based health care delivery, government policy follow up and a purpose of service not reduced to profit making. Other criteria may be more convenient in another context but the question remains relevant whatever the context.

When looking at the public rationale in the SA context and more specifically in the FLHS part of it, two aspects may be particularly relevant

for examining: equity in access to quality health services and concern for the public health dimension of health services.

A MAJOR PROBLEM OF EQUITY IN ACCESS TO QUALITY SERVICES

The facts

Discrimination in the access to health professionals

73% of GPs, 75% of medical specialists, 93% of dentists, 76% of pharmacists and 86% of physiotherapists in SA work in the private sector, hence for people who have access to medical schemes (= having a salary or being rich enough to subscribe on their own) or are able to pay directly for private care on a fee for service basis. This is a minority of the population (even if it may be a growing minority) of 20 to 30%. These few figures illustrate a *major discrimination in the access to health professionals according to ability to pay*.

Double standard of care between public and private FLHS

The minority using private first line services have thus generally access to more qualified staff, better equipment, drugs, more privacy, the choice of the health professional who will care for them (which favours continuity of care), a “client type” relationship with the professional whose income depends on the satisfaction of the patient. However, most often care is limited to its curative aspect without integration of preventive and promotive activities; Continuity of care is a problem due to the non systematic use of medical file and to lack of co-ordination with the other services (first line and referral services); Permanence of service on a 24-hour basis is rare, the “client type” relationship does not imply a real patient-centred approach, and the fee for service payment in a for profit service logically leads to an oversupply tendency.

The majority using public first line services have access to staff who are not always happy with their post and often feel uncomfortable about their new responsibilities, to staff with a civil servant mentality whereby your income does not depend on the satisfaction of your patient who is by the way not “your” patient but “a” patient (no continuity in follow up by a given professional). Clearly, there are problems of continuity of care : no continuity of the follow up of a patient by a given professional, no or bad continuity of information within the team at FLHS level or between levels of care (a new policy ruled that the patient’s file must be kept at FLHS level rather than by patient as before, but most of the professionals we met and who adopted this new system said it does not work as they do could not find

the file when they needed it). The majority of FLHS do not ensure a permanence of services whilst apparently this was more frequently the case before the 90s. There are recognised important problems of drug availability. On the other hand, integration of care is generally better than in the private sector through the mix of curative, preventive and promotive care offered.

These different trends between public and private FLHS feed the perception of the patients about the level of quality of care they access, quite often to the advantage of private care. However they are only trends of perceived quality of care and services.

Inequities in access to quality care between public and private appear quite obvious. *Moreover there is a strong and expressed feeling, from a big proportion of the health professionals we met (both from public and private sector), that quality of care and services offered in the public sector is deteriorating. This means that there is a feeling of an increasing gap and growing inequities between public and private sectors.*

Position of public and private sector towards that problem

A private sector without concern for equity

Equity is not one of the objectives of the private sector. The level of fee for consultation and drugs is an obvious obstacle for the majority of the population. Even if some GPs make an effort to adapt their fees to the socio-economic environment, it remains out of bounds for a lot of people. Economic discrimination has developed further during the last 15 years with the deregulation period and the introduction to risk and benefit rating. If the new Medical Act from 1998 has put an end to risk-rating, some degree of benefit rating according to the level of contribution persists.

Discrimination in quality of care can follow economic discrimination. The majority of GPs we met say they offer the same standard of care whatever the financial profile of the patient. However, one of the private GPs (working in an urban context) explained very clearly that they use a double standard according to the financial profile of the patient. Patients who can pay the normal fee for service themselves or who belong to a medical scheme (representing in that clinic 90% of the patients) receive a normal standard of care. The remaining 10%, who seek private care without having MS or being able to afford the full fee for service, receive a lower standard: they are seen in a smaller room, are allocated less time, have no medical

file, and get only generic drugs. It is revealing to notice that those patients are called the “primary health care” patients... and that the physician of that clinic consider this the logical thing.

A public sector with a concern for equity but in a weak position

Equity not being a key value for private sector is not a major problem, as long as there is another alternative offering quality services with a concern for equity. That is why *co-existence of public and private is not a problem as such. It is a problem when the public rationale of the overall system is threatened.* This can happen either when the main provider of care does not follow public rationale, or when a private sector, not being the main provider of care, develops at the expense of a public sector that can no longer secure the public rationale of the system.

In SA, the main provider of first line care in terms of population covered is the public service. As we saw in Chapter 2, the public services went through an ambitious reform process with a concern for equity in access to care for the whole population as a main policy angle. Despite an effective improvement in that domain, we highlighted the general feeling among health professionals about a certain deterioration of the public service. We identified the major constraints as being a probable insufficient allocation of resources, difficulties encountered with human resources management of nurses and the weak public health dimension.

There are also arguments to support the idea that the private sector contributes to weaken the public rationale of the whole system because, to a certain extent, it develops at the expenses of the public sector:

The private sector weakens the public sector through brain drain. This is probably the most obvious problem. Table 7 is illustrative of the scale of the problem. Not only does the private sector drain the vast majority of health professionals (with the exception of the nurses), but it takes away the most qualified. As an example, 43% of the nurses belonged to the private sector in 1998; but among them, higher qualified nurses were proportionally more represented: 50% of professional nurses, 45% of enrolled nurses and 31% of nurses auxiliaries (the less qualified).

The private sector weakens the public sector through 'financial' patients drain, or liquidity drain. These patients could contribute to financially supporting the public sector. This is mainly true for hospital care, as public first line care is free. With the development of private hospitals (see below), a lot of patients with a capacity to pay

contribute to financing private care at the expense of public one.

The private sector weakens the public sector through a concentration of “income generating” patients and sending severe chronic patients who represent a “financial burden” to the public sector. Several doctors from the public service complained about such behaviour.

The private sector weakens the public sector through the development of private hospitals. They have worsened the human resources drain, especially of nurses. Mostly, they have decreased the functional relationships between the two sectors, the private sector becoming more autonomous. As the paper in the Lancet from 1997 highlights: “before 1970, the public sector was considered as rather strong, 60% of the country’s doctors caring for 80% of the population. Respected by private practitioners, the public sector provided expert backup for private patients who suffered complex disorders or ran out of insurance cover”. Thirty years later, 28% of the country’s doctors care for 80% of the population. The public hospital is less and less considered as a back up for private patients. Some complex treatments that were only feasible in public hospitals are now only available in private hospital.

A POOR PUBLIC HEALTH DIMENSION OF HEALTH SERVICES

We will differentiate three important aspects of the public health dimension in the perspective of public rationale: the collective dimension (complementary to the individual dimension), the managerial dimension (complementary to the clinical dimension) and the system dimension.

Complementary to individual care, collective dimension of care involves the notion of responsibility for, accountability towards and dialogue with a given population; it refers also to the necessary links health care should develop with the other health determinants

Complementary to clinical dimension, the managerial dimension of services involves a concern for organisation of health services, for monitoring and evaluating care and service offered, for interaction between different actors.

Complementary to care and services, a system dimension implies a concern for the co-ordination of services and actors in order to optimise the overall product of the system (integrated system).

Those three aspects seem to be rather new to the South African health care system which is more “individually” and “clinically” driven.

In the private sector

This is quite usual in the private sector where there was up till recently no concern for either collective nor managerial dimensions, and little concern for the system dimension. As we saw, this is changing, not as a consequence of a spontaneous interest of private practitioners, but as a consequence of the recent evolution of the private sector. The fight for cost containment and efficiency on the one hand, and the negotiation process with the government to favour a progressive increase of the proportion of population under medical scheme on the other, both push the private sector to introduce a degree of public health dimension to its practice. There is a clear pressure in favour of integrating preventive and promotive activities, evaluating care and services offered, using generic drugs and the development of an interest for health care organisation (network system of managed care).

In the public sector

Although to a lesser extent, the public health dimension of care seems to be rather new for the public sector as well.

In the analysis of the main constraints to the development of a strong network of public FLHS (Chapter 2), we already discussed the weaknesses of the public health dimension, both in its managerial aspects (poor drug and transport management, poor preparation and back up of the new district management teams) and collective aspects (no coverage plan or population of responsibility, no follow up of utilisation or coverage rate, no outreach strategies, no permanence of care, no direct involvement of the community in the management process of a FLHS).

System perspective has always been a problem in SA (cf. Chapter one for the high fragmentation of the system). The comprehensive hospitalo-centric health services set up in 1970 was a first effort. The new policy adopted in 1997 and opting for a unified health care system organised around the development of district health systems has been a major political step taken in that direction. It is difficult and risky to give a general picture on a heterogeneous situation (provinces have an important autonomy in deciding on how, how far and how fast to implement that policy. Indeed the levels of implementation vary a lot from one place to another). However we can identify elements contributing to a poor integration of the system: (i) the weak position of a number of District Management Teams (DMT), which often have not much experience to carry out their new tasks and have not been properly prepared; (ii) the introduction of a break up be-

tween managerial and clinical functions that can easily create (especially with people not experimented) a gap between administration and operational reality; (iii) the “de facto” co-existence of two sub-systems in a number of districts: the DMT and the network of FLHS on the one hand, and the district hospital on the other . Such situations often result from the resistance of hospital doctors in acknowledging the overall responsibility of the District Manager.

The future of the district health system seems in itself compromised as the government already talks about devolution of FLHS to local governments, whilst District hospital would remain under the Provincial Health Office. This means going a step backwards to the administrative fragmentation between hospital and FLHS. Operational integration between the different elements of the system can occur in the absence of administrative integration, but it is likely that this is more tricky to achieve.

Interesting experiences

Obviously, a number of people are aware of these problems and some did interesting work to address the public health dimension of the system.

In Eastern Cape province for example, the Equity project (USAID financing) worked on the notion of population of responsibility and catchment areas. Catchment area exercises have been undertaken and staff from the clinics have been acquainted with coverage and utilisation rate. Another research angle of this project concerns the supervision activity for the clinics, trying to move away from control towards a more supportive approach of supervision. The development of such an activity is essential, for improving quality of care and services, developing collective dimension of care and integration of the system.

At national level, the Initiative for Sub-District Support (ISDS) is worth a mention. It is part of the activities of the Health System Trust (HST), an NGO working closely with the MOH, with as main objective looking at the health care system transformation, to document it, and to build a capacity for health system research. The idea of ISDS came from the observation that the implementation of the new policy encountered problems and that it was crucial to know what these were in order to solve them. One facilitator has been set up in one district of each province in order to observe, give a hand locally to solve practical problems, and to draw lessons to make the necessary changes at provincial or national level.

Nurses and doctors : their role in strengthening FLHS with a public rationale

NURSES AND DOCTORS AS ACTORS

Presently, the health professionals most involved in strengthening FLHS with a public rationale are the nurses: not only are they in charge of the public FLHS, but they are also involved in or in charge of the district management. Even if a growing number of nurses join the private sector, the remaining proportion allows for a good coverage. However, as we stated previously, a number of nurses feel uncomfortable about their new responsibilities and need more support and guidance.

The role of doctors in strengthening FLHS with a public rationale is as we can see very limited for two main reasons. First, unlike nurses, general practice by doctors in South Africa is more and more rooted in a private for profit logic, and a vast majority of them indeed belong to the private sector. This trend applies also to the increasing number of black South African doctors recently trained. Second, a minority of doctors however deliberately choose to work at least part time in the public services, and some are directly involved in FLHS. For some doctors, such a choice corresponds to an activist approach towards their work and the idea of public service. The involvement of such motivated doctors in strengthening the district health system is unfortunately very limited, as their role is generally restricted to pure clinical work.

Over the last 15 years, the evolution of the role of doctors in first line services follows a dual and mutually opposed trend: on the one hand a growing responsibility through the expansion of private sector, on the other hand a decreasing role through the limitation of their functions in the public sector. This limitation results, as we saw previously, from the doctors' own choice, but as well from a broader and more political game between doctors and nurses, black and whites, men and women...

The point is that, by limiting the role of doctors to clinical work, the public sector deprives itself of a precious resource.

ROLE OF FAMILY MEDICINE IN THE DEBATE

South Africa is one of the few African countries where Family Medicine has developed. One could expect this development to bring positive inputs to the practice of first line care by doctors, and maybe by nurses. One of our

arguments for a South African case-study was indeed to get an idea on how far the academic development of family medicine found its practical translation into the reality of first line care.

The general picture: family medicine is a marginal phenomenon concerning essentially private practitioners

Family Medicine (FM) is another specificity of South Africa. The first Family Medicine University Department started in 1967 in Pretoria (one of the first one in the world with Edinburgh and Utrecht). Later on it spread to other universities, and presently all universities have such a department .

However, FM departments are heterogeneous in terms of the principles they adhere to and in terms of the content and pedagogic approach of their teaching. In a majority of cases, FM departments cater mainly for private practitioners or students having just graduated, who follow a post graduate training lasting 2 to 4 years during which they are trained by specialists in order to become a sort of “super GP”. This means a GP who goes into more depth than the average doctor in the different fields of speciality.

So far the FM postgraduate training does not lead to a specialist status. The medical council put Family Doctors on a separate register from GPs, but not in the group of specialists. In practice, doctors trained in FM keep the financial status of GPs and occupy the same posts.

We did not find data on the percentage of doctors with a post graduate training in FM, but it seems to be a minority. This is not amazing as this training investment is not acknowledged through a change in status or function. Many of the doctors we met recognise that so far FM is a marginal issue, both for the doctors and for the South African health care system. The SAMA (South African Medical Association) said there was no pressure for FM to become a speciality as “GPs are not united about the matter”. *Being a marginal phenomenon, one can deduct that FM does not contribute a lot to the strengthening of quality FLHS, mainly if one focus on public FLHS. However, FM departments have a potential of working towards strengthening FLHS as illustrated by the case of FM department of Medunsa.*

Some interesting experiences : the case of Medunsa

Characteristics of Medunsa Family Medicine

Medunsa is a special university in SA: it was the first one to accept black medical students during the apartheid era. The department of FM of Me-

dunsa has also a special place among FM departments, due to its objectives, its target, content and pedagogic approach and its attitude towards nurses. Created in 1976 by people close to the ideas of McWhinney, its objectives were : (i) to demonstrate that FM is not only relevant for the developed world but also for the South context; (ii) to demonstrate that FM is not only relevant for private urban practice but also for a rural environment and public practice.

As a consequence, it was open to private and public practitioners from urban and rural environment. The specificity of its content was the focus put on the relationship patient-doctor, the idea being that the core of medicine is medical consultation, and that the core of consultation is the relation patient-doctor. The concept of patient-centred care and its teaching is central in this FM school. The pedagogic approach is innovative in at least two ways : first, from the beginning it has promoted the teaching of FM by Family Doctors (instead of specialists); Second, it translates into action the idea that the context of teaching FM is at least as important as the content, with the development of on the spot training (FM post graduate is a part-time distance training during which the trainers go regularly to the practice of the trainees for guidance purpose)

An experience relevant for strengthening public first line services

The experience of Medunsa is relevant in strengthening public FLHS for different reasons.

It is an *opportunity to work on patient-centred care*: It is an entry point to work on patient-centred care which is a characteristic of care particularly important for first line care, and one that is often lacking acutely in the care provided, whether public or private.

It *introduces the patient-centred approach in basic training*: The FM department of Medunsa is involved both in pre and post graduate training of FM. Pre-graduate training consists of a 7 weeks block during the last year of medical studies, with on the spot training in nursing teams in health centres, and with calls on general hospitals. The main emphasis is on the importance of patient-centred approach.

It *addresses a mix of private and public doctors in post-graduate training*. Post-graduate training is a 3 year part-time distance training with about 30 new students each year. Even if the proportion varies over time, a majority of post-graduate students in recent years came from the public sector (some are SA doctors, some are foreigners for whom FM training is a way of ac-

quiring a competence that may help them either to stay in SA or to find better job in another country). Although, the percentage of trainees who successfully complete the training is low (around 20%) due to students withdrawing from the course (failure to combine training and professional activity) and the pass rate is only about 60% in the final exam, the number of public practitioners trained in FM is not negligible within the geographical area of Medunsa.

Medunsa FM *department is involved in public FLHS*: A certain number of FM doctors trained by Medunsa or even belonging to the FM department are involved in FLHS follow up, either because they have a post of doctor in charge of the FLHS of a given sub-district, or because they have a hospital post with a role of visiting doctor for a given number of FLHS. These doctors act as trainers as well for the pre-graduate medical students during their FM block.

There is a *willingness to collaborate with nurses*. This is illustrated through:

- (i) The work of visiting doctors who often try to set aside their role of clinician to help nurses with continuous training.
- (ii) A collaboration with the nursing department of Medunsa towards more team work for the training of medical and nursing students. Practically, nursing trainers contribute to the training of pre-graduate medical students and FM trainers contribute to the training of PHC nurses. This collaboration is recent but could be a very interesting opportunity to work on the doctors-nurses relationship and a way of testing in how far Family Medicine concepts may be transmitted to nurses. This avenue has not so far been tried.

Medunsa FM department has a *clear concern for public rationale*: it is one of the few medical actors working on strengthening public FLHS. There is only one limitation: its scope of action remains so far essentially clinically-oriented and not or very marginally public health oriented. The FM department of Medunsa is ready to expand its role as long as it is not at the price of the clinical dimension.

Going towards stronger FLHS with a public interest rationale : possible strategies

The objectives of our South African case-study are 1) to understand the respective role and potential of nurses and doctors towards FLHS as well as the determinants of the situation, 2) to see, in that context, to what extent it is relevant for doctors instead of nurse practitioners to hold clinical position in FLHS, 3) and if not, to find out which strategies could strengthen quality FLHS provided by nurses. We believe that the question of the role of doctors in supporting or delivering first line care is indeed crucial for the development of strong FLHS with a public rationale.

The objective is not to propose detailed solutions to the problems identified, but to shape possible directions that the Belgian development co-operation might consider if it intends to contribute to strengthening FLHS in South Africa. In the South African context, one can detect two main axis of work: strengthen public FLHS, and to introduce public rationale in the private FLHS.

INTRODUCING PUBLIC RATIONALE IN THE PRIVATE FLHS

This could appear as a nonsense up until recently. We think however that this working axis is not to be overlooked because it is likely mid to long term that there will be a growing number of people accessing private care through an increased coverage by medical schemes. The option of a National Health Insurance or of a Social Health Insurance (different from a National HI in that it does not include the whole population) has been the subject of debate for years. The present government seems to be in favour of a SHI and one could consider the Prescribed minimum Benefit system a first step in this direction. The second step would be to force all employees to be covered by a MS. A move towards this has already been made since recently a policy decision was taken requiring all employees above a certain salary level to subscribe to a MS. The third step would be the implementation of a SHI.

One should not dream about a private sector becoming a strong advocate of a public logic. However, to instil some degree of public rationale is possible through regulation mechanisms. As we saw, the situation of the private sector has changed. Private GPs now face increasing constraints due to the progressive market saturation, cost containment and quality assurance pressures coming from the funders, and regulation measures intro-

duced by government. As a consequence, GPs are slowly introducing some public health dimension in their practice, such as development of preventive and promotive activities or the use of generic drugs. Regulation mechanisms for the financing of medical schemes can also strongly influence the orientation of the private sector in terms of equity in the access to private care (community rating contribution being more equitable than risk rating contribution for example).

Further improvement in this direction and a more collective dimension of care in the private sector may be reached through negotiation.

STRENGTHENING PUBLIC FLHS

Working in that direction is absolutely necessary because South Africa is far from being able to give access to private care to the whole population through a National Health Insurance. Geographical and financial accessibility to private care is still out of reach for the majority.

The focus on nurses practitioners as FLHS provider

We have seen the evolution of the role of doctors within the South African health care system. In such a context, to think doctors will become FLHS provider in public service in a short to mid-term is an illusion. The health professionals who will ensure public FLHS in the near future are the nurse practitioners. *Strengthening public FLHS means strengthening the nurse practitioners in their task of FLHS provider.* The weaknesses in the field of Primary Health Care training as well as support and guidance of nurses have been highlighted.

However, it is not because the model of a GP in each FLHS cannot yet be determined in a near future that there is no role for doctors in the FLHS provision in the context of a district health system.

The interaction between nurses and doctors for strengthening FLHS

In order to strengthen nurses practitioners in their function as FLHS provider, two main scenarios can be set out in terms of the type of human resources involved:

Scenario 1: to maintain the present dichotomy between nurses and doctors and keep the overall responsibility of nurses in training and support FLHS nurses as well in managing district health services

Scenario 2: to look for a new balance between nurses and doctors in those functions.

We favour the second scenario and we would foresee three working

axis: 1) To attract doctors in the public sector; 2) To develop team work between doctors and nurses in terms of supervising FLHS staff and managing district health services; 3) To develop Action Research on the privileged role doctors trained in Family Medicine could play in strengthening FLHS nurses.

To attract doctors in the public sector

A public sector providing care cannot do without doctors. Even if the total number of doctors is higher than in a majority of African countries, we have seen that South African doctors increasingly join the private sector. We think the public sector needs doctors, to ensure quality hospital care as well as contribute to the different management teams of the systems at different levels.

To attract doctors, working conditions in the public sector should become at least relatively more attractive. Two different kinds of measures may create favourable conditions:

- (i) Regulation of the private sector in order to stimulate the development of some public rationale and increase accessibility. It will impose choices and options which may indirectly lower the attraction of doctors to this sector.
- (ii) Strong political decisions in favour of the public sector creating better working conditions, more attractive salaries with special incentives for those working in remote rural areas, and a better image of the public sector (good quality hospital care) can increase the appeal of the public sector for doctors.

To develop team work between doctors and nurses for clinical supervision of first line nurses and for the management of district health services

The natural complementarity between doctors and nurses is presently very much under-utilised. However, it should be seen as an asset on which to build. To find a new balance in roles and responsibilities will not be easy as the present situation is rooted in history and oversteps health boundaries. It will only be possible if both groups are ready to share power, acknowledge their respective fields of competence and differences, if doctors accept to consider activities out of their clinical domain, and if the public system can propose as a guideline for the team work a clear vision of the mission for the district health system. Even if it is a difficult and long term process, we saw existing experiences showing that progress in that direction is possible.

To develop Action-Research on the potentially privileged role of Family

Doctors in contributing to strengthen PHC nurses

South Africa has an asset that a lot of other African countries do not have, and that someone intending to strengthen FLHS should not miss: the strong clinical orientation of doctors in general, and more specifically the Patient-Centred care approach developed by Family Medicine departments of some universities such as Medunsa.

A lot of African countries followed an evolution whereby the public health dimension almost took precedence over the clinical dimension, with a lot of emphasis on collective and managerial aspects, the training of numerous public health managers at the expense of clinicians, the exclusive managerial functions of a lot of health officers... up to a point where there are people to manage the system...but not to care for patients! In South Africa, the situation was completely the opposite up till recently, and we think this should be seen as an interesting asset. If we think that the public health dimension of the system need to be reinforced, we agree this should not be done at the expense of the clinical dimension.

The quality of this clinical dimension is the core of a good health care system and within this, one essential quality criteria, the patient-centred approach, is very often acutely missing, leading to a lack of confidence of the patient towards the services and contributing to their under-utilisation .

We saw that the patient- centred approach is central to the training and the working orientation of the Family Medicine department of Medunsa. We think that all the FM departments teaching family medicine with the accent on patient centred approach, could be of great help in training of PHC nurses and in supervising those nurses in their functions of FLHS provider. Doctors trained in Family Medicine have so far no recognised status nor jobs as specialist. Those doctors could play a privileged and recognised role in supervising the clinical functions of PHC nurses with a special emphasis on the patient-centred approach. We think that developing Action Research in that domain could be interesting not only for South Africa but also for a lot of other countries.

A COMMON FEATURE FOR THE DIFFERENT WORKING AXIS: THE KEY ROLE OF THE STATE

Whatever direction is taken, the role of the State will be central, through the political stance taken and the allocation of resources. The State is always a major actor in ensuring a public rationale for the health care system. Without State commitment towards that objective, market laws are likely to drive the system away from public rationale.

Since 1994, the South African government made strong political choices in the health sector : (1) by choosing to strengthen the public sector and making PHC more accessible for the whole population, (2) by deciding to regulate the private sector.

Our impression is that in the present South African context, three central issues have to be addressed by the Ministry of Health:

The *management of human resources in the public sector*: if the trend of health professionals fleeing to the private sector continues, there is a risk for the public sector which will not be able to provide health care any longer because it will not have health professionals to do so. To take strong and symbolic measures to keep and attract professionals in the public sector is crucial. More specifically, doctors should feel welcome in the public sector.

The *ability to negotiate with the medical insurance* in order to instil public rationale in the private sector and to involve public services in the pool of services to which people can have access through MS. Decisions have been taken in this direction.

The *development of a clear vision of what is an operational integrated local health system*. Such a clear vision is lacking for a majority of health professionals because it is a new concept in South Africa, and because it represents an important shift in the organisation of the health care system.

Case study «Thailand»

Introduction

Thailand belongs to those South-East Asian countries experiencing a profound socio-economic transformation over the last decades. Its health care system developed around on a network of provincial and district hospitals delivering good technical quality of care, and first line health services providing mainly promotive and preventive care. The system is strongly hospital-oriented and physician-oriented, with a medical culture enhancing specialisation. While public first line services are usually operated by nurses, doctors are highly involved in first line care through the hospital outpatients department as well as private practice. Private practice indeed progressively developed into the Thai health care system, mainly as after-hours practice. Different types of health insurance schemes were stimulated by the government since the 80s.

Related to the economic boom of the country, the growing hospital technology and the extension of the private health sector led to increasing problems of cost containment and lack of equity. To address those challenges, Thailand embarked into a process of reform, aiming at (i) securing, through a universal coverage, the access of all Thai citizens to a core package of health care, and (ii) operating a major shift in health care delivery, from hospital based to first line based health care system, through a reorientation of first line care towards family medicine.

The objective of the case study was to observe and analyse the reform process, focusing on its health care delivery component, in order to see to what extent the declared orientation towards family medicine could contribute to strengthen the first line health services. First, we look at the evolution of the Thai health care system before the current reform, doing so with a specific focus on first line services and respective role of doctors and nurses. Second, we present the main features of the current reform, focussing on the related changes for first line services. Third we analyse the potential of the present changes for improving the quality of first line care and services. As a conclusion, we highlight the main lessons that can be learnt from the Thai experience.

The observations used as a basis for the analysis took place in March 2002 in a few districts scattered among three of the four regions of the country (Central, Northern and Southern regions).

Chapter 1 – Situation of the Thai health care system before the current reform

Evolution along the 20th century

Until the end of the 19th century, the care providers in Thailand were the traditional healers, village “doctors” using different methods (religious, magic, physical...) to address a variety of health problems. Thailand adopted modern western medicine around 1890, with the establishment of the first hospital and the opening of the first medical school applying modern scientific principles (Roemer 1981). Along the 20th century, the country developed a health care system progressively covering the growing population, and presenting the following characteristics.

A CONTEXT OF GENERAL DEVELOPMENT

Main health indicators have greatly improved in the last decades: life expectancy has increased from 64 years in 1980 to 72 in 1998 (World Development Indicators 2000), infant mortality rate has declined from 125 per thousand in 1960 (Nitayarumphong & Pana-runothai 1997) to 49 per thousand in 1980 and 29 per thousand in 1998 (World Development Indicators 2000), maternal mortality dropped from 36 to 11 per 100.000 live births in a few years between 1990 and 1995¹⁶.

Beyond the obvious contributing role of the health care system, those figures are indicators of a more general development, leading to a deep socio-economic transformation of the country: from a subsistence rural society into a rapidly industrialising economic structure. The government, through the implementation of successive “five years plans”, developed a deliberate and effective rural development policy. GDP increased by approximately 7 to 9% annually during the late 80’s and 90’s, even if the economy took an unexpected down turn in 1996 (Supakankunti 2000). The GDP per capita was around US\$ 5.500 in 1998, and over a total of 174 countries Thailand was ranking 71st for per capita GDP and 76th for the human development index (Human Development Report 2000).

¹⁶ WHO statistics, data reported by Thailand for the third evaluation of the HFA strategy, 1997

The economic boom did not benefit to everybody and the gap between the richest and the poorest increased between 1960 and 1990 (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997). However, everybody was involved and concerned with the transformation of the country. Foreigners who visited Thailand several times during the last decades were struck by the rapid urbanisation of the whole country, the development of transport, communication and all public services (schools, health facilities, public phones...) and the development of technology.

Together with the economic transformation, some indicators illustrate the *demographic transformation* of the country: the population growth rate declined from 3,2% in 1970 to 1,2% in 1995 (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997). The general development of Thailand carries also an *epidemiological transformation*: non communicable, chronic and degenerative diseases are emerging as the new main causes of death.

A HOSPITAL-CENTRED HEALTH CARE SYSTEM

Hospitals, symbol of the modern, scientific and effective medicine, have all along the 20th century been considered as the central element of the system. Hospitals were the place where doctors work, providing curative care, whilst health centres were seen as a makeshift (waiting for more hospitals to be built), for less qualified staff to provide supportive care, essentially promotive and preventive. The progressive extension of health services developed from central to peripheral areas, following the administrative entities¹⁷: first national and regional hospitals with some provincial health centres, later on provincial hospitals with some district health centres, and finally district hospitals with sub-district health centres.

The network of public health services developed as a long term process: in the 1960s total coverage with provincial hospitals was reached (Nitayarumphong & Mercenier) and the present coverage of the whole country with a community hospital in each district and a health centre in each sub-district has been achieved in the early nineties (See table 31).

¹⁷ Administrative divisions are as following : regions, provinces, districts, sub-districts and villages

Table 31. Evolution of the coverage of the country with health facilities between 1978 and 2000

Administrative entities	1978		1995		2000
	Number of admin. entities	Number of health facilities	Number of admin. entities	Number of health facilities	Number of health facilities
Provinces	71	89	76	92 sec & tertiary hosp	92
Districts Pop 20.000 to 150.000	570	317	704	720 community hosp	726
Sub-districts Pop 5.000 to 10.000	5.547	4.047	7.871	8.699 health centres	9.698

SOURCE : Nitayarumphong & Pannarunothai 1997, MOPH 2000

If predominant development of hospitals was a common trend in a lot of countries during the first half of the century, it remained very strong in Thailand until the last decade. More specifically, the movement of Primary Health Care, to which Thailand subscribed in 1980, did not lead, as was the case in other contexts, to a fundamental reorganisation of the health care system. Some major changes were introduced with (i) emphasis on the development of community actors (important development of village health volunteers, village health communicators, family planning field workers, community midwives...), (ii) increased awareness that an extension of health services coverage in rural areas was needed (hence the objective to get one hospital in each district and one health centre in each sub-district), and (iii) reorientation of hospitals towards a higher responsiveness to the community (hence the change of denomination from “district” to “community” hospitals, and the setting of a department of community or social medicine in hospitals). However, these changes did not threaten the dominant position of the hospitals in the system. *The technical quality of care and services provided in Thai hospitals should anyway be acknowledged.*

Nurses and auxiliary staff working in health centres were assigned to provide essentially preventive and promotive care for roughly 75% of their time, and only marginally (25% of the time) some curative care for minor ailments (Pongsupap 1996).

A DOCTOR-CENTRED HEALTH CARE SYSTEM

Within a strongly hospital-centred system, doctors, in charge of the curative care in all hospitals, are key health professionals. Their key role as clinicians is coupled with a key role as managers, as in Thailand hospital directors are doctors.

The evolution of doctors in Thailand followed the evolution of hospitals: their number increased and their profile got increasingly specialised.

Increasing production of doctors

The first physicians trained in Thailand were operational at the beginning of the 20th century. In 1978, 8.469 physicians were officially registered with the medical council and approximately 6.500 were considered to be effectively working in Thailand (Ratio of 1 Dr/6.770 inhabitants) (Roemer 1981). In the following twenty years, the number of physicians was tripled, with 14.350 physicians in 1992, 17.500 in 1996 and 26.225 in 2001. Table 32 gives the evolution of the number of physicians and of the ratio of Doctor per inhabitants

Table 32. Evolution of the number of doctors and of the ratio Dr/ inhabitants from 1978 to 2000

Year	Total population (in millions)	Number of doctors	Ratio of Dr/inhab
1978 ¹⁸	44.0	6.500	1 / 6.770
1992 ¹⁹	55.8	14.350	1 / 3.900
1996 ²⁰	60.0	17.500	1 / 3.400
2001 ²¹	63.6	26.225	1 / 2.425

Such a massive production within the last 20 years was possible thanks to two main measures:

- (i) The development of medical schools belonging to universities in the whole country: from 4 fully operational in 1978 (3 in Bangkok, 1 in Chiang Mai) (Roemer 1981), to 10 in 1996 (Van Dormael 1998) and 13 nowadays. Among them, 12 are governmental and 1 private, and 6 are outside the capital (Sirisup 1999)

¹⁸ Roemer 1981

¹⁹ Srivanichakorn 1992

²⁰ Van Dormael 1998

²¹ MOPH 2001

- (ii) The development since 1995 of several medical schools belonging directly to the Ministry of Health. Those schools propose a six years curriculum as in university schools. The first three years of training (called “preclinical phase”) are organised in collaboration with universities, and the three following years (called “clinical phase”) take place in a Regional hospital instead of a university hospital. The objective of those medical schools was double: (i) to boost the production of doctors; (ii) to reduce the shortage of doctors in rural areas through favouring a rural recruitment of students, hoping they would accept going back to their areas to work as professionals.

A serious geographic maldistribution of doctors is indeed a problem (as in a majority of countries). In 1978 the ratio of doctors per inhabitants was 1/833 in Bangkok whilst 1/23.550 for the remaining of the country (Roemer 1981). The main measure taken since 1974 to address that problem was to condition the medical degree to a compulsory contract of 3 years for the government, the first year being spent in a large teaching hospital and the two others in community hospitals. In 1995, the situation had improved even if the imbalance persisted, with ratios ranging from 1/700-800 in Bangkok to 1/10.800 in the North Eastern region (the most deprived). In 1999, 41 % of the total number of doctors were located in Bangkok (data from MOPH) and rural sub-districts remain the most deprived : in Thepa district (South region) there are, in 2002, 3 doctors for 56.600 inhabitants, hence 1Dr/18.900 inhabitants; In Rasisalai district (North Eastern region) there are, in 2002, 6 doctors for 104.352 inhabitants, hence 1Dr/17.400 inhabitants. There are, however, doctors in all community hospitals (most often three or more).

Specialisation of doctors

A second characteristic of Thai physicians is the importance of specialisation. If specialisation is not mandatory for a Thai doctor, “*it appears to most Thai doctors as a normal step in their career*” (Van Dormael 1998). The proportion of specialists among physicians is still increasing: from 52% in 1992 (Srivannichakorn 1992), to 58% in 2001 (15.203/ 26.225, MOPH 2001). That “specialist” culture seems to have been largely influenced and favoured by the USA, through the massive bulk of Thai physicians who went there to specialise from the 70’s, and who later on became the teachers of the following generations of specialists.

General practice has been set up as a speciality in 1971, with a strong bio-medical orientation and a vision of GP as a “super-specialist”. It has never been very attractive and only a minority of physicians are GP specialists (around 250).

The concept of *Family Medicine* (FM) was introduced in Thailand very marginally in the early 80’s by a Thai physician formerly orthopaedist, who became interested in general practice then in family medicine. He founded a FM unit in the department of community medicine of Chiang Mai university and started to teach FM for under-graduate medical students. Going away from the very bio-medical track of GP, FM put emphasis on family development, childhood, family resources, primary medical care. After a few years, FM was separated from community medicine as the latter was viewed to be more prevention oriented whilst the “Chiang Mai” vision of FM was more primary medical care-oriented, care being here understood mainly in its curative dimension. In 1986, the first FM department of Thailand was then opened in Chiang Mai university. Before the current reform, there was no FM speciality.

A PUBLIC-PRIVATE MIX

Private practice is not a new phenomenon in Thailand. At the end of the seventies already, involvement in private practice, after official working hours, was noticed as a predominant pattern among government doctors in Thailand (Roemer 1981). Twenty years later the pattern remains unchanged: *private and public sector share the same human resources: most of the private practice is an after-hours practice of government doctors*. Mixed public and private activities of doctors seem to be favoured by both doctors and patients. Doctors keep the prestige of their public hospital position (through which they get known) and can follow their patients both in ambulatory (private) and in hospital care, whilst increasing substantially their earnings thanks to the private practice. According to some interviewed providers, patients usually consider it an advantage that the doctor who sees them in first line care will be the one in charge of them if they need to be admitted. We will come back in the next chapter on the more recent evolution of the private sector.

We will now have a closer look at our topic of study: the situation of first line health services and the respective role of doctors and nurses.

Focus on first line services (FLHS)

BRIEF DESCRIPTION OF THE DISTRICT HEALTH CARE SYSTEM BEFORE OCTOBER 2001

We will briefly describe the system as it was before October 2001 when the Universal Coverage Reform was introduced in the whole country. Many aspects of that description still stand true, and we will see in the next chapter the changes due to the current reform.

District Health facilities

Before the current reform, a good coverage of the country with *public services* was already achieved (cf. Table 1)²². There was a community hospital (CH) in each district and at least one health centre (HC) in each sub-district, with however one exception : the sub-district where the community hospital was located had no health centre (where there was a hospital, the presence of a first line health service (FLHS) was not felt as a need).

The *community hospital* (CH) was of variable size (10 to around 90 beds), usually but not necessarily proportional to the size of the population. The staffing, as well as the general level of equipment and activities varied. There was nevertheless always at least one and most of the time several doctors (three or more). A community hospital was supposed to provide second line care (referral consultations and in-patients care including most often surgery) for the population of the whole district and first line care for the population of its sub-district. However, there were no barriers to the access of patients, whatever their geographical origin, to the out-patient department of the CH.

Health centres (HC) delivered ambulatory care for their surrounding population, with a strong emphasis on preventive and promotive dimensions of care. Three to four staff usually worked in a health centre: nurses (most often 2 years trained technical nurses), sanitarians, nurse assistants and midwives. Services provided include curative care for common ailments and different preventive and promotive activities. Management of chronic patients was not allowed at HC level, neither was delivery. Drugs were prescribed and provided by the HC. Permanence of care was not really en-

²² The country is divided into regions, provinces, districts (population usually ranging from 15 to 150.000 inhabitants), themselves divided into sub-districts (population usually ranging from 1 to 10.000 inhabitants).

sured; during working hours (usually from 8h30 to 16h30), staff is often outside the HC for various reasons (activities in the community, meetings ...); after hours, a staff member was supposed to stay available in a house near the HC, but in practice, the effective availability of the staff was not always ensured and the patients did not easily dare disturbing the staff at home. Besides the above network of public services provided by the MOH to all citizens, there were (and there are still) two other sectors. Within the *private sector*, private clinics provide curative ambulatory care, and private hospitals, whose presence at district level is more recent and less important than the clinics, provide out-patients (first line as well as referral) and in-patients curative services. The *traditional sector* remains present with different types of methods.

A fragmented district health system

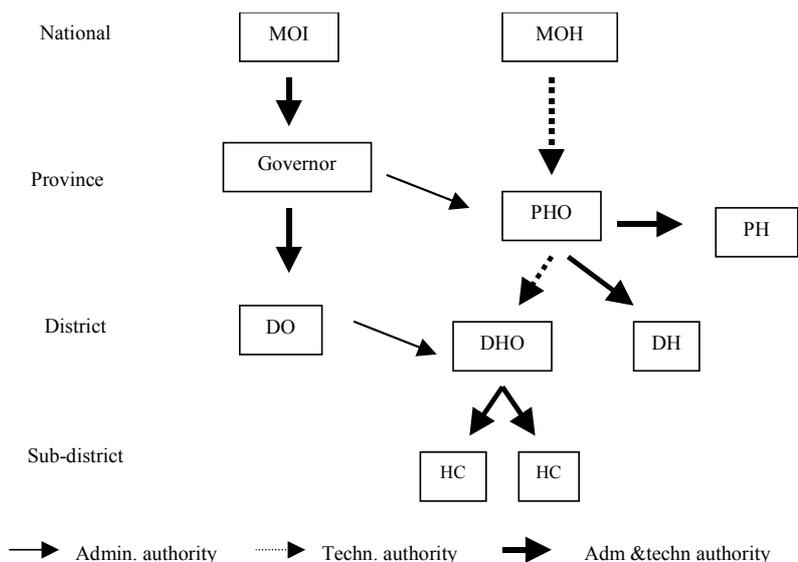
This characteristic remained unchanged within the current reform: the public district health system is fragmented by a *double line of command*²³ (figure 6). The line of fragmentation lies between the hospital and the health centres. *Community hospitals are under the administrative and technical health authority of the Provincial health officer (PHO), whilst the health centres are under the administrative and technical authority of the District health officer (DHO)*. Both district and provincial health officers are themselves under a double authority of the Ministries of Health and Interior (DHO is under technical authority of PHO nominated by the MOH and administrative authority of the overall District officer nominated by the MOI; the PHO is under technical authority of MOH and administrative authority of the Provincial governor, nominated by the MOI). Knowing that the PHO and hospital directors are doctors whilst district health officers are non-doctors (most often sanitarians), the line of fragmentation between hospital and health centres appeared to be coupled with a line of fragmentation between medical managers and non medical managers. That split could be considered as quite coherent within a frame of reference where curative and preventive dimensions of care are clearly separated.

A co-ordination body (the District co-ordination committee) was introduced in the 90's at district level, composed of members from the Com-

²³ This may be a remnant of historical evolution, as before the setting up of a Ministry of Health (MOH) in 1942, the Ministry of Interior (MOI) was in charge of public health matters.

munity hospital management team and the DHO team. This body has no administrative power and the district as a two tier system will only function if the two leaders (CH director and DHO) are willing and able to work together. In our own frame of reference, the present lines of authority are an obstacle to the functioning of the district as an integrated health care system. Another source of poor integration of the local health system is the absence of co-ordination and referral mechanisms between public and private facilities.

Figure 6. Organigram and lines of command involved in the district health system



FIRST LINE HEALTH CARE: SUPPLY, DEMAND, CONSEQUENCES

Before the current reform, a patient seeking first line care could make a choice between different possibilities. He could purchase drugs for self care or go to the traditional healer. Within the public sector he could go to the nearby health centre and be seen by a nurse or an auxiliary staff, or go to the out-patient department of a hospital where he would be seen by a doctor and benefit from a higher technical equipment, but was likely to wait a long time. He could also decide to see a doctor in his after-hours private

practice. Among those alternatives, there were some objective differences such as the geographical accessibility, the level of qualification of the staff, the level of technical equipment available, the financial accessibility, the waiting time... From the patient's opinion on those objective differences, from his subjective perception of the overall quality of care proposed by the different alternatives, and according to his own possibilities and priorities, the patient would make up his mind.

Massive by-passing of health centres by patients who directly access the hospital OPDs was and still is a well known reality experienced for years almost everywhere in Thailand (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997; Thailand's Health Care Reform Project 1996-2001, final report July 2001, annexe 2). OPD overcrowding was felt as a source of frustration by both hospital staff and patients and identified as a factor impeding the quality of care for both out-patients and in-patients.

The following two examples illustrate that reality:

- Rasisalai is a district (104.000 inhab) of the Northeastern region, with an overall utilisation rate of first line health services (HC + hosp OPD) of 2,3 consultation/inhabitant/year. In 2001, 44% of the total curative consultations of the district were provided by the OPD of the Community hospital (normally in charge of first line care for the central sub-district, i.e for 8,5% of the district population). 89% of the people seen in OPD did not belong to the central sub-district and among those, 98% were not referred (by-passers) (Panumaswiwat 2002).
- Nongbualumphu is a district (129.204 inhabitants) in another province of the Northeastern region. It is the central district of the province and the provincial hospital is responsible for first line care for the central sub-district population, first referral care for the central district and second referral care for other districts of the province. In 2000, 84% of the OPD patients did not belong to the central sub-district and among those, 67% were not referred (85% by-passers from the central district and 57% by-passers from other districts) (Saiwongse 2002).

Such figures were common in the whole country and hospital OPD was most of the time the main first line provider of the district. OPD consultations being run by doctors, the role of hospital physicians as first line providers was important.

Besides their hospital function, a lot of doctors also run an after hours private clinic where they act as first line provider. Together with the increasing number of hospitals and of doctors, the number of after-hours private clinics has sharply increased during the last twenty years. Practically, it seems

that where there is a hospital, there are usually private clinics, including at district level.

Different contributing factors to the two mentioned phenomena can be observed. The coverage of the whole country with community hospitals as well as the urbanisation and improvements in terms of transport and communication made the geographical access to hospital OPDs more easy. The development of medical health insurance schemes helped (at least for some of them) to financial accessibility. With the evolution of society, the demand for doctors as first line providers and for a higher standard of care than the one proposed in health centres increased.

The resulting reality was the fragmentation of first line care into preventive/promotive care essentially provided by nurses and auxiliary staff in HCs, and curative care provided essentially by doctors, through out-patient departments and private clinics. Indeed:

- i. HCs were mainly promotive and preventive care providers, and to a lesser extent curative care providers*
- ii. Within the public sector, hospital OPDs, proposing a higher standard of first line care in terms of human resources and technical equipment, were in direct competition with the HCs and often chosen as first resort by the patients.*
- iii. The main function of hospital doctors was in theory in-patient care. In practice, an important portion of their working time was taken by first line care, both in OPD and in after-hours private practice. Within this function of first line care, hospital doctors had competing interests between their hospital work as first line provider and their private clinic.*

There was a big confusion regarding respective roles and functions of the different actors of the system, all of them providing first line care of different types. At HC level, the service was not 24 hrs and the staff was not trained to provide adequate level of curative care. OPDs provided mainly curative care in a logic of hospital specialised care, without ensuring continuous, integrated or holistic care²⁴. Private clinics provided also mainly curative care, by the same hospital doctors. Moreover, doctors who, for a good proportion, were specialist, quite often worked in their private clinic as a specialist and patients chose a private clinic according to their perceived needs. Hence a good proportion of private clinic did not provide ver-

²⁴ We use here a frame of reference whereby health services operate as an integrated health care system centred on permanent, accessible and acceptable services able to provide effective, patient-centred, continuous and integrated care

satile care but specialised care. *There was no tradition and no concept of professional primary care provider in Thailand.*

Chapter 2 – Current reforms

Thailand at a crossroads : some influencing factors preparing the ground for change

As Nittayaramphong & Tangcharoensathien highlighted in their paper (1994), by the mid-nineties Thailand was at a crossroads : the Thai society was undergoing a profound socio-economic transformation carrying consequences for health and health care system. If the country had succeeded to ensure for the whole population the access to a network of CHs and sub-district HCs, new challenges rose up: the epidemiological transformation called for new health care needs; the increasing importance of the private sector, the development of health insurance schemes and the overall evolution of the society modified the demand; the dramatic increase of health expenditure generated questions and fears. New decisions had to be taken.

The Thai health care system is presently undergoing major changes including a move towards universal insurance coverage, an evolution of the relative place of FLHS and hospitals in the system, as well as of the role of doctors in FLHS. We will try to highlight some of the factors we perceive as influential in that move.

FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM AND RAISING ISSUES

«The major source of health care financing in Thailand is household out-of-pocket payment, making up approximately two thirds of total health expenditure. Public expenditure has a decreasing share, and insurance coverage and third party payment are increasing» (Nittayaramphong & Tangcharoensathien 1994).

Development of health insurance

Government stimulated the development of different medical schemes since the 80's. They could be classified into three types (Supakankunti 2000):

- Welfare schemes : the low income and public welfare scheme targets low income families and socially protected groups (elderly and children below 12 years), and the Civil servant and State enterprise Medical Benefit Scheme (CSMBS) provides fringe benefits in compensation for low salaries.
- Compulsory schemes : the Social Security Scheme (SSS) protects workers in firms employing 10 or more workers, for illness not related to

work as well as for maternity, disability and death compensation; the Workmen's Compensation Scheme (WCS) protects workers in firms of two workers or more, for work-related illness.

- Voluntary schemes : the Voluntary Health Card Scheme promotes community development in primary health care and rational use of services via referral chain; Private health insurance protects all people who can afford the premium.

The variety of schemes differ in terms of premium, target groups, package of benefit, accompanying conditions and financing (see Table 33 for the main characteristics of the different schemes).

In 1991, 32% of the population was covered by one of those schemes (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997). By 1995 the coverage had increased to roughly 70% among which only 2% were covered by private health insurance (Supakankunti 2000).

Table 33. Benefit package and financing characteristics of the health benefit schemes (Nitayarumphong & Mills 1998)

<i>Scheme characteristics</i>	<i>Low income & public welfare</i>	<i>CSMBS</i>	<i>SSS</i>	<i>WCS</i>	<i>Health card</i>	<i>Private insurance</i>
Benefit package						
Ambulatory sce	Only public designated	Public only	Public & private	Public & private	Public (MOPH)	Public & private
Inpatient sce	Public only	Public & private	Public & private	Public & private	Public (MOPH)	Public & private
Choice of provider	Referral line	Free	Contractual basis	Free	Referral line	Free
Cash benefits	No	No	Yes	Yes	No	Usually no
Inclusive conditions	All	All	Non-work related illness, injuries, except 15 conditions	Work-related illness and injuries	All	As stated in the contracts
Maternity benefit	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Varies
Annual physical check up	No	Yes	No	No	Possible	Varies
Promotion & prevention	Very limited	Yes	Health education & immunisation	No	Possible	Varies
Services not covered	Private bed, special nurse, eye glasses	Special nurse	Private bed, special nurse	No	Private bed	Varies
Financing						
Source of fund	General tax	General tax	Tripartite contributions, 1,5% of payroll	Employer, 0,2-2% of payroll with experience rating	Household purchase 500 bath + tax subsidy 500	Premium
Financing body	MOPH	Ministry of Finance	Ministry of Labour	Ministry of Labour	MOPH	Competitive companies
Payment mechanism	Global budget	Fee-for-service reimbursement	Prospective capitation	Fee-for-service reimbursement	Limited fee-for-service	Fee-for-service reimbursement
Co-payment	No	Yes, for IP at private hospital	Maternity and emergency services	Yes, if beyond the ceiling of 30,000 bath	No	Almost none
% of total population covered in 1997	41%	11%	7%		9%	2%

SOURCE: Pannarunothai and Tangcharoensathien 1993, Supachutikul 1996 and Tangcharoensathien and Supachutikul 1997.

The private boom

If the last decades could witness the intense effort of the MOH to make accessible to the whole population a network of CHs and sub-district HCs, they could also witness the private sector boom. As we already emphasised, the number of private clinics went increasing with the number of hospitals and doctors. But the recent boom mainly relates to the increasing proportion of private hospital beds. If the total number of beds (public and private) nearly doubled in 15 years (see Table 34), the share of private beds is increasing regularly since the 80's, and exploded the last 5 years (See Table 35), now reaching approximately 25% of total beds.

Private hospitals are in large majority "private for profit" hospitals. They are essentially concentrated in big urban areas, particularly in Bangkok. In 1995, Bangkok concentrated 19% of the total beds of the country, but 45% of private beds (9.074/ 17.972).

Table 34. Evolution of the total number of beds between 1980 and 1995

	1980		1995	
	Bangkok	Whole country	Bangkok	Whole country
Total beds (public & private)	8.741 (15%)	57.542	20.248 (19%)	107.168
Population / bed ratio	343	695	296	550

SOURCE : Nitayarumphong & Pannarunothai 1997

**Table 35. Growth in private sector facilities between 1970 and 1999
(number and per cent of total in 1970-1995)**

Year	Private hospitals	% of total	Private beds	% of total
1970	93	36.6	2.050	5.4
1978	186	29.5	5.842	9.1
1989	354	31.4	12.777	13.7
1999	373	-	31.007	~ 25

SOURCE : Nittayaramphong & Tangcharoensathien 1994, Nitayarumphong & Pannarunothai 1997, MOPH 1999

Among the circumstances favouring the private sector boom are the increasing demand from the patients (mainly but not only from higher income groups), the development of health insurance schemes opened to the private sector, the perceived problems with public services (lack of confidence towards HCs and overcrowding of hospitals) and also some economic measures strongly facilitating the development of the private sector (corporate tax and customs duty exemption by the Board of Investment for private hospital construction, customs duty exemption for X-Ray machines by the Ministry of finance customs duty policy of 1988) (Nittayaramphong & Tangcharoensathien 1994).

Challenges: equity and cost containment

Government became increasingly concerned with two problems: on one hand the lack of equity related to the existing financing mechanisms, on the other hand the steep increase of health expenditures and the lack of efficiency of the system.

If by 1995, around 70% of the population was covered by health insurance, at least 25 to 30%, belonging to the poorest, were still not covered by any insurance scheme (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997). The variety of schemes generated obvious inequities related to the level of contribution and the type and quantity of services people could access. Questions were raised as it clearly appeared that not only the economic boom deepened the gap between the richest and the poorest, but that the system, supposed to secure for all the access to basic rights such as health care, was not redressing those inequalities. Moreover, the extension of the private sector was bearing the risk of an evolution towards a double standard of care: private care for the wealthy and public care for the poor. Pannarunothai & Mills in their paper titled "The poor pay more: health related inequality in Thailand" (1997) drew the attention on the "*inequitable pattern of out-of-pocket health expenditure by income quintile and per capita, the underprivileged being more likely to pay out of their own pocket for their health problems, and to pay out of proportion to their household income when compared with more privileged groups*". They also highlighted that "*the underprivileged were least likely to be covered by government health benefit schemes, in contrast in particular to civil servants, who paid less out-of-pocket and did not contribute to their medical benefit fund*".

The percentage of GNP spent on Health (including private household payments and public health expenditures) has been regularly increas-

ing since 1978 where it was 3,4%. Since 1987, it increased at a higher rate than the growth of GNP (Nitayarumphong & Pannarunothai 1997). The government progressively realised that the type of health care system the country had opted for (a hospital-based and specialist-based system inevitably calling for intensive use of sophisticated equipment and treatment, extension of private sector, development of medical schemes ensuring a high benefit package...) was maybe not the most efficient one. From that moment, discussions on possibly more efficient alternatives became possible.

LOOKING FOR ALTERNATIVES: IDEAS AND FIELD RESEARCH

Influence of some leaders

The strong bio-medical curative orientation of the Thai health care system has been criticised since long ago. Two alternative orientations were strongly advocated by some university leaders and some policy makers from the MOH : the emphasis on preventive and promotive aspects of care, with the slogan "prevent rather than repair"; the central importance of relationship and attitudes in the process of care, of a community approach, of autonomy and participation of citizens.

*Field research : the Ayutthaya research project*²⁵

The Ayutthaya research project²⁶ was initiated in 1989 to assess the situation of the provincial health system and to develop appropriate reorientations of the system to face the growing problems. The methodology chosen was action research. In a pre-operational phase, drawing on the conceptual model of the district health system and on observation of the provincial health care system, analytical hypotheses were formulated about the observed problems: no effective FLHS in the urban area, low acceptability of HCs, functional overlapping among the elements of the system, ineffective referral system and inappropriate management support. In an operational phase, the findings were discussed as well as possible changes for improvement. Interventions started to implement the agreed changes, with a continuous evaluation process.

²⁵ The information regarding that project comes from discussions, Thailand's Health Care Reform project Final report July 2001 annex 2, and the paper from Nitayarumphong & Mercenier (1994)

²⁶ The Ayutthaya research project was a joint project of the Ministry of Public Health, Thailand, the faculty of Medicine, Ramathibodi hospital, and the Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium, funded by the INCO programme. It started in 1989 and lasted until 1996, when it was prolonged in the Health Care Reform project.

Since then and along the research, some new concepts were brought into the reality of the Thai health care system :

An alternative for health care organisation: from hospital-based to first line-based health care system. That concept, included in the primary health care philosophy, had not been adopted as such in Thailand, where it represented a major conceptual shift. The *idea that hospital OPD cannot replace a HC* was put into practice through the creation of an urban health centre in Ayutthaya, besides the hospital (in Ayutthaya as everywhere, HCs were not felt to be necessary where there was a hospital).

An alternative for FLHS mission: the criteria of effective, holistic, continuous and integrated care as core quality criteria for FLHS gave them a new mission, allowing to go away from bio-medical and hospital-centred curative care. The success of the urban HC applying those criteria demonstrated that such first line care could obtain the confidence of the community. It opened a door on possible strategies to strengthen HCs and it was an *entry point for a deeper reflection* (that was carried on in the HCR project) *on family practice* as a way to shift the Thai system from specialist care to family care.

An alternative for the role of doctors: the urban HC staff was led by a doctor, working full time as first line provider. With the exception of Bangkok Metropolitan area where there are some doctors working in big health centres (with a team of around 30 staff for each), it was the first time that a doctor worked in a health centre. This was also an *open door to feed future reflection on the possible role of doctors in FLHS*.

The main strategy used to generate improvement of the health care system was the “demonstration – diffusion” strategy. An urban HC working according to the above concepts was set up as “demonstration” HC. Open and organised for visits and training purpose, it could allow the concept to diffuse within and outside the province. The urban HC of Ayutthaya has been indeed very much visited. Some health professionals have used the concepts in other settings. As we will see below, the health care delivery component of the current reform built a lot on field experience among which Ayutthaya was a major one. The idea that there should be HC as FLHS including in hospital sub-district is one of the key measures of the health care reform. Other aspects of the HC “model” proposed in Ayutthaya have been also included in the reform, even if, as we will see in chapter 3, they have been sometimes misinterpreted.

HEALTH CARE REFORM PROJECT²⁷

The health care reform (HCR) project²⁸ started from the initiative of a few people who identified, starting from their analysis of the health care system evolution²⁹, the need for a reform process. The ambition of the project was to promote equity, efficiency, quality and social accountability of health care delivery, seen as key issues to address the identified weaknesses of the system. The HCR Office from the MOH was in charge of the project implementation.

The progressive awareness that a hospital-based health system coupled with an ever-growing hospital technology and a private boom, were leading to a financial deadlock was an essential trigger mechanism. In that perspective, studies on the evolution of the private sector and on health insurance brought important information.

Three characteristics of the Thai HCR project are worth highlighting. First, the HCR office had a *vision for the health care system*, where re-thinking health care delivery and financing mechanisms were two interrelated priorities (health care delivery being the motor and financing mechanisms a necessary support). Previous experience such as Ayutthaya research project and the Social Security fund reform played a very important role in that reflection. Secondly, the HCR office developed an *original vision of the reform process*, seen not as linear rigid process, but as an open space for thinking ahead, building upon experiences and seizing opportunities, keeping in mind the overall ambition. In the third place, if the HCR process was clearly led from the top, the main strategy was to build upon the *interaction between policy mobilisation* (aiming at identifying, formulating, developing and marketing reform strategies) *and field model development* (aiming at identifying, testing and developing reform in the field).

Along the project (started in 1996 and ending in 2001), the HCR office led a dynamic of reflection, research, experience and debate. From the expressed feelings of different actors, it has been a stimulating mix of top-leadership, large flexibility and autonomy for field actors to initiate different

²⁷ Information regarding that project comes from discussions and Thailand's HCR project Final report July 2001

²⁸ The HCR project was a joint project of the Ministry of Public Health of Thailand through the HCR office, and the Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium associated with the London School of Tropical Medicine and Hygiene and the Edinburgh University and Lothian Health Board.

²⁹ This analysis is related in annex 1 of the final report of the Health Care Reform Project.

kinds of experiences, and efforts to use those experiences to feed the overall thinking through multiple meetings and exchanges... Three big priority areas were explored along the process: financing, health care delivery and civil society involvement.

Two critical points of the project were (i) to ensure the effective linkage and coherence between policy mobilisation and the field model development levels; (ii) to ensure effective linkage and coherence between financing strategies and health care delivery strategies. The latter coherence was thought and worked out, as witnesses the internal strategy document called “The nine ways towards Health Care Reform” presenting the main strategies for those three priority areas and their interaction (see Box 10 with the headings of that core document).

Box 10: The nine ways towards health care reform as formulated in 1998

<p style="text-align: center;">STRATEGIES AIMED AT REFORMING THE FINANCING OF THE SECTOR</p> <p>Strategy 1. Decentralise the management of merged funds Strategy 2. New ways of paying health care providers that provide incentives for quality performance Strategy 3. Universal coverage with national health insurance</p> <p style="text-align: center;">STRATEGIES AIMED AT REFORMING HEALTH CARE DELIVERY</p> <p>Strategy 4. Define the core package of essential care that will be guaranteed to all citizens Strategy 5. Develop family practice Strategy 6. Organise health care providers in networks Strategy 7. Promote quality insurance</p> <p style="text-align: center;">STRATEGIES AIMED AT EMPOWERING CLIENTS</p> <p>Strategy 8. Increase clients’ freedom of choice of provider Strategy 9. Civil involvement in health care</p>

SOURCE : Thailand’s Health Care Reform Project 1996-2001, final report July 2001, Annex 1

- Among the strategies foreseen, some represented major changes for FLHS :
- (i) The idea of universal coverage securing to all citizens the access to a core package of essential care was indeed coupled with a proposed shift from OPD-based first line care, to a model of *family practice* provided by small and decentralised primary care units, emphasising the importance of the quality of the relationship, the notion of a package of integrated care and the role of gate-keeping.
 - (ii) Some major changes were also proposed for human resources, with, as a long term vision, the development of a body of *family physicians* and,

- as an intermediate step, the training of *nurse practitioners* who could ensure family care. The academic development of family medicine as well as alternatives for training family care providers were foreseen;
- (iii) On the financial side, a purchaser-provider split was proposed together with the decentralised management of merged funds (pooling of resources from various funds), the province becoming a purchaser of health care, managing the merged funds allocated by the central level on a capitation basis. In that perspective the primary care providers would be organised in *networks* with or without hospitals, and would be *competing for registration of families and for resources*.

Progressively a movement for reform developed, going beyond the health care reform project. In 1999 a “reform process” was officially acknowledged, and since then the HCR project is one actor among others, even if an important one.

Universal coverage as a political agenda and related changes for FLHS

The idea of health care reform went through three main steps: (i) the HCR “*project*” started as the work of a few researchers and technocrats, and through a voluntary strategy, opened itself to public debate and civil society; (ii) with the official acknowledgement from the government in 1999, the HCR project became part of a wider HCR “*process*”, with the creation of a “partnership for health sector reform” involving a big number of actors, and the continuation of debates on a wider scale in the Thai society; (iii) during the general election campaign of December 2000, politicians transformed the HCR process into a “*political stake*”, some of the proposed strategies becoming electoral issues. That is how the idea of universal coverage, which is one of the “*nine ways*” proposed by the HCR project, became an electoral commitment. With the arrival of the new government, universal coverage, commonly called “the 30 Bath scheme” (see below), became the spearhead of the current health care reform.

PRINCIPLES AND OBJECTIVES

According to Kutzin J (cited in Nitayarumphong & Mills 1998), the principle of insurance coverage is to protect “*against the risk that if expensive (relative to an individual or family’s means) health care services are needed, the services will be available and of adequate quality, and the cost of using these services will not drive the family into poverty. Universal coverage with this effective health*

care risk protection means the extension of these access and income/asset protection functions to the entire population. Defined in this way, universal health insurance coverage embodies important health policy objectives, notably equity of access and good quality care, as well as the broader social welfare objective of poverty avoidance. Thus enhancing the insurance function of health system is a policy objective.”

Among the “Nine ways towards health care reform” proposed by the HCR Office, universal coverage (UC) was one of the three strategies concerning the financing side of the reform. The proposed aim was “to implement the principle of *universal access* of all Thai people to a *core package* of essential health care *through extension of social health insurance* coverage to the whole population. Social health insurance is to combine premiums and government subsidies, progressively merging the different systems and expanding them.” (Annex 1 of Thailand’s HCR project, Final report 2001). The rationale given to justify that strategy was the expected improved equity through increased solidarity and elimination of exclusion.

When the HCR office was assigned by the new government to transform into reality the electoral promise of universal coverage, the above principles and objectives were maintained: a mix of the tax-based Beveridge model and the insurance-based Bismarck model, a progressive approach using multiple funds as a starting point, the aim of providing a comprehensive health care package. In October 2001, the whole country was involved in the UC policy.

THE FINANCING SIDE OF THE REFORM

We will only give here a brief description of the main elements of the reform necessary to understand the related changes for first line services.

At central level no major merging of schemes occurred in a first step.

The existing various schemes are indeed funded by different financing bodies: the CSMBS is funded by the Ministry of Finance, the SSA (SSS and WCS) by the Ministry of Labour and the Low Income and Health Card schemes by the Ministry of Health. Merging funds from different ministries is quite a complex issue, and it has been decided as a first step to merge only the funds coming from the Ministry of Health. A multiple fund system is still in place, with CSMBS, SSA and what is called Universal Coverage or “30 Bath scheme” (including previous Low Income and Health Card schemes). Thanks to the UC policy, everybody now has access to health

care. UC represents indeed an extension of the previous welfare scheme to a much wider group of the population (practically the whole population less the civil servants and employees who have other specific schemes). However, everybody does not have access to the same package of benefit, and the “30 bath scheme” is not used by all those who could use it (some people prefer private insurance).

The funds for UC are allocated from central level to the provincial purchasers on a capitation basis.

Provinces become purchasers of health care with the autonomy to manage their budget. Payment of primary care providers is organised on a capitation basis and payment of secondary care providers on a “Diagnostic Related Group” (DRG) basis.

Providers have to be organised in a Contracting Unit for Primary Care (CUP)

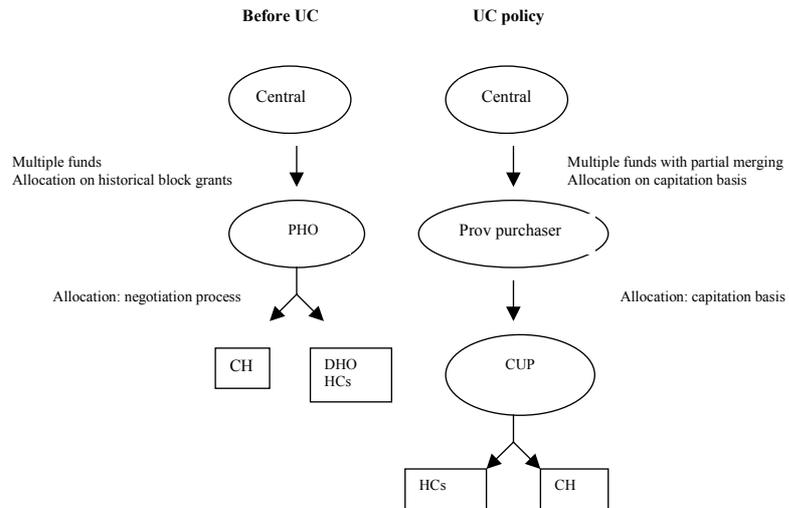
A CUP is a unit that can be contracted to provide primary care. Health services providing primary care must fulfil some criteria to be recognised as a CUP, particularly in terms of human resources: they must have a doctor, a pharmacist, a dentist. Such criteria have different consequence in urban and rural areas.

In rural areas, where qualified staff (doctor, pharmacist and dentist) are only available in hospitals, the health centres must associate with the community hospital to constitute a CUP. In that case most often the CUP is made of the network of public services of the district : one CUP = one district.

In urban settings, the situation is different because there is a higher number of health services, there may be several hospitals in the same health area and there may be doctors in health centres (in rare cases). Hence health services can be shared into several CUPs and each CUP can be made of a network of several HCs plus one hospital or a network of HCs only (if they fulfil the human resources criteria). Practically however, in the vast majority of cases, a CUP is a network of HCs plus one hospital. For example, the urban district of Korat Province has 13 CUPs, the urban district of Hatyai has 5 CUPs.

Each CUP receives the budget from the province and redistributes it to the network. Comparing past and present, the flow of money can be schematised as in figure 7.

Figure 7. Comparison of the flow of money before and with universal coverage



The patient under the UC scheme has to register with a HC.

He will pay 30 bath for each contact at the HC where he registered or at the hospital belonging to the same CUP as his HC. If he goes to another HC of his CUP, he usually pays 30 Bath also (as it belongs to the same budget). But if he goes out of his CUP he will pay on a fee for service basis.

Within the new system, one can notice that : (I) the allocation is done centrally on a capitation basis; (ii) the budget is given to non homogeneous networks of health services (both first line and hospital facilities); (iii) despite a system of registration to a HC the patient remains free to go directly to the Hospital OPD without financial barrier.

A RELATED HEALTH CARE DELIVERY REFORM

As previously highlighted, one of the challenges of the HCR project was to try to ensure an effective linkage and coherence between financing strategies and health care delivery strategies. The UC policy introduced end of 2001 in Thailand carries important changes for health care delivery. The objective clearly spelled out is to strengthen the position of first line services in the system through a major shift: from a hospital-based to a first line-based health care system. We will present below the main changes related to FLHS that have been introduced since October 2001.

The whole population should benefit from a primary care facility and the hospital OPD cannot replace such a facility.

As a consequence, the population living in a hospital sub-district and for whom the hospital was previously providing first line care, should now benefit from a specific primary care facility dedicated to them. Hospitals, through their department of social medicine are responsible to set up these new first line services, and during our visit, they were indeed busy organising and managing them. Different alternatives exist. In some places, the hospital has organised a first line facility outside the hospital compound. In some other places, it is located in the department of social medicine of the hospital. In all cases, it is clearly separated from the general hospital OPD³⁰. The staff working there always come from the hospital.

A given primary care facility should be responsible for a given population.

Directly related to the allocation of resources on capitation basis, registration of patients with a given primary care facility is part of the policy. Health services being organised into CUPs, people have to register with a network of services, and within this network with a specific primary care facility.

The notion of registration is a very new concept in Thailand (it was introduced within the Ayutthaya research project), and from the information we could get, two elements may be worthwhile to highlight: (i) Registration within UC policy is most often an administrative process more than a process of mutual commitment between individuals or families and a given service, (ii) The freedom for the patients to choose the primary care

³⁰ Besides setting up a specific first line facility for the sub-district where the hospital is located, the general OPD of the hospital remains.

facility where they register seems to be limited. In rural areas the patient has no choice at this stage, he has to register with the HC of his sub-district and with his district hospital. In urban areas, people are usually allocated to a given HC and hospital according to an administrative procedure. In some places however, a negotiation process is organised.

Besides being a possible tool to establish a privileged relation between the patient and his HC for the purpose of a better quality of care, registration is a step toward the gate keeping function of FLHS. If this was foreseen in the HCR project, it has not been implemented in this initial phase. The objective to strengthen the position of first line facilities in the system is clearly to reach a step where people would use them in first instance and go to hospital if referred. However, within the 30 bath scheme, patients are still free to use the HC where they registered or the general OPD of their CUP's hospital. The patient will be financially penalised (= paying fee for service) if going outside his CUP. It seems, but the situation may not be homogeneous in the country, that the patient is most of the time not financially penalised when going to another HC of his CUP.

Capacity of FLHS to offer good quality care and solve health problems should be strengthened.

Besides UC and CUP, a third abbreviation has entered the Thai new vocabulary: PCU or Primary Care Unit. If CUP is a cornerstone of the financial reform, PCU is a cornerstone of the health care delivery reform. The idea is to set criteria in order to strengthen the FLHS's capacity. Practically, are considered as PCU first line services fulfilling the following main criteria :

- Population of responsibility of approximately 10.000 inhabitants
- At least one personnel (registered or technical nurse, or paramedical staff) for 1.250 inhabitants (hence 8 personnel for 10.000 inhab) among which 25% at least should be registered nurses (4 years trained)
- If possible one doctor for 10.000 inhabitants or at least one for 20.000 to 30.000 inhabitants (meaning that 2 or 3 PCU can share a doctor)
- Supervision several times a year

The human resources upgrading is coupled with the upgrading of drug lists and technical equipment. Clinical guidelines are in the phase of elaboration.

Up till recently a lot of HCs have populations of responsibility below 10.000 inhabitants, no 4 years trained nurses and no doctor. Health centres only see a doctor when a hospital physician is involved in a supervision

visit, which is not very frequent. To fulfil the new criteria, different measures are being taken.

It is important to notice that the PCU is not conceived as a health structure but as a service. Hence it can take the form of one structure for a population of 10.000 or of a network of 2 or 3 HCs that together cover around 10.000 inhabitants. For example in Korat Province, 350 HCs form 240 PCUs. From the discussion with different actors, reduction of the number of HCs does not seem to be foreseen.

The main difficulty lies with the human resource criteria. Doctors and 4 years trained nurses currently work in hospitals. Acknowledging this situation, it has been decided, as a transitory measure, that a doctor should come at least once a week in a PCU, keeping his hospital responsibilities as his main function, but being involved in one or several HCs. It has been also decided to stop the 2 years training for nurses and to go towards a unique 4 years training track, to favour the upgrading of 2 years trained in 4 years trained nurses, and to send some new 4 years graduated nurses in HCs. Practically, what happens in most of the districts visited is that some hospital doctors and hospital registered nurses go to the HCs for clinical work. The frequency of visits is variable: from once a week to daily visits. In some places, often in the FLHS nested within the sub-district hospital, there is one or more full time doctor. All types of doctors can be involved in HC work, whether generalist or specialist. Continuity of the visiting staff is variable. Sometimes a given doctor or nurse follows a given HC. Sometimes it is a team of different doctors and nurses following several HCs and going to each of them on a given day. In other cases, hospital staff is sent to HCs with a rotation system and there is no continuity in the relation with a HC. In the vast majority of cases, hospital doctors and nurses sent to HCs do what is expected from them: clinical work. Doctors hold the curative consultation and nurses do different activities according to the need. Doctors are especially expected to see the chronic patients (who were previously sent to hospital) and more complex ambulatory cases.

The reorganisation of FLHS in PCU is seen by people working at central level as a first step towards the goal of family practice runned by family physicians. However, its practical translation at the moment is the development, under the leadership of hospitals, of outreaches of hospital staff to HCs on a regular basis for clinical work, coupled with increased inputs in terms of drugs and medical equipment.

The development of a body of Family Physicians (FP) should be organised. In 1999, Family Medicine (FM) was recognised as a speciality. If there are so far only two formal departments of family medicine in the country (Chiang Mai and Ramatibodi), FM speciality is taught in several training centres. To facilitate and boost the development of FP, two tracks have been opened for training: a formal track of 3 years and a transitory informal track. The two tracks lead to the same diploma, but presently, the vast majority of FM specialists are trained through the informal transitory track, as demonstrated below.

The *formal training* started in 2000. It can be organised by the two types of Medical schools (Cf chapter one: some medical schools belonging to universities, and some of those belonging to the MOH, presently Korat and Hat Yai). In both cases, it is a 3 years training, with a common curriculum including bio-medical aspects and a strong orientation towards Primary care and Family practice. If practical training is still strongly hospital based, there is an increasing proportion of time spent for practice in peripheral structures: the objective is to progressively switch from Provincial to Community hospitals, and from CH to PCU and HCs. The practical situation depends on each training centre. In June 2002, a first batch of 7 doctors qualified in family medicine through that formal track. The College of Family Physicians says that in 2002, 110 doctors (for the whole country) registered for the first year of the formal training. The long term plan is to get approximately 50% of family physicians among the total number of Thai doctors.

Besides the formal training, a *fast track* has been set up, as a transitory measure during three years. That track started in 2001 and is open to any doctor, generalist or specialist, with 5 years experience. The candidate needs to follow a short training (a few days) on FM concepts, and pass an exam consisting in an interview on concepts and attitudes, an essay on concepts and case solving, and a multiple choice questionnaire on bio-medical aspects. Several batches are organised each year. Since the beginning of that track, almost 2000 candidates did the exam (186 in June 2001, 535 in November 2001 and 1207 in June 2002). We do not know the exact number who got the diploma, but from the information we got, the failure rate is low (6 out of 186 in June 2001).

UC IMPLEMENTATION

The implementation of the UC policy started in early 2001 in some provinces and was extended to the whole country by October 2001. It was hence a very recent and on-going process of implementation at the moment of our study, with the unavoidable stammering of an initial phase.

Difficulties

From visits of health services and discussions with many health professionals working at different levels of the system, a few elements come out quite clearly as key issues for the difficulties encountered during this implementation phase.

The clear picture of the reform presented by the central level contrasts with the feeling of confusion of many field actors. People have adopted the new terms (UC, CUP, PCU) and apply the new criteria (doctors in PCU, primary care facility in the sub-district area of the hospital) as new rules, but often do not have a clear vision on why these changes were decided and on where they drive at. When discussing with field actors, a lot of aspects, including the financial one, seem very blurred and variable from one place to another. As a result some decisions are misinterpreted: some FLHS are set up in the sub-district area of the hospital but basically work more as an OPD than as a FLHS; doctors are sent to HCs, but more as a hospital professional than as a doctor coming to integrate a HC team. There is an apparent hiatus between the reform designers who have a vision, are ready for action and want to seize the opportunities for implementation, and the other actors who for the majority do not feel ready and fear the “current revolution”.

Confusion related to insufficient preparation of the actors. If the HCR project allowed during 5 years some ideas and discussions to come to maturity, the HCR process was acutely speeded up when becoming a political stake. This has been at the price of an adequate preparation of the implementation phase. Quickness transformed into great haste and some people got lost in the move. Inadequate preparation is really a feeling coming out when discussing with actors at different levels: the feeling that managers have not been prepared enough to handle the important changes both in financing, management and health service delivery; that HC staff have not been prepared for the higher performance expected from them; that hospital staff sent to HCs have not been prepared for specific expectations either;

that hospitals in general are not prepared for the newly imposed changes in financial management.

It is important to make clear that the above general observation does not apply to all individuals. Some managers at provincial or district level (hospital director, DHO or individual health professionals) have a clear vision and an outstanding capacity to analyse the situation. Quite a number of those people have been involved in the HCR project in the “field model development” aspect or in the previous project (Ayutthaya research project) and this involvement gave them an adequate preparation.

Confusion related to a “financing” driven reform. Linkage and coherence between financing strategies and health care delivery strategies was felt both as an objective and a critical point of the reform. Links are indeed visible when looking at the main measures of the reform. However when asking actors at peripheral level what are the practical changes brought into their work by the reform, several people answer that “nothing changed but money !”. These provoking answers witness the more general feeling that the reform is “financing driven” and not “health care delivery driven”.

This could be related to the strategy of the HC reform project, strongly based on the ability to seize opportunities to go ahead, keeping in mind the overall aim. As written in the final report of the HCR project “*The 30 bath scheme has provided a window of opportunity to bring together most elements of the project’s strategic agenda. The downside, however, has been that the efforts of most of the ministry’s cadres have been concentrated on launching this initiative, at times at the expense of or in contradiction with further development of other strategies that required consolidation, such as decentralisation or primary health care*”.

Other people consider that, even before UC became a political stake, the two main components of the reform were not enough worked out in complementarity but rather as two “disintegrated” components, with a stronger emphasis on the financing aspect.

Another difficulty met with the UC implementation is the resistance of those who feel threatened by the proposed changes. This is inherent to the introduction of change. In this case there are strong reactions from hospitals in general and more specifically from some provinces. Hospitals feel threatened by the new financial system. Going from a historical-based budget to DRG (diagnostic related group) based reimbursement is not welcome. It clearly generates a feeling of uncertainty, of insecurity, contributing to the

feeling that one is embarked in something one was not prepared for. This situation is more acutely felt by those provinces with a very high number of health facilities in general and of hospitals in particular. For such provinces, going from a historical budget to a capitation based budget for FLHS, and a DRG based budget for hospitals translates into a dramatic loss of money. This change in allocation of financial resources is a decision where politicians had to go against the resistance of hospitals. As was noticed by an academic personality: "it is the first time in the Thai history that all hospitals have to join a change they do not want under political pressure". It may be interpreted as the political symbol of the shift from a hospital based to a first line based system.

Strengths

The above difficulties should not cast a shadow over the great potential of the Thai reform process. Considering the ambition of the reform, the speed of the move is rather impressive as well as the overall dynamic that can be felt at both central, provincial and peripheral level.

The years preceding the "political" step of the reform have been very rich in exchanges, discussions, experiences ... This is not a lost effort. Ideas had time to mature. Some people acquired a vision for their health care system and are now able to make adequate links between the financing and health care delivery sides of the reform. The reform process also generated working habits where taking initiatives to experiment changes, to adapt policies is something normal and even valued. The impression of confusion related to various interpretations and adaptations can also be looked at more positively as an expression of dynamism and flexibility.

Chapter 3 – Challenges and possible future for first line services and family medicine

Challenges for first line health services

CURRENT REFORM : A POTENTIAL FOR STRENGTHENING FLHS

The present reform clearly expresses views and takes options, supported by practical decisions, that value the role and place of FLHS in the health care system:

- (i) Hospital OPDs cannot replace anymore a first line health facility and everybody will benefit from a geographically accessible first line facility;
- (ii) The “30 bath scheme” policy improve sthe financial accessibility of the FLHS;
- (iii) Practical measures are taken to increase the problem solving capacity and the quality of care provided at HC level (drugs, equipment, human resources);
- (iv) The link between FLHS and hospital is strengthened through the increased involvement of hospital staff in HCs, favouring a better integration of the system;
- (v) The district budget, capitation-based, often translates into a bigger budget for FLHS.

All these changes put the light on FLHS and are a step forward in a long term process involving changes in organisational culture of the MOH and mentalities of people. Decisions are being applied since end of 2001 and since then, there is indeed an impressive fermentation of ideas and action around FLHS.

Consequences of the above decisions on the effective delivery of care at peripheral level are greatly variable according to the understanding of the reform and quality of the team-work. In some places the reform has been used as an opportunity to work on the specificity of first line care, introducing the patient-centred care concept and holistic approach, or organising training of HC staff along family medicine concepts... However in some other places, interpretation and implementation of the new policy sometimes raise questions and perverse effects can be observed. Moreover, some of the measures proposed by the reform itself can be felt as counter-productive for FLHS. As one of our informant expressed it: “if the current policy represents a great potential for the system, its bad implementation

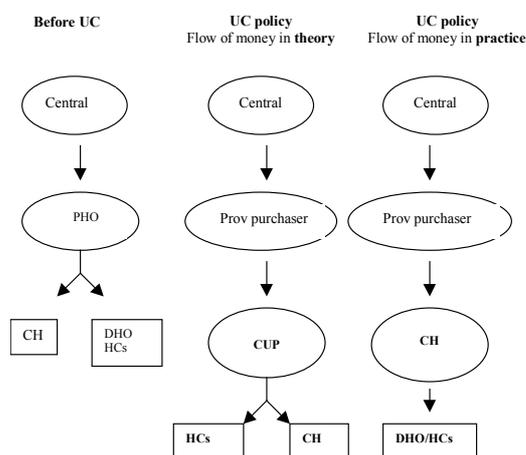
may endanger the system, and there are some worrying indicators”.

CURRENT REFORM : SOME RISKS FOR FLHS

Adverse effects of the hospital’s leadership in the reform

If the new financial flow of money from central to peripheral level most often favours FLHS in terms of quantity of money received, the procedure followed gives the leadership to the community hospital. As illustrated in Figure 7, the allocation of budget is made on a capitation basis from central to provincial level and from provincial to the CUPs. The point is that no management body has been set up for the CUP³¹. At district level there is no single health authority but two : the District Health Officer (not a doctor) in charge of all FLHS and the Community Hospital Director (doctor) in charge of the CH. The Ministry of Health decided that the hospital director would be in charge of receiving the budget and redistributing it within the CUP. The real flow of money differs from what was planned as illustrated in figure 8.

Figure 8. Comparison between the theoretical and real flow of money with UC



³¹ Within the HCR project, decentralisation was one of the important axes of reform, and the idea of an « Area health board » (including local government health authorities, representatives of local government, of professional personnel, senior people, private sector and civil society) that would manage the CUPs was foreseen. But decentralisation did not materialise as a priority issue and no new management body was set up in between.

This procedure is felt as a major problem by a lot of health professionals. The CUP is indeed made of different types of services (FLHS and hospital) having different objectives and interest. Financing procedure should then be very clear to avoid tensions. One can consider that the introduction “de facto” of a hierarchy within the CUP for the financial procedure creates ambiguity instead of transparency. Even if the budget is capitation-based, which normally strongly reduces room for manoeuvre, the hospital receiving the budget is in a stronger position to protect its own interest. As hospitals feel threatened by the new financial mechanisms (DRG based allocation of budget), they obviously have interest to use this procedure as a way to get room for negotiation. On the other side, the District Health Officer loses power as he now depends on the hospital to get his budget. One could talk of a perverse effect here: the CUP is indeed a contracting unit for primary care but ends up under some degree of financial dependence of the secondary care facility.

Some managers at peripheral level took initiatives to try and set up a management body for the CUP in order to clarify the situation. In Korat province, the Provincial chief medical officer has merged the two usual district health authorities in a single one called the Chief Executive Officer (non doctor) responsible for both hospital and FLHS. In Hatyai provincial district, a management structure has been set up for the CUPs, called Hatyai Primary Care Coops, the hospital director being the head of the PCCoops. In a district from Ayutthaya province, a core team was set up as a management structure of the CUP. These are however makeshift solutions as they have no official power, and are only useful if the team-work between hospital director and other actors is possible.

Beyond the financial procedure, hospitals also have a clear leadership in two major aspects of the health care delivery reform: they are in charge to set up a FLHS in the sub-district of the hospital, and to organise the CUPs. The choice again favoured the hospital instead of the district health office. Moreover, due to the increasing presence of hospital staff visiting HCs, the technical link between HCs and hospitals is getting stronger, giving more weight to the hospital in the operational organigram, whilst the DHO responsibility is getting reduced to more administrative aspects. *It then appears that, if the reform strengthens the position of FLHS in the system, it does not reinforce simultaneously the health authority usually in charge of those FLHS but rather reinforces the hospital by widening its managerial responsibility.*

The fact that DHOs usually do not have high qualification (sanitarians, most often) was probably an important element of decision. Nevertheless, the knowledge, opinion and experience of DHOs could probably have been more taken into account, to the advantage of the reform.

Adverse effects of some misinterpretations

Misinterpretation about the use of some quality tools

Some quality tools introduced in the Ayutthaya Research project, such as the registration system and the family files, have been generalised through the reform but misinterpreted.

Registration system : in Ayutthaya research project, the objective of registration was for both HC staff and population to establish a relationship, and for the HC staff to show its commitment to its population of responsibility. In the current reform, the motor of registration is “financing” (a necessity to allocate resources) and not “quality of care”. If people have to register with a given HC, it is most often a purely administrative process and not a communication opportunity. Moreover, financial incentives encourage people to be faithful to a given CUP (they pay more when going out of the CUP) but not to the HC where they register (they do not pay more when going to another HC or to the hospital OPD from the same CUP).

Family files : in Ayutthaya project, family files have been introduced in a few health centres as an important tool for the community approach and for quality of care. It has been evaluated as an interesting tool and as such been adopted in the health care delivery reform. However, within the process of generalisation, family files have often been drained from their content, becoming a mere administrative paper. In places where people are familiar with the Ayutthaya project, family files are used more adequately.

Misinterpretation about the use of human resources

In order to strengthen the position of health centres in the system, improvement of HC staff skills for curative care is seen as a priority. Different measures have been taken to fulfil that objective, the leading one being the clinical involvement of hospital staff in HCs. This measure may have some positive effects: it may increase the technical capacity of HCs and it may convince people to use HC instead of OPD as first contact as they can see a doctor there too. However, the way this measure is implemented in a lot of places shows a deep misunderstanding of the concept of first line care and

may drive HCs away from their fundamental mission.

Hospital staff doing some clinical vacations, on a more or less regular basis, to one or several HCs, without being at all involved in the whole set of HC activities and responsibilities, cannot deliver quality of care as expected at first line level. They provide "OPD like" first line care, for which they are trained. But in such conditions, the crucial and specific function of synthesis (through continuity, integration and patient centred approach) is not likely to be met. Moreover, the lack of permanence of first line services, which seems to be an important criticism of the patients towards HCs, is not addressed by the measures taken. Last but not least, in a context where the lack of confidence of people in HC staff capacity to provide good curative care is indeed a major obstacle to the use of HCs, this new measure gives the message that people are right to think so and that competent people are in hospitals.

In some places where people have clearly in mind the objective of the reform, things can be organised in a more constructive way. We have seen a district where the DHO and a few hospital staff have organised an upgrading program for HC staff with theoretical and on the spot training. When hospital staff comes, they see patients together with the HC staff and do continuous training. But this approach seems rather marginal among the different examples we saw.

The measure, as implemented in many places at the moment: (1) does not provide good overall quality of care to the patients, (2) does not improve the skills of the HC staff (no training done in the majority of cases but mere substitution), (3) weakens the position of HC staff towards the community, (4) and can be destructive for some aspects of the work done by HC staff.

It is a substitution process of first line staff by hospital staff that may lead to the hospital drift of FLHS if it is not used as a very transitory measure. The point is that there is no reason to believe the measure will be so transitory.

Challenges for family medicine (FM)

CURRENT REFORM : A POTENTIAL FOR FAMILY MEDICINE

Ayutthaya research project progressively gave content and credibility to the concept of family practice through field experience : proposing a new balance of care whereby curative care was as important as prevention and promotion (as an example, curative care was extended to the management

of chronic patients), balancing bio-medical and psycho-social aspects of care through a holistic approach, putting into practice organisational tools to support the quality of care and services (registration system, family files and operational cards, home visits, co-payment of care), and introducing the idea that a doctor could be in charge of public FLHS.

The HCR project brought the concept of family medicine to the political agenda, promoting the idea of future first line medicine provided by Family physicians (Cf chapter one : the «nine ways towards HCR»).

Looking at facts, Family medicine is indeed making clear progress in the Thai environment:

- (i) Family medicine nowadays belongs to the Thai health vocabulary.
- (ii) Health policy makes explicit links between Universal coverage, FLHS strengthening and FM development .
- (iii) The perspective of going towards doctors working as first line providers belongs to the official views disseminated in the country.
- (iv) The experience of Ayutthaya gives substance to the concept and is used as demonstration and training centre .
- (v) Under political pressure, FM made an academic breakthrough during the last 5 years, and is now recognised as a speciality. A pool of certified FM specialists is developing quickly (mainly through the fast track; cf chapter 2).
- (vi) In Thailand, patients are quite strongly used to see a doctor as first line provider, in hospital OPD or private practice. The presence of a doctor in public FLHS may trigger patients to use HCs as first contact. From discussions, it seems that patients come in higher number when a doctor visits the HC, and it would be interesting to investigate the matter, to know how far the presence of a doctor changes the utilisation of HCs.

The present favourable context for FM development represents a striking change when one remembers that not more than ten years ago, the idea of doctors as public first line providers was “a priori” rejected. However that positive picture needs to be balanced.

CURRENT REFORM : RISKS FOR FAMILY MEDICINE

A risk of low credibility due to the informal track.

There is presently a double standard of Family Physicians due to the two training tracks. The vast majority have so far followed the “informal” track. If that track allowed the quick development of a pool of FM specialists, one can worry about its consequences on the overall credibility of FM speciality.

Within the informal track (cf chapter 2) the only condition to pass the exam is to have 5 years of professional experience (most often the experience of a hospital specialist), and to follow a few days of training. The failure rate to the exam is low. A majority of doctors being already specialist follow that track. Meanwhile, the formal track gives a specific theoretical and practical content along a three years training.

The existence of a double track with such a gap in terms of content practically means that the diploma does not guarantee a common body of knowledge and competence. Even if the informal track is clearly said to be a transitory measure for 3 years, the image of FM may suffer from that first phase of development. A strategy of “a minima” training can be acceptable as a transition makeshift in a context where a drastic and quick change has to be operated and imposes the quick training of an important pool of people. This is not the case in Thailand as there is no precise and short term plan for the use of those family physicians.

The absence of connection between the development of FM and the strengthening of public FLHS.

The second disappointing fact is indeed the lack of relation between the development of FM and the strengthening of FLHS. On one hand most of FM specialists do not work in FLHS, on the other most doctors involved in FLHS do not practice as family physicians.

Hospitals usually try to get some FM specialists for the PCU of their sub-district (for which they are responsible). But FM speciality is not taken into account as a criteriaon for the majority of hospital doctors sent to FLHS for regular visits. As a consequence, FLHS so far do not globally benefit from the potential of FM concepts.

This leads to the question of the motivations of doctors to become FM specialists. These seem to be various. A minority intend to work in PCU, some do it under pressure of the hospital direction who wants to have some FM specialists for its PCU, some want to protect themselves within the movement of reform (as the MOH put a lot of emphasis on PCU, FLHS and FM, they think that FM may become a mandatory step to access some functions or progress in their careers), a lot are said to do it for the interest of their private practice (FM can greatly help specialists in their role of private first line practitioner), some older doctors who feel tired with their speciality (surgeons, obstetricians...) also try FM.

Underlying questions

Thinking about challenges of current reforms for first line services and family medicine raises at least two underlying problems. One is conceptual and relates to the interpretation of FLHS and FM concepts. The other is more political and strategic and relates to the existing gap between model and reality.

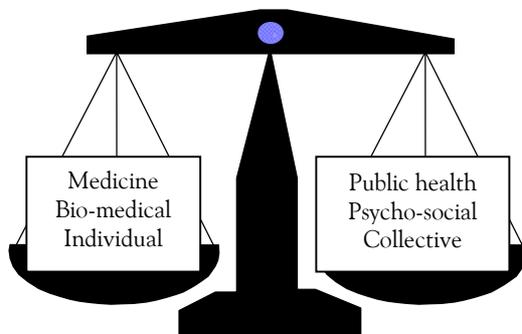
WHICH CONCEPT OF FLHS AND FAMILY PRACTICE ?

We saw that if many ideas and tools advocated by the reform have a great potential to strengthen FLHS and develop family medicine, they do not always reach the aim. Beyond constraints related to political tensions between different actors or practical organisational difficulties, there is some underlying confusion about the concepts of FLHS and Family Practice.

Coexistence of different models

If FLHS and Family Medicine are fashion words nowadays in Thailand, different people clearly have different models in mind. What mainly differs is the relative importance attached to medicine and public health, bio-medical and psycho-social, individual and collective aspects of care. Tensions between those different dimensions of care are usual and it is for each country to find its own balance and articulation, taking into account socio-political context and history, evolution of health care system and society. If no explicit consensus is found, different models coexist and generate confusion, which is the case in Thailand.

Figure 9. Which balance between different aspect of health care ?



For FLHS, there is a confusion between :

- (i) On one hand the prevailing model before the reform, where there is a clear separation between curative and preventive activities and where the essential responsibility of FLHS is to develop promotive and preventive activities.
- (ii) On the other hand the model promoted by the current reform, where the system is organised around decentralised and versatile first line services. These FLHS should be able to provide an answer to most of patients' health problems through an offer integrating curative and preventive services.

When visiting HCs, some staff explain that the main role of FLHS is to provide preventive and promotive care through a good relation with the community, whilst others claim the priority for FLHS is curative care.

For *Family Medicine* there is also a confusion resulting from the confrontation between two models:

- (i) On one hand the prevailing model before the current reform, where general practitioners and family physicians were defined from a hospital bio-medical perspective and seen as "super" or "multiple" specialists;
- (ii) On the other hand the model of FM as it has been progressively defined and refined by number of countries. This model highlights the specificity of FM that determines its field of competence, both in terms of content and approach. This model was introduced in Thailand through different experiences (Chiang Mai development of Family medicine, Ayutthaya research project...) and promoted by the current reform.

Additional factors of confusion

From observations and discussions with health professionals, we identified two important elements adding confusion to the coexistence of different models .

Confusion about the relative importance of preventive and curative care at system level and FLHS level

The main problems identified within the Thai health care system at the early stage of the HCR project were problems of equity, quality, efficiency and social accountability. One of the main criticism was that the system was too much hospital and curative-centred and not enough patient-centred and FLHS-centred. In order for FLHS to take up a new and central role, strengthening their curative capacity was felt as essential.

The idea to go towards a less curative oriented system was not new. A movement emphasising preventive activities, collective dimension and community approach started in Thailand with Primary Health Care in 1978. It translated into the development of departments of social medicine in hospitals, of community departments in universities, of community actors in the villages, and of health centres essentially devoted to prevention and promotion. This movement was strongly advocated up till now by some university leaders. The reform kept the idea to go towards a less curative oriented system, but chose as its main strategy to operate a shift from a hospital based to a FLHS based system.

The idea to strengthen the overall position of FLHS in the system through different measures, a key one being to reinforce their curative capacity, was new. It was advocated by some MOH cadres, experimented in the Ayutthaya Research Project and taken over within the HCR project.

The apparent but false contradiction between the need to reinforce the preventive and promotive dimension of the system and the simultaneous need to reinforce the curative dimension of first line care seems to be an important source of confusion for health professionals at peripheral level.

Confrontation of a hospital culture with primary care and family practice concepts

If the reform aims at strengthening FLHS, the main actors leading its implementation are hospital staff and managers.

The vast majority of health professionals working in hospitals are not familiar with concepts of primary care and of health systems. Their interpretation of the new policy is strongly biased with their own frame of reference, experience and organisational culture. This generates distortion between the content of the policy and its implementation (such as the organisation of the PCU of the hospital sub-district merely as an OPD). When doing outreaches in FLHS, hospital staff are essentially concerned with curative care whilst HC staff still often feel essentially concerned with preventive and promotive care. This can lead to an increased fragmentation of care and add to the conceptual confusion related to the content of primary care/ family medicine.

Beyond the hospital staff, all health professionals in Thailand come from a hospital-centred culture. If some policy makers are familiar with the concepts of primary care, family medicine, integrated health system, and have a theoretical vision of a FLHS-based system, they do not have a prac-

tical experience of it and may feel sometimes torn between the theoretical vision they advocate and their professional culture. The same goes for members of academic institutions for whom the difference between the previous GP (“super-specialist”) and the Family Physician as now envisaged is not always so clear cut.

Very few health professionals seem to have a deep understanding of FM, meaning having internalised the theoretical concepts through direct experience of the practice itself. The essential idea that bio-medical and psycho-social, individual and collective aspects of care are not alternative options for care, but rather different dimensions of care, and that the point is not to make a choice between them but to articulate them in the consultation process and service provision, is far from obvious for everybody.

The health care delivery reform is ambitious because it aims at changing the organisational culture of the health care system. This obviously takes time and meets with difficulties. Continuously clarifying aim and strategies, making explicit the existing source of confusion and clarifying them is important. For that purpose, communication, discussion and debate between policy makers and different actors need to be sustained. Giving more attention to non hospital professionals such as district health officers, health centre staff and professionals having specific experience of FLHS and family medicine may also be very helpful to avoid the risk of a «hospital drift» for FLHS.

HOW TO DEAL WITH THE GAP BETWEEN MODEL AND REALITY ?

The gap

The model used as a compass by the health care reform includes, for what concerns FLHS, the notions of (i) first line based system, (ii) family practice as model of first line practice and (iii) family physicians as first line providers.

The reality in this early stage of reform is (i) an effectively increased importance given to FLHS in the system, (ii) nurses remaining first line providers, with the support of visiting doctors for curative care, and (iii) a marginal connection between family medicine and FLHS strengthening.

Factors contributing to the gap

Many reasons can contribute to the observed gap between model and reality. Some have already been discussed earlier.

Initial phase

The reform is in a very early phase, and ambitious objectives cannot be met in a few months.

Insufficient preparation and conceptual confusion

There has been insufficient preparation of the implementation phase, and *more specifically the lack of clear intermediate steps* to pave the way (of which HCR Office is well aware). This is more acutely felt for the Human Resources dimension of the reform. If Thailand is aiming at doctors as primary care providers, different questions need to be addressed to go forward: how is this going to be achieved? What are the expected potential and risks related to that change? What are expected obstacles and constraints? Which steps should be foreseen to reach the objective? What will be the consequences on the nursing profession? The insufficient preparation led to some degree of “crisis management” that contributes to the gap.

Conceptual confusion about FLHS and FM, and a lack of global vision of the model at peripheral level also contributed to the observed distortion of some ideas and strategies.

Resistance to change

Any change has at least always one effect, that of generating resistance. Resistance can take very different forms according to the context. In Thailand, resistance may be less apparent than elsewhere, because hidden by an amazing dynamism which is probably the most striking element at first glance. Talking about the difficulties met with the on-going reform, health actors at various levels easily speak of the reactions of hospitals (mainly big ones) feeling threatened by the fundamental switch proposed by the reform. *However, another essential point has to be considered to understand the gap between model and reality: the symptom is doctors' passive resistance and the issue is the relation between human resource management and public/private mix.*

If the objective to have doctors as primary care providers belongs to the speech, it is obviously still quite far from people's mind. A lot of people claim it but visibly do not believe in it. Some say they agree with the aim, but consider it as a mid to long term objective, because it cannot be met overnight and/or because there are not enough doctors. Others say a doctor has better things to do than to work at FLHS level. We also met several doctors, having or not the FM speciality, who work in PCU, seem to enjoy it and want to work full time in PCU. So far they represent a minority.

Doctors can have several reasons not to feel ready to work as primary care provider. They belong to a hospital-based culture and have been trained to work in hospital (this will become progressively less true as FM has been introduced in the pre-graduate curriculum also). They may not want to live in rural areas where a lot of FLHS are located. Last, but not least, it is not in their interest to do it. *The development of family physicians as public first line providers will generate a double competition.*

Competition between public and private practice : there is an obvious competing interest between the development of doctors as full time public first line providers, and the “after hours” private practice of many hospital doctors. The more there will be public first line doctors, the less there will be room for hospital doctors to have after-hours private practice, which often represent the biggest portion of a doctor’s income.

Competition between family physicians and other specialists: the development of family physicians who would become the “natural specialists” for first line care, would be in direct competition with the private practice of hospital doctors. The high number of hospital specialists who now follow the informal track to get the FM diploma can then easily be understood as a strategy to protect their private practice.

The public-private mix is without doubt a central issue of the Thai health care system. If up till the last decade, the development of the private sector did not endanger the whole system, the speed up of its growth in the last decade may be a source of anxiety. A private hospital boom has been clearly observed and quantified (Cf. Chapter two). There is no clear measure of the phenomenon for ambulatory care, but there is a consensus on the observation of a double trend: the increased number of doctors having “after-hours” private practice, and the increasing proportion of time spent by these doctors in their private practice. The development of health insurance schemes allows a growing proportion of people to access private care. Nevertheless, all Thai citizens do not have access to the same package of benefits. Universal coverage only gives access to the public services where people are registered, whilst CMSBS and social security schemes allow access to public and private services. In fact, universal coverage could give access to private services if private clinics would join a CUP. Private clinics would then have to follow the same rule as for HCs, i.e. to be paid on a capitation basis and receive 30 baths from the patient for each curative contact. So far, private clinics are not interested to join the CUP. On the other

hand, many people from middle class, who do not benefit from CSMBS or Social Security schemes, take a complementary private insurance to get the freedom to choose their provider (public or private).

The balance between public and private sector could then move towards the “red zone”, where development of private sector may go on at the expense of the public sector (private providers using public service as a basis for recruitment, use of public equipment for private sector, brain drain), and mainly at the expense of equity, efficiency and solidarity. In such a context, the proposed health care delivery reform puts the finger where it hurts. Here again, making explicit the resistance areas, organising debate to discuss that fundamental issue may be necessary to be able to go ahead and find options that would secure equity, quality, efficiency and social accountability, whilst being acceptable for health professionals.

Perspectives

The idea here is not to draw recommendations (this was not the aim of our study), but simply to prolong our analysis with the identification of important working tracks.

SECURING THE GUIDING VALUES

In a period of important change and unavoidable confusion, a crucial role of the MOH is to secure the values that guided the HCR process : equity, quality, efficiency and social accountability. The idea that the social aim of the health care system is “non negotiable” is central in that discussion.

CLARIFYING THE CONCEPTS

There is a need to clarify, taking into account the specificity of the context, the content Thailand wants to give to the concepts of family practice and first line services. As said earlier, making explicit the non-opposition between the simultaneous need to go towards a less curative-oriented health system and a more curative-oriented first line care would probably be helpful. Discussing on how to optimise the articulation between bio-medical and psycho-social, individual and collective dimensions of care may also be useful to allow health professionals from different “organisational cultures” (hospital and FLHS) to get a shared and coherent vision of where they are supposed to go together.

Using field work is an effective means to clarify concepts. Good field experiences can be used as “role model”. This is particularly relevant for new concepts such as family medicine, because it allows professionals to put a practical picture on a concept and to discuss it in a given context. Some experiences could help to clarify the usefulness of FM concepts in FLHS, and/or feed the discussion about the desired type of FLHS. Confusion and misunderstanding could probably be partially alleviated if those experiences were used as role models. An effort has been made in that direction with the experience of Ayutthaya, that has been effectively used for visiting and training. We could see that health professionals who had worked in Ayutthaya for some time could use that experience as role model and were able to adapt it elsewhere and better seize the opportunities of the reform and the “model” they had seen. However, if foreigners (China, Laos, Philippines...) usually come for one week or more, Thai health professionals most often come for one day “fast” visits, that do not allow to go into concepts nor training. This is improving with the involvement of Ayutthaya as demonstration site for the training of FM residents, but there is still a lot to gain from Ayutthaya and other experiences.

CHOOSING AMONG ALTERNATIVE OPTIONS FOR HUMAN RESOURCES

Human resources are, as so often, a crucial issue for the reform. The issue Thailand is confronted with is not one of a deep overall shortage of human resources. *The issue is which staff is best fit for which type of service?* The question of human resources can indeed only be tackled once there is an agreement on what is expected from first line services. According to that shared vision, the most adequate staff can then be thought of.

Thailand aims to pass an important milestone when fixing the goal of doctors as first line providers. However, as previously discussed, reality is far from the goal and doctors’ minds do not seem mature for such a change. Moreover, no transition period has been organised to allow a constructive progression towards the final goal. At this stage it may be worthwhile to re-explore carefully the feasibility of having doctors as first line providers and in how much time. According to the answer, two important options may come out: (1) doctors as first line providers are the top priority and this should be achieved as soon as possible; (2) strengthening FLHS is the top priority. It can be achieved through different strategies, doctors as first line providers being a long term goal.

Option 1: Doctors as full time first line providers is a top and urgent priority.

The MOH could take that option, considering that it is an inescapable measure to change population behaviour towards health services. The massive influx of doctors as first line providers may indeed provoke a change in health seeking behaviours. We can, however, foresee, from the present situation, important difficulties. Some of the main issues to deal with would be:

- Which type of doctors would be targeted: family physicians in priority but not only in a 1st step, and FP only in a 2nd step, when the pool would be big enough ?
- Which measures should be taken to attract enough doctors to come and work in FLHS ? (there are around 10.000 HCs in the country)
- How to deal with the public/private competing interest of doctors ?

An option would be to maintain the possibility of “after-hours” private practice (making sure they remain “after-hours”) but to progressively restrict the private practice work to the field of speciality (cardiologists would be allowed to have private consultation in cardiology only, endocrinologists in endocrinology only ... and family physicians in family practice only).

It has been envisaged at policy level, to propose to hospital doctors having after-hours private practice to become “contracted” full time public first-line doctors. They would keep their private status, be asked to provide a package of activities in line with the agreed concept of FLHS, and would be offered financial conditions that would allow them to keep a comfortable income.

One has to be aware that the option 1, taking into account the present existing resistance of doctors to work in FLHS, may have a big problem of feasibility, or lead to the privatisation of FLHS. In the latter case, the guiding values of equity, efficiency and social accountability need to be carefully looked at.

Option 2 : Strengthening FLHS is the top priority and different types of strategies are possible

Nurse-Practitioners (NP) could be in charge of FLHS. This would correspond to an up-grading of the level of qualification of nurses (from 2 to 4 years trained) and to a more adapted profile of staff, as nurse-practitioners are nurses trained to be able to hold FLHS including curative consultation.

This obviously supposes a major re-organisation of nurse's training (opening of a specific track for NP, or introduction of change within the present 4 years track with for example 2 years of common track and 2 years of either hospital track or first line track)³². If family practice is kept as the model of practice for FLHS, it is essential to train nurse practitioner along those lines. In this option, family physicians could logically find their place in the system through support of FLHS (support being understood here not as visiting HCs to do clinical work, but to discuss with the staff on the basis of their practice, do on-the-job training and bring their own experience of family physicians to help solving some problems). The effective support of FP to NP will be a key issue to gain the confidence of a population used to bypass HCs. Family physicians could also be in charge of the hospital referral consultation and of urban FLHS.

The option of nurse-practitioner could be seen as a strategy per se or as a first step, waiting for a pool of well trained family medicine specialists to progressively take over FLHS from NP. In that case, the end result would be the same as for option 1, but the progressive approach would probably be more easily accepted by the professionals. Being in charge of a HC as nurse practitioner may be felt as a promotion by nurses, and doctors would not feel under too high pressure to join FLHS. The feasibility would depend a lot on the capacity to train adequately nurse-practitioners and simultaneously to foresee what will be the future of those nurse practitioners when family physicians would take over.

That more progressive approach would also allow to prepare the ground for family practice in better conditions. Considering the present trend where women now represent the majority of medical students, hence most likely will constitute the majority of family physicians, it may be very well possible that they develop an interest for the work in FLHS (as it has been the case in Cuba). Possible solutions for the difficult issue of public/private mix may have also more time to mature in this option.

The assumption for the first step of the option 2 is, however, that nurse-practitioners will gain the confidence of the population, which is not obvious.

³² Some short training courses for nurses started recently, oriented towards PHC and family practice concepts. However, our impression is that a nurse-practitioner able to hold a FLHS with the level expected, to work along family practice lines and to gain the confidence of the population calls for a deeper re-orientation of the nurses' training.

In fact, the option of nurse-practitioner as an intermediate step before family physicians was proposed within the strategies of the HCR project. But it seems that on one hand the issue was controversial (NPs would be senior nurses who would not be ready to go and work in HCs), on the other hand the speeding up of the process of UC policy did not leave time to prepare that option adequately. Taking time to redefine precisely objectives and intermediate steps and to take the necessary measures to implement those steps in good conditions is probably necessary.

CAPITALISING ON FIELD EXPERIENCE

We have already highlighted the potential of field experiences for concept clarification. More generally, there is room to strengthen the role of relevant field experience as a powerful tool to guide the implementation of a complex reform process, and to stimulate positive dynamics. There are interesting experiences in various domains regarding the content of FLHS and FM, training of professionals in FM, methods and tools for strengthening solving capacity of HC staff, improvement of co-ordination mechanisms at district level, a managerial body for the CUP... There is a concern from HCR office to know relevant field experiences, but the use of those experiences as a tool to refine and guide the reform implementation remains weak.

An increased presence of policy makers in the field is necessary for them to get a real perception of what happens, identify relevant experiences, and discuss with field actors their follow-up and evaluation.

ADDRESSING THE ISSUE OF THE HEALTH CARE SYSTEM FRAGMENTATION

One of the weakness of the Thai health care system lies in the absence of structural integration between HCs and hospital. HCs are under the administrative and technical authority of the District Health Officer (DHO) and the community hospitals under the administrative and technical authority of the Provincial Health Officer (Cf chapter 1). In such a context, the capacity of the district to function as an integrated³³ health care system (which is a major quality criterion for health care systems) is subject to the goodwill of those two persons. This fragmentation could still be argued as logical when there was a clear separation of curative and preventive activi-

³³An integrated local health system is a system working as a complementary and coordinated whole.

ties. With the reorientation of the current reform and the increased role and responsibilities of the FLHS in the system, it becomes increasingly difficult to justify such a fragmentation. We noticed that the implementation of the reform has consequences on the relative power of the DHO and the community hospital director, in favour of the latter. However, the reform did not so far address the problem itself. There is a need to think about it as well as about the possible role for the DHOs.

Conclusion : Lessons from Thailand

To conclude we will highlight three aspects of the Thai experience that may be useful for other contexts: the quality of the Thai health care reform process, the necessary links between financing and health care delivery components and the strength related to the wealth of human resources.

Quality of the Thai health care reform process

What is interesting and quite crucial in a reform is not only the effective decisions and measures taken, but also the process that led to those decisions and measures. We have been critical towards some measures taken within the UC policy. These measures have an important impact because they introduce changes at country level. However, a decision taken at a given moment of a reform dynamic should not put a shadow on the dynamic itself.

The main lesson from the Thai health care reform concerns the interaction between central level and field experiences : central level takes the lead, but relates with and relies on field experiences. Central level gave the impulse but without rigid rules. No precise instructions were given but a general direction : primary health care development and universal coverage. Within that direction people could try different ways, give emphasis to different aspects... Central level relates with the field through a central unit, the HCR Office, who stimulates field experiences and ensures the coherence between the vision developed at central level and the ideas and lessons coming out from the field. Initially field experiences were developed in 5 provinces, and other provinces joined the process along the way. Some previous experiences such as Ayutthaya played an important role as they were proposing a possible model for first line and family medicine that could be tried and adapted elsewhere.

Lots of meetings and exchanges allowed communication between central level and field work, and between field actors. That process stimulated working habits where taking initiatives to experiment changes, to adapt policies is something normal and even valued. This is now part of the professional behaviour of a certain number of provincial and district managers and it is an asset for the country. That process of multiple and multidirectional experiences also generated some confusion. But the

strength of the central level was to keep the line, building up consensus meeting after meeting, allowing flexibility to generate original solutions and trying to seize the opportunities that could help the whole process to go ahead.

Acknowledging the interest of that process, we think it is crucial also for the implementation phase of the reform to sustain the relation between central level and field work.

Necessary links between financing and health care delivery components of health care reforms³⁴

More and more frequently indeed, in the South as in the North, the trigger mechanism of health care reforms is the financing system. A central question here is “what is the aim of a health care system?” *If one wants the health care system to keep a social aim, the initiative of reform process should not be abandoned to economic reasoning.* Health care delivery and financial components should be considered as an inter-related whole. This was the option taken in Thailand and it contributed a lot to the coherence of the reform. We saw that when the financing component took the lead (this happened progressively and became obvious when UC was transformed into a political stake) it generated some loss of overall coherence and some negative consequences for the health care delivery component .

Strength related to the wealth of human resources

Independently from the health care reform, another area where one can draw lessons from the Thai health care system is the Human Resources situation.

Thanks to its high number of health professionals, the Thai health care system can envisage the future with some serenity. Whilst a lot of developing countries are fighting with an acute lack of human resources, both in quantity and in quality, at all levels including hospitals, Thailand is busy thinking about the appropriate strategy to go towards physicians as primary care providers.

³⁴ This issue has already been developed along the report, so we will only reiterate it here as a useful lesson for other contexts.

The present human resources situation results from a long term policy. We saw that the present number of doctors results from an intentional policy of HR production that allowed in 20 yrs (from 1920 to 2000), to triple the number of doctors (from some 8 500 to about 26 000). It was reached through an increased number of medical schools in the country.

Our point is not to say that a high production of health professionals is good in absolute terms. Over-production also bears important problems. However, when HR are of good quality (quality of training and level of qualification), they more often represent an asset than a weakness for the health care system. The experience of developing countries having made the choice of rather high human resources production (such as Thailand) illustrates, by contrast, how questionable are policies that reduce the human resource component in contexts where they are already acutely missing.

Références

Ahmed AM, Urassa DP, Gherardi E & Game NY (1996) Patient's perception of public, voluntary and private dispensaries in rural areas of Tanzania. *East African Medical Journal* **73**, 370-374.

Annaheim-Jamet I, Traore S & Balique H (1996) Les perspectives de médicalisation des zones rurales en Afrique Subsaharienne, l'expérience d'installation de médecins de campagne au Mali. *Santé Publique* **1**, 29-40.

Annaheim-Jamet I, Traore S & Balique H (1997) Réinventer la médecine de campagne. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.138-151.

Association des médecins de campagne du Mali & Association Santé-Sud (1998) La médicalisation des zones rurales d'Afrique Subsaharienne et de Madagascar L'expérience des médecins de campagne du Mali. (éd. H Balique), ORSTOM.

Bamba SI (1999) La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du Mali au niveau du district sanitaire : évaluation de l'expérience de Kolondiéba. Mémoire de master en santé publique, Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen.

Barbé T & Tano-Bian A (1997) Le modèle associatif est-il nécessaire ? In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.105-116.

Benatar SR, Folb PI, van Niekerk JP *et al.* (1997) Country profile. South Africa. *Lancet* **349**, 1537-1545.

Blas E & Hearst N (2002) Health sector reform and equity - learning from evidence? *Health Policy and Planning* **17**, 1-4.

Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M & Shahady E (eds) (2002) Improving health systems: the contribution of family medicine. A Guidebook. A collaborative project of WONCA and WHO. WONCA

Demers RY, Kemble S, Orris M & Orris P (1993) Family practice in Cuba : evolution into the 1990s. *Family Practice* **10**, 164-168.

Direction nationale de la santé publique du Mali (2000) Système local d'information sanitaire Bulletin semestriel 1^{er} semestre 2000.

Feinsilver JM (1993) *Healing the masses – Cuban health politics at home and abroad*, University of California Press, Berkeley.

Freidson E (1972) *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, Dodd, Mead & Company, New York

Garcia Napoles JE, Santiesteban Zaldivar D, Alvarez Sintes R & Garcia RM (2000) Manual para el médico y la enfermera de la familia, Centro Habana.

Gilpin M (1991) Update-Cuba : on the road to a family medicine nation. *Journal of Public Health Policy* **12**, 83-103.

Gilson L, Alilio M & Heggenhougen K (1994) Community Satisfaction with Primary Health-Care Services - An Evaluation Undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. *Social Science & Medicine* **39**, 767-780.

Giusti D Criel B & DeBethune X (1997) Viewpoint: Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning* **12**, 193-198.

Green A (1992) *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford.

Haddad S, Fournier P, Machouf N & Yatara F (1998) What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social Science & Medicine* **47**, 381-394.

Haq C, Ventres W, Hunt V *et al.* (1996) Family practice development around the world. *Family Practice* **13**, 351-356.

Horrocks S, Anderson E & Salisbury C (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* **324**, 819-823.

Iknane AA, Sangho A & Diawara A (1997) Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.153-166.

Jaffré Y & Olivier de Sardan JP (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris.

Kark S & E (1999) *Promoting Community Health. From Pholela to Jerusalem*. Witwatersrand University Press, Johannesburg, South Africa.

Leeuwenhorst Working Party (1974) The general practitioner in Europe : A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, the Netherlands.

Le Jean Y (1997) L'expérience associative : vulnérable et irremplaçable. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.117-131.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA & Brown JB (1986) The Patient-Centered Clinical Method .1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice* **3**, 24-30.

Maiga Z, Nafu Traore F & El Abassi A (1999) La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **12**, ITG Press Antwerp.

McWhinney IR (1996) The importance of being different. *British Journal of General Practice* **46**, 433-436.

McWhinney IR (1998) Primary care: core values in a changing world. *British Medical Journal* **316**, 1807-1809.

Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité (1998) Plan décennal de développement sanitaire et social (PDSS) 1998-2007, Mali.

Ministry of Public Health, Thailand (2001). Thailand's Health Care Reform Project 1996-2001 : final report. Office of Health Care Reform.

Nitayarumphong S & Mercenier P (1994) Ayutthaya research project: Thailand experiences on health systems research. In Life sciences and technologies for developing countries; methodology and relevance of health systems research; research reports; contract holders meeting, 8,9 and 12 April 1992, Paris. (eds. J Cook & A Tursz), Centre International de l'Enfance (CIE), Paris, pp.55-78.

Nitayarumphong S & Mills A (1998) Universal Coverage of Health Care. Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Nontaburi, Thailand.

Nitayarumphong S & Pannarunothai S (1997) Thailand at the crossroads: challenges for Health Care Reform. In Health Care Reform; at the frontier of research and policy decisions. (ed. Ministry of Public Health, Office of Health Care Reform), Nontaburi, pp.141-163.

Nitayarumphong S & Tangcharoensathien V (1994) Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning* 9, 31-40.

Olesen F, Dickinson J & Hjortdahl P (2000) General practice - time for a new definition. *British Medical Journal* 320, 354-357.

OMS (2001) Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, OMS, Genève.

PAHO (1998) Cuba. In *Health in the Americas*. (ed. PAHO) volume II, pp. 206-219.

Pannarunothai S & Mills A (1997) The poor pay more : health-related inequality in Thailand. *Social Science and Medicine* 44, 1781-1790.

Panumaswiwat S (2002) When hospital and health centres overlap: redistributing roles in the district health system. Rasisalai district, Thailand. Thesis of Master's Degree in Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium.

Pongsupap Y (1996) Three years experience of Ayutthaya urban health centre : is there any impact on the health care system in Thailand? Thesis of Master's Degree in Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium.

Ringuedé A (1998) Etude des CSCom et des CSAR dans le cadre de l'implantation du programme national de distribution à base communautaire en SE/PF dans les aires de santé opérationnelles des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. Population Council, Mali.

Roemer MI (1981) The health care system of Thailand, a case-study. *WHO Regional Publications*, South-East Asia Series n° 11.

Saiwongse N (2002) Reducing overcrowded outpatient department of Nongbualumphu hospital by strengthening the district health system. Thesis of Master's Degree in Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium.

Schön DA (1994) *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Editions Logiques, Montréal.

Sidibe Ba A, Samake Ba R & De Béthune X (1997) Comment se soigne-t-on en ville ? In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.41-57.

Sirisup N (1999) Measuring Social Responsiveness of Medical Schools: A case study from Thailand. *Academic Medicine* 74, Supplement S75-S80.

South African Health Review (1997), Health Systems Trust, Durban.

South African Health Review (1998), Health Systems Trust, Durban.

South African Health Review (1999), Health Systems Trust, Durban.

South African Health Review (2000), Health Systems Trust, Durban.

Srivanichakorn S (1992) Strategies to strengthen general practitioners in rural and urban settings of Thailand. Thesis of Master's Degree in Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium.

Supakankunti S (2000) Future prospects of voluntary health insurance in Thailand. *Health Policy and Planning* **15**, 85-94

Swanson KA, Swanson JM, Gill AE & Walter C (1995) Primary care in Cuba : a public health approach. *Health Care for Women International* **16**, 299-308.

Tinta S (1997) Innover dans la participation : des mots aux actes. In *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*. (éd. J Brunet-Jailly), Karthala, Paris, pp.85-99

Unger J-P, Van Dormael M, Criel B, Van der Venet J & De Munck P (2002) A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries. *International Journal of Health Services* **32**, 799-815.

Unicef (2000) Rapport Revue à mi-parcours. Coopération Mali-Unicef 1998-2002. Programme survie

Van Balen H & Van Dormael M (1999) Health service professionals and users. *International Social Science Journal* **161**, 313-326.

Van Dormael M (1998) Performance management of first line medical doctors and health care reform in Thailand, Mission report February 1998.

Van Dormael M (2001) Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires. In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. (éd. B Hours), Karthala, Paris, pp.117-135.

Van Dormael M (1995) Roles of the general practitioner in different countries. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale* **75** (Suppl 1), 79-88.

Waitzkin H, Wald K, Kee R, Danielson R & Robinson L (1997) Primary care in Cuba : low- and high- technology developments pertinent to family medicine. *The Journal of Family Practice* **45**, 250-258.

WONCA (2001) The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA

WONCA Europe (2002) The European definition of general practice/family medicine WHO Europe Office, Barcelona.

Table des matières

Abstract	1
Liste des abréviations	5
<i>Partie I – Médecine de famille et renforcement des systèmes de soins</i>	7
Introduction	9
Chapitre 1 – Services de 1 ^{ère} ligne dans les pays du sud: défis et opportunités émergentes	13
UN DOUBLE DÉFI : QUALITÉ DES SOINS ET ÉQUITÉ	13
DEUX OPPORTUNITÉS ÉMERGENTES : MÉDECINE DE FAMILLE ET MÉDECINS PRESTATAIRES DE 1 ^{ÈRE} LIGNE	17
Chapitre 2 – Clarifications conceptuelles, Hypothèse et méthodologie	21
CLARIFICATIONS CONCEPTUELLES : MÉDECINE DE FAMILLE ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	21
HYPOTHÈSE	25
MÉTHODOLOGIE	26
Chapitre 3 – Brève présentation des études de cas	29
CUBA	30
THAÏLANDE	31
AFRIQUE DU SUD	33
MALI.....	35
Chapitre 4 – Leçons de la recherche	39
LE POTENTIEL DES CONCEPTS DE LA MÉDECINE DE FAMILLE ET LES CONDITIONS DE SA RÉALISATION.....	39
LE POTENTIEL DES MÉDECINS EN PREMIÈRE LIGNE ET LES CONDITIONS DE RÉALISATION	49
INTERACTIONS ENTRE MÉDECINE DE FAMILLE, MÉDECINS DE 1 ^{ÈRE} LIGNE ET SYSTÈME DE SOINS	55
Conclusion.....	65
<i>Partie II – Etudes de cas</i>	71
<i>Etude de cas «Cuba»</i>	73
Introduction	75
Chapitre 1 – Le modèle cubain de médecine de famille : description ...	79

LES MÉDECINS DE FAMILLE (MF)	79
LA MÉDECINE DE FAMILLE DANS LE SYSTÈME DE SOINS	81
Chapitre 2 – La médecine de famille dans l'évolution historique de la médecine à Cuba.....	89
LE SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA RÉVOLUTION DE 1959	89
L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ DEPUIS LA RÉVOLUTION DE 1959	89
Chapitre 3 – Analyse du modèle cubain de médecine de famille.....	95
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉDECINE DE FAMILLE.....	95
CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME EN COURS SUR L'UTILISATION DES SERVICES DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS.....	101
PERCEPTIONS DU CHANGEMENT PAR LES PRINCIPAUX ACTEURS CONCERNÉS	104
Chapitre 4 – Analyse des principales stratégies et éléments déterminants dans la mise en place de la médecine de famille cubaine	109
UNE VOLONTÉ POLITIQUE	109
LA CAPACITÉ D'APPLIQUER UNE VOLONTÉ POLITIQUE : UN CONTEXTE DE POUVOIR FORT À COMPOSANTE SANITAIRE PRIORITAIRE.....	110
LE TRAVAIL DE RÉFLEXION PRÉALABLE SUR LE MODÈLE DE MÉDECINE DE FAMILLE SOUHAITÉ	110
LA CAPACITÉ D'ÉCHELLE	111
LA CAPACITÉ DE RÉGULATION DE LA DISTRIBUTION DES RESSOURCES HUMAINES	113
LA CAPACITÉ D'ENCADREMENT	115
LE TRAVAIL SUR LE STATUT	115
Chapitre 5 – Leçons et questions	121
LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE	121
QUESTIONS ET ENJEUX	127
Conclusion	139
 <i>Etude de cas «Mali».....</i>	 141
 Introduction.....	 143
Chapitre 1 – Contexte : évolution récente du système de santé malien	145
LE SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990	145
LA POLITIQUE SECTORIELLE DE 1990.....	146
TABLEAU DESCRIPTIF DU SYSTÈME DE SANTÉ MALIEN ACTUEL	149
L'INSTABILITÉ DU PERSONNEL DES CSCOM	157
LA QUALITÉ DES SOINS AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE LIGNE.....	165
LA FIABILITÉ DU RELAIS : LE CENTRE DE SANTÉ RÉFÉRENCE	168

LE RÔLE DES ÉQUIPES SOCIO-SANITAIRES DE CERCLE (ESSC)	170
LA SOLIDARITÉ NATIONALE	171
LE RÔLE DES COMMUNES	171
Chapitre 3 – Genèse des médecins de première ligne	173
LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE À BAMAKO	174
LES MÉDECINS DE CAMPAGNE	175
Chapitre 4 – Analyse descriptive de la situation des médecins de première ligne	179
DONNÉES GÉNÉRALES SUR LES MÉDECINS MALIENS	179
ANALYSE QUANTITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE	180
ANALYSE QUALITATIVE DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE	183
Chapitre 5 – Les médecins de première ligne au Mali : les leçons de l'expérience.....	203
UNE EXPÉRIENCE QUI PRÉPARE LE FUTUR	203
LES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE : UNE RÉALITÉ NON MARGINALE.....	204
...UNE RÉALITÉ PORTEUSE DE RISQUES	205
...UNE RÉALITÉ PORTEUSE D'ESPOIR : UN POTENTIEL POUR TIRER LE SYSTÈME VERS LE HAUT EN AIDANT À FORMULER ET À RÉSOUDRE LES ENJEUX.....	210
Conclusion.....	215
 <i>Case study «South- Africa»</i>	 217
Introduction	219
Chapter 1 – Health care system in South-Africa : the context	221
THE SOUTH AFRICAN HEALTH CARE SYSTEM IN A NUTSHELL.....	221
BRIEF HISTORIC ACCOUNT	222
SOME CONTEXTUAL ELEMENTS WITH IMPORTANT CONSEQUENCES FOR THE HEALTH CARE SYSTEM.....	223
Chapter 2 – The public sector : first line services and the role of doctors	227
PUBLIC FIRST LINE HEALTH SERVICES (FLHS)	227
ROLE OF DOCTORS WITHIN PUBLIC FIRST LINE SERVICES	238
Chapter 3 – The private sector : first line services and the role of doctors	251
MAIN CHARACTERISTICS.....	251
ANALYSIS	258
Chapter 4 – Interactions between both sectors.....	263
AN IMPORTANT PROPORTION OF PATIENTS USE BOTH SECTORS	263

A SUBSTANTIAL PROPORTION OF PROFESSIONALS WORK IN BOTH SECTORS	264
Chapter 5 - Global analysis.....	265
THE PUBLIC RATIONALE OF FLHS IS AT STAKE	265
NURSES AND DOCTORS : THEIR ROLE IN STRENGTHENING FLHS WITH A PUBLIC RATIONALE	272
GOING TOWARDS STRONGER FLHS WITH A PUBLIC INTEREST RATIONALE : POSSIBLE STRATEGIES	276
 Case study «Thailand»	281
 Introduction.....	283
Chapter 1 –Situation of the Thai health care system before the current reform.....	285
EVOLUTION ALONG THE 20 TH CENTURY	285
FOCUS ON FIRST LINE SERVICES (FLHS).....	291
Chapter 2 – Current reforms	297
THAILAND AT A CROSSROADS : SOME INFLUENCING FACTORS PREPARING THE GROUND FOR CHANGE.....	297
UNIVERSAL COVERAGE AS A POLITICAL AGENDA AND RELATED CHANGES FOR FLHS	306
Chapter 3 – Challenges and possible future for first line services and family medicine	317
CHALLENGES FOR FIRST LINE HEALTH SERVICES	317
CHALLENGES FOR FAMILY MEDICINE (FM)	321
UNDERLYING QUESTIONS	324
PERSPECTIVES	330
Conclusion : Lessons from Thailand.....	337
QUALITY OF THE THAI HEALTH CARE REFORM PROCESS	337
NECESSARY LINKS BETWEEN FINANCING AND HEALTH CARE DELIVERY COMPONENTS OF HEALTH CARE REFORMS	338
STRENGTH RELATED TO THE WEALTH OF HUMAN RESOURCES	338
 Références	341
Table des matières	349

