



**Formation préalable à l'installation
des médecins de campagne au Mali:
Présentation et bilan de trois années d'expérience**

Synthèse de l'atelier-bilan réunissant :

L'association des médecins de campagne (AMC)

L'ONG Santé-Sud Mali

L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers

à Bamako les 27 & 28 Avril 2006

Rapport rédigé par :

Sylvie Dugas & Monique Van Dormael,

IMT Anvers

Version finale Août 2006

Table des matières

INTRODUCTION	2
PRESENTATION DE LA FORMATION PREALABLE.....	3
Justificatif de la formation	3
Objectif et hypothèse	3
Principes de base de la formation	3
Éléments de mise en œuvre	5
RESULTATS	8
Nombre de médecins de campagne formés et évolution de la demande.....	8
Degré d'atteinte des objectifs	8
RESULTATS NON ATTENDUS.....	11
Stimulation d'une réflexion de fond au sein de l'AMC.....	11
Renforcement de relations constructives entre les médecins de campagne et le système de soins de santé Malien.....	11
BILAN	12
Les atouts de la formation préalable	12
Les améliorations possibles	12
PERSPECTIVES	16
Rôles et responsabilités actuelles des partenaires vis-à-vis du dispositif d'assurance qualité	16
Evolution possible des rôles et responsabilités dans l'avenir	17
CONCLUSION.....	18
ANNEXES.....	19
Annexe 1 – Liste des personnes présentes à l'atelier.....	19
Annexe 2 – Charte des médecins de campagne	20

Introduction

L'association des médecins de campagne (AMC), l'ONG Santé-Sud et l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers ont collaboré depuis 2003 à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une formation préalable pour les médecins de campagne. Une session annuelle de formation a eu lieu depuis 2003, la prochaine étant prévue pour Juillet 2006. Le financement de l'Union Européenne pour le projet « Médicalisation des zones rurales » arrivera à son terme fin 2006, et la question de l'avenir des activités des médecins de campagne se pose. Il a été jugé nécessaire de faire un bilan de cette formation qui a demandé un investissement humain important de la part de l'ensemble des trois partenaires concernés et qui est considérée par les médecins de campagne comme une activité prioritaire à maintenir dans l'avenir.

Un atelier-bilan rassemblant les trois partenaires de la formation a été organisé à Bamako les 27 et 28 Avril 2006. Au sortir de cet atelier, le présent rapport vise à proposer à l'ensemble des acteurs du système de santé maliens une présentation synthétique de la formation, du bilan des trois premières années d'expérience, des leçons que l'on peut en retenir et des perspectives d'avenir. Il est le fruit d'un travail collectif IMT/AMC/Santé-Sud.

La formation dont il est question concerne le mouvement des médecins de campagne qu'il est utile de situer brièvement dans cette introduction. *Les médecins de campagne sont un groupe de médecins qui ont en commun un métier, celui de médecin de 1^{ère} ligne en milieu rural, et qui font partie d'une association professionnelle, l'AMC au sein de laquelle ils partagent une certaine vision de leur métier, résumée dans leur charte, et un ensemble d'activités d'assurance qualité et de vie associative.* Ce mouvement s'est développé à partir de 1989, au moment où l'instauration d'un concours d'entrée à la fonction publique forçait les médecins, auparavant automatiquement recrutés, à chercher des alternatives. Tandis que certains faisaient le choix de l'exercice de 1^{ère} ligne en milieu urbain, d'autres, encouragés et appuyés en particulier par des professeurs de la Faculté de Médecine et une ONG française « Santé Sud », ont tenté « l'aventure » de s'installer en 1^{ère} ligne en milieu rural. Ils l'ont fait sous différents statuts (communautaires, associatif, confessionnels ou privés indépendants). Ces médecins se sont appelés les « médecins de campagne », et dès 1993, ils ont créé une association professionnelle, l'Association des Médecins de Campagne (AMC).

Le mouvement des médecins de campagne s'est lentement mais régulièrement développé depuis 1989. Fin 2005, il y avait 73 médecins de campagne en poste, dont 74% (54) en CCom/CSAR, 7% (5) en CS associatifs, 4% (3) en CS confessionnels et 15% (11) en cabinets privés (Source : Santé-Sud). Le nombre d'adhérents à l'AMC est supérieur (85 médecins membres de l'AMC fin 2005 – Source Santé-Sud-AMC) car il inclut des médecins membres sympathisants qui ont été médecins de campagne mais qui n'exercent plus le même métier (certains sont toujours en 1^{ère} ligne mais en milieu urbain, d'autres ont changé de fonction).

Présentation de la formation préalable

Justificatif de la formation

Au Mali comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, les services de 1^{ère} ligne sont habituellement tenus par des infirmiers ou des aides-soignants, le rôle des médecins, peu nombreux, étant concentré sur la clinique hospitalière et les fonctions d'encadrement. Dans ce contexte, l'arrivée de médecins en 1^{ère} ligne constitue un changement majeur, et la question de l'acceptabilité pour des médecins, d'endosser une fonction habituellement occupée par des professionnels moins qualifiés, qui plus est en milieu rural, est un enjeu important.

Un premier bilan de l'expérience effectué en 1998¹ a identifié deux problèmes: des *difficultés fréquentes de démarrage* des médecins de campagne et une *forte instabilité des médecins dans leur poste*. Une enquête auprès de 32 services de 1^{ère} ligne dirigés par un médecin de campagne a ainsi montré que parmi les 32 médecins, 3 venaient de quitter leur poste, 14 des 29 autres (48%) étaient en poste depuis moins de deux ans et 15 (52%) depuis deux ans ou plus. Un total de 47 médecins s'étaient succédés dans ces 32 services, et 17 d'entre eux (36%) avaient quitté leur poste. Les deux principales raisons de départ étaient (1) une situation de conflit avec l'association communautaire ayant en charge la gestion du service (47%) et (2) la réussite au concours d'entrée à la fonction publique (35%).

Les principaux acteurs de l'expérience formulaient dans ce même document l'hypothèse que l'absence de préparation des jeunes médecins sortant de la Faculté aux spécificités du métier était un facteur contributif important aux problèmes identifiés. Tenant compte de cette analyse de situation, l'AMC et l'ONG Santé Sud ont décidé de mettre en place une formation d'accompagnement à l'installation des médecins de campagne dans le cadre d'un projet financé par l'Union Européenne. Pour la conception et la mise en œuvre de cette formation, Santé Sud et l'AMC ont demandé l'appui du Département de Santé Publique de l'IMT d'Anvers.

Objectif et hypothèse

L'objectif de cette formation est de contribuer à mieux préparer le médecin aux fonctions et responsabilités du métier de médecin généraliste en milieu rural malien telles qu'elles sont envisagées dans la charte de l'AMC, en cohérence avec les orientations de la politique nationale

L'hypothèse à la base de la formation est en effet qu'un grand nombre des difficultés initiales rencontrées par le jeune médecin de campagne sont liées à un manque de préparation vis-à-vis des réalités du métier et de ce qui est attendu de lui par les patients, les communautés locales et les autorités sanitaires. Une meilleure préparation devrait permettre au jeune médecin d'aborder son métier avec une plus grande confiance, une meilleure compétence pratique, et ainsi favoriser la stabilité à moyen terme dans le poste.

Principes de base de la formation

Une formation enchâssée dans un dispositif plus global

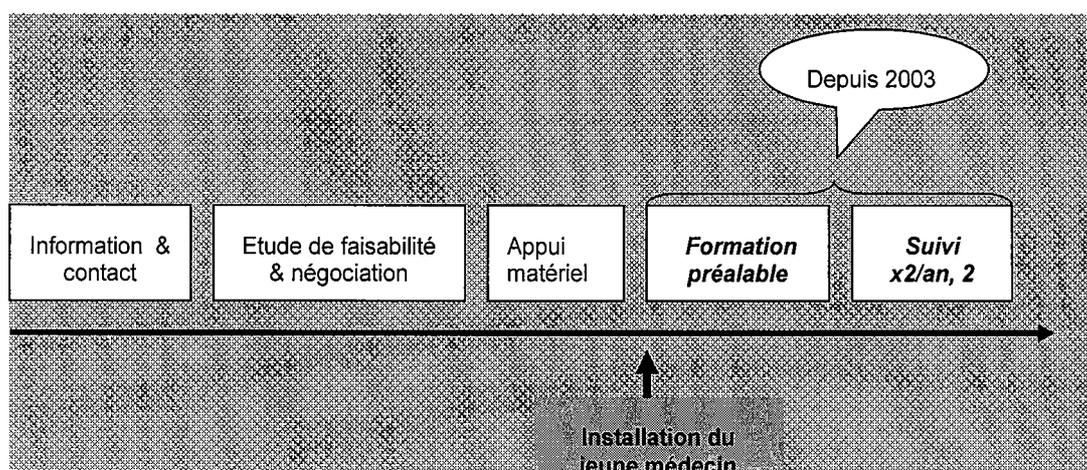
La formation préalable n'est pas conçue comme une formation isolée. Elle s'inscrit dans un dispositif plus global d'appui aux jeunes médecins et d'assurance qualité de l'ensemble des médecins de campagne. Ce dispositif d'appui AMC/Santé-Sud est lié à l'adhésion à l'AMC.

Le dispositif d'assurance qualité comprend pour l'ensemble des médecins des activités de formation continue, de mentoring, et de vie associative. Les activités plus spécifiques d'appui à l'installation incluaient déjà (i) des discussions avec Santé-Sud et l'AMC sur le métier et sur les possibilités d'installation existantes, (ii) une étude concernant la viabilité financière de l'aire d'installation envisagée et (iii) un appui matériel à l'installation : kit de matériel médical, moto, panneaux solaires.

A partir de 2003, deux activités additionnelles d'assurance qualité sont venues s'insérer dans le dispositif d'appui à l'installation : la *formation préalable* et les *visites de suivi* des jeunes installés par les médecins de Santé-Sud Mali, à raison de deux visites par an pendant deux ans.

¹ Document AMC-Santé Sud sous la direction du Docteur Hubert Balique (ORSTOM), Décembre 1998, « L'expérience des médecins de campagne du Mali »

Schéma 1 - Dispositif d'appui à l'installation des médecins de campagne



L'articulation d'une composante théorique et de stage pratique

La prise de conscience des réalités d'un métier ne se fait véritablement qu'en situation. C'est pourquoi la formation a été conçue en deux volets d'un mois chacun, un volet théorique et un stage pratique chez un médecin de campagne expérimenté appelé maître de stage. Ces deux volets sont complémentaires : le volet théorique a été pensé en fonction de ce que les jeunes médecins allaient pratiquer en stage, et le stage a été articulé avec la réflexion théorique.

Le volet théorique a pour objet de structurer en groupe une réflexion sur différents thèmes prioritaires, avec le support de concepts, d'analyse d'expériences concrètes, de techniques spécifiques. Le stage permet, en interaction avec un praticien expérimenté, de manipuler des concepts et techniques en situation, d'acquérir un savoir faire, d'observer un savoir être, d'échanger des expériences. Pour favoriser l'articulation des deux volets, les maîtres de stage ont été impliqués à chaque étape de la formation : conception, formation théorique en tant que personnes ressources permettant l'ancrage de la réflexion dans la réalité du métier, stage pratique en tant que formateur et guide pour le jeune médecin, et évaluation. Un document appelé référentiel de stage a été conçu pour aider le médecin stagiaire à déterminer et suivre avec le maître de stage ses objectifs d'apprentissage, servir de trait d'union entre le stagiaire et le maître de stage, entre la théorie et la pratique. L'énoncé d'une large gamme d'objectifs d'apprentissage pour le stage a été formulé dans le référentiel.

Un contenu adapté aux besoins des jeunes médecins de campagne

La nécessité de proposer un contenu « taillé sur mesure » pour les jeunes médecins de campagne était la raison d'être de la formation. L'analyse des besoins a émergé d'une réflexion en plusieurs temps. Des lacunes dans la capacité des médecins de campagne à endosser l'ensemble des fonctions attendues d'un responsable de service de 1^{ère} ligne ont progressivement été identifiées. Une analyse plus poussée des besoins a été effectuée par un ancien médecin de campagne expérimenté en charge de la branche malienne de l'ONG Santé Sud². Au cours de la phase préparatoire, l'identification plus fine du contenu s'est appuyée sur ces réflexions antérieures et s'est poursuivie en impliquant largement les deux médecins maliens de l'ONG Santé Sud (Drs Yacouba Koné et Seydou Coulibaly, tous deux anciens médecins de campagne) ainsi que les maîtres de stage.

Plusieurs types de besoins ont ainsi été identifiés: (i) le besoin d'adapter des connaissances cliniques à une pratique de 1^{ère} ligne rurale isolée ; (ii) le besoin d'acquérir des compétences dans des domaines essentiels pour le métier mais non enseignés dans la formation médicale (ex : la gestion pratique d'une structure de soins ou la communication) ou enseignés dans une optique plus globale (ex : la dimension santé publique du métier) ; (iii) le besoin d'un processus de socialisation plus spécifique au métier qui permette aux médecins de passer de la culture biomédicale hospitalière qui a baigné toutes leurs études, à la culture plus biopsychosociale de la médecine générale communautaire.

² Yacouba Kone : *Adéquation entre la formation initiale et la fonction de médecin généraliste au Mali*. Mémoire présenté en vue de l'obtention d'un « Master en santé publique », Institut de Médecine Tropicale, Anvers, 2003

Une pédagogie de formation d'adultes

La formation rassemble de jeunes médecins de campagne récemment installés ou en cours d'installation. Basée sur la théorie andragogique et l'approche cognitiviste³, l'option pédagogique utilise l'expérience débutante de ces médecins comme un matériel d'apprentissage pour identifier des problèmes, générer des questions et des objectifs d'apprentissage et, à travers un processus confrontant les apports théoriques, les expériences des jeunes médecins et celles des maîtres de stage, stimuler la réflexivité.

Éléments de mise en œuvre

Sélection des maîtres de stage

Quatre maîtres de stage ont été sélectionnés en 2003 : les Drs Moussa Mariko, Timothé Daou, Mansour Sy et Seydou Konate. La question de la répartition géographique des maîtres de stage s'est posée : valait-il mieux sélectionner des maîtres de stage dans des régions différentes du pays, ou au contraire concentrer leur sélection dans une région ? L'option retenue a été de sélectionner dans un premier temps quatre maîtres de stage de la région de Sikasso pour plusieurs raisons. Sikasso a été la région où le plus de médecins de campagne se sont installés pendant les dix premières années du mouvement. En conséquence, un nombre assez important d'entre eux ont une longue expérience, et la branche régionale de l'AMC y est dynamique et organisée. Les moyens de communication (réseau routier et communication radio ou téléphonique entre médecins) sont meilleurs que dans les autres régions, ce qui est important pour l'organisation de la formation. De plus la concentration des maîtres de stage dans la même région facilitait leur implication dans la phase de préparation de la formation ainsi que leur présence au cours de la formation théorique qui pouvait être organisée à Sikasso. L'idée était dans un second temps d'identifier d'autres maîtres de stage dans les autres régions.

La sélection a été effectuée conjointement par l'AMC et Santé Sud sur la base d'un ensemble de critères incluant l'expérience et les compétences du médecin (en tant que médecin de campagne et en tant que maître de stage), le type de services proposés (ensemble d'activités attendues d'un service de 1^{ère} ligne malien), le niveau de fréquentation du service (un niveau minimal d'activités étant nécessaire pour l'apprentissage), la qualité du travail d'équipe, la qualité des interactions du service avec l'ensemble des acteurs locaux et la capacité d'hébergement de stagiaires (Cf tableau1). Il a également été clairement explicité que le fait d'être sélectionné à un moment donné pour être maître de stage ne signifie pas que l'on reste maître de stage « à vie ». D'une part des médecins peuvent décider d'arrêter s'ils le souhaitent, d'autre part les évolutions de pratique de certains médecins peuvent ne plus correspondre aux critères nécessaires à la responsabilité de maître de stage.

Tableau1 – Critères de sélection des maîtres de stage, identifiés par l'AMC & Santé-Sud

- Expérience d'au moins 3 à 5 ans comme médecin de campagne
- Fournir le PMA dans sa totalité y compris la stratégie avancée
- Taux de fréquentation élevé
- Etre dans un district où le système de référence est fonctionnel
- Bon travail d'équipe avec les autres membres du personnel du centre
- Bonne interaction avec l'ECD
- Bonne interaction avec l'Asaco et la mairie
- Infrastructures adéquates
- Capacité d'hébergement décent pour les stagiaires
- Etre facilement joignable (communications routières, RAC ou téléphone)

³ Jouquan J & Bail P (2003) A quoi s'engage t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ?. *Pédagogie Médicale* 4, 163-175

Développement du contenu de la formation théorique

Les principaux besoins de formation identifiés sont liés aux grandes fonctions du médecin de campagne malien: fonction de clinicien, d'organisateur d'une structure de soins et d'acteur dans un système de santé. La capacité de communiquer avec les patients, les membres de l'équipe de soins, les différents acteurs du système local de soins, a également été considérée comme une compétence transversale nécessaire aux trois grandes fonctions, et pour laquelle les médecins sont peu équipés.

Pour le volet théorique, quatre modules d'une semaine chacun ont été élaborés pour répondre à ces principaux besoins : clinique, gestion, santé publique et communication (Cf. Tableau 2). Le stage a également été structuré autour des fonctions du médecin de campagne avec le support d'un référentiel de stage.

Tableau 2 – Les quatre modules proposés pour le volet théorique de la formation préalable

Module clinique : il ne s'agit pas de reprendre lors de la formation les différents domaines de compétences cliniques (ceci devrait faire l'objet d'une formation continue plutôt que préalable) mais de mener une réflexion sur la démarche clinique comme pierre angulaire de la pratique médicale. Les besoins spécifiques du médecin de campagne sont (i) la prise de décision en milieu isolé (restrictions dans les possibilités de référence et d'examen complémentaires), (ii) le suivi des patients individuels dans la durée et dans la globalité, caractéristique du suivi en première ligne

Module gestion : les médecins chefs de poste ne sont pas préparés à gérer ou à superviser la gestion d'un centre de santé, qu'il s'agisse de gestion financière, de gestion des ressources humaines, de gestion de la pharmacie... Cette gestion suppose la maîtrise d'outils techniques et la connaissance des réglementations, mais aussi une compréhension des spécificités de gestion d'une structure de soins à finalité sociale où la bonne utilisation des ressources ne se limite pas à une « saine gestion » mais doit servir les besoins de santé de l'ensemble de la communauté desservie.

Module santé publique : les jeunes médecins se sentent responsables de leurs patients individuels, mais sont moins conscients de la dimension collective de leur responsabilité vis-à-vis de la population de l'aire de santé dans laquelle ils travaillent. Or la complémentarité des soins aux individus et de l'approche communautaire est indispensable pour améliorer la santé de la population de l'aire : articulation des activités curatives, préventives et promotionnelles, utilisation du système d'information, microplanification, dialogue avec la communauté... Par ailleurs, les jeunes médecins connaissent mal le fonctionnement du système de soins malien et ses fondements conceptuels : le second axe de ce module vise à ce que les participants situent mieux leur propre rôle de médecin communautaire de première ligne au sein du système de soins.

Module communication : la communication est une matière peu abordée lors de la formation de base des médecins. Or la pratique de la médecine de campagne est un métier d'interactions permanentes avec différents interlocuteurs : patients individuels, communauté et leurs représentants, personnel du centre, autorités communales, équipe cadre... Le module vise à comprendre les logiques des autres acteurs et à explorer des stratégies pour améliorer la communication. Il couvre des aspects socio-anthropologiques tels que les comportements de santé dans la population, la communication soignant-soigné, l'IEC, et le travail en équipe. Comprenant une session de « conseils des aînés », ce module permet également d'explicitier un cadre éthique pour la pratique de la médecine de campagne.

Constitution de l'équipe d'enseignants et coordination

Dans une optique de formation professionnelle, un travail coordonné entre formateurs académiques et professionnels expérimentés dans au moins l'un des quatre domaines de formation a été privilégié. L'équipe d'enseignants de la 1^{ère} session de formation incluait ainsi des professeurs cliniciens de la Faculté de Médecine de Bamako, des médecins maliens et français de l'ONG Santé Sud, des chercheurs en santé publique de l'IMT Anvers, des professionnels maliens exerçant des responsabilités aux différents niveaux du système de soins et une anthropologue travaillant de puis de longues années au Mali. Les maîtres de stage étaient considérés au départ comme les personnes clés pour l'encadrement du stage et comme des personnes ressources pour le volet théorique.

Afin d'assurer une bonne cohérence de la formation, un travail spécifique de coordination a été effectué avec une coordination globale assurée par le coordinateur Santé Sud Mali (avec l'appui de l'IMT Anvers la 1^{ère} année), et un binôme d'enseignants en charge de la coordination de chaque module.

Résultats

Nombre de médecins de campagne formés et évolution de la demande

Une session annuelle de formation s'est tenue depuis 2003 (Nov-Déc 2003, Nov-Déc 2004, Juil-Août 2005) (Tableau 3).

31 jeunes médecins de campagne ont été formés, ce qui représente 42% (31/73) du total des médecins de campagne en poste fin 2005. Les organisateurs de la formation ont été confrontés à une demande de formation supérieure aux objectifs initiaux⁴ du fait de l'augmentation du nombre des nouvelles installations annuelles : 7 en 2003, 13 en 2004 et 19 en 2005 (source Santé-Sud). Même si le recrutement pour la session annuelle de formation n'est pas calqué sur l'année calendaire, il n'en reste pas moins vrai que la demande interne en formation augmente globalement. C'est la raison pour laquelle le nombre de jeunes médecins de campagne formés en 2005 est passé à 15 (14 Maliens et 1 Sénégalais) et sera probablement d'environ 15 également pour la session 2006. A noter également que la formation 2005 incluait un jeune médecin de campagne sénégalais qui n'est pas comptabilisé ici car il exerce au Sénégal.

8 anciens médcamp ont également suivi la formation. A une exception près, il ne s'agissait pas d'anciens médecins de campagne ayant des difficultés particulières, mais des maîtres de stage qui, avant d'exercer leur rôle de maître de stage, viennent suivre la formation en tant que personnes ressources (4 en 2003, 2 en 2004 et 1 en 2005). En 2003 les 4 premiers maîtres de stage ont ainsi suivi la formation, deux autres en 2004 (région de Ségou et Kayes) et un en 2005 (région de Koulikoro).

Tableau 3 – Nombre de médecins de campagne ayant suivi la formation préalable pour la période 2003-2005⁵

Nombre de médcamp formés	2003	2004	2005	Total
Nouveaux médcamp	9	8	14	31
Anciens médcamp	5	2	1	8
Total	14	10	15	39

Degré d'atteinte des objectifs

L'objectif de la formation est de mieux préparer le médecin aux fonctions et responsabilités du métier de médecin généraliste en milieu rural malien, l'hypothèse étant qu'une meilleure préparation va contribuer à ce que le médecin assume mieux l'ensemble de ses fonctions responsabilités, et envisage son métier sur le plus long terme. Dans le cadre de cette évaluation interne il est donc intéressant d'essayer de répondre à trois questions : La formation contribue-t-elle effectivement à mieux préparer les jeunes médecins au métier qu'ils doivent exercer? Assument-ils mieux l'ensemble de leurs fonctions et responsabilités ? Sont-ils plus stable dans le poste et /ou dans le métier ?

1- L'adéquation de la formation aux besoins du métier

L'avis des jeunes médecins

Au cours des évaluations effectuées lors des sessions de formation, les jeunes médecins expriment clairement qu'ils se sentent mieux préparés au métier : « *Le contenu a répondu globalement à mes besoins car il répond aux problèmes auxquels j'ai été confronté* », « *Globalement les modules de*

⁴ L'objectif initial était de former l'ensemble des jeunes médecins de campagne s'installant ainsi que quelques anciens médecins en poste ayant des difficultés particulières. Une estimation de dix médecins à former par an (huit nouveaux médecins et deux anciens) pendant cinq ans a été budgétée dans le cadre du projet financé par l'Union européenne, estimation qui semblait pouvoir couvrir les demandes compte tenu de la croissance assez lente du nombre de médecins de campagne.

⁵ Le médecin sénégalais n'est pas comptabilisé dans le tableau qui concerne uniquement le Mali

formation m'ont permis de me sentir plus apte à affronter les problèmes qui se posent dans l'exercice de la médecine de campagne », « ... prêt à relever le défi ... ». Lors de discussions au cours des visites de suivi, les jeunes médecins continuent à considérer la formation comme un élément important de leur processus d'installation.

Le rôle des maîtres de stage tout au long de la formation, théorique et pratique, a été très fortement apprécié par les jeunes médecins. Les maîtres de stage ont largement contribué à l'adéquation de la formation aux besoins, en instaurant, à travers un partage d'expériences concrètes, un lien permanent entre réflexion conceptuelle et réalités du métier : « Nous avons profité des différentes expériences déjà vécues sur le terrain », « Les échanges avec les aînés permettent de prévoir les difficultés de terrain et par conséquent d'être armés pour les gérer », « ils m'ont permis de comprendre les modules, certaines réalités sur le terrain, mes comportements par rapport à la population, le courage surtout », « j'ai su le sens réel du médecin de campagne, ce qu'on attend de lui, les difficultés éventuelles et leur ébauche de solution »... De façon un peu parallèle, l'implication dans la formation de professionnels travaillant aux différents niveaux du système a été également soulignée comme un élément très positif de la formation. Il s'agit là encore de professionnels capables d'expliquer la logique du système de soins tel qu'il est conçu, mais aussi de partager une expérience de terrain très concrète.

L'avis de l'AMC

L'évaluation des maîtres de stage en fin de session 2003 était positive quant à l'adéquation de la formation aux besoins des médecins de campagne, ce qui est assez logique dans la mesure où ils avaient participé à l'élaboration de la formation et en particulier à l'identification des besoins.

L'appropriation de la formation par l'AMC est un autre indicateur de la pertinence de la formation pour les médecins de campagne. A la suite de la session de formation 2003, l'AMC a jugé utile que l'ensemble des médecins de campagne puisse bénéficier du volet théorique de la formation. Entre 2003 et 2005, des sessions de formation aux modules 'Gestion', 'Santé Publique' et 'Communication' ont été organisées au niveau des AMC régionales avec l'appui de Santé-Sud.

2- Les médecins formés assument-ils mieux l'ensemble de leurs fonctions et responsabilités ?

Les deux médecins de Santé-Sud Mali en charge du suivi, et les autres acteurs présents à l'atelier (maîtres de stage et IMT) ont échangé leurs observations réciproques à ce sujet.

L'élément de réponse essentiel à cette question est que la formation est un élément contributif à une meilleure prise en charge des fonctions de médecin de campagne, mais qu'elle ne peut atteindre cet objectif de façon isolée. Elle doit travailler dans ce but en synergie avec les autres éléments du dispositif d'accompagnement.

Les jeunes médecins ont en effet assez souvent des difficultés à endosser la fonction de chef de centre, c'est-à-dire à se sentir réellement responsable de l'ensemble de ce qui se passe dans le centre qu'ils dirigent, à exercer un leadership sur l'équipe, à interagir de façon positive avec les acteurs locaux (Asaco, mairie). La formation leur fait prendre conscience de l'importance de cette fonction complexe et donne des éléments conceptuels, techniques et pratiques utiles. Mais dans la réalité de son contexte, le médecin est confronté à des problèmes qu'il lui faut résoudre. Face à ces difficultés, l'appui qu'il trouvera ou non lors des visites de suivi, de mentoring ou de supervision peut être déterminant pour lui permettre de franchir les obstacles, et ce faisant d'endosser pleinement son rôle. Des appuis techniques spécifiques non ciblés sur les médecins peuvent aussi être nécessaires. Santé-Sud s'est ainsi engagé à former (en Bambara) les Asacos des centres de santé où exerce un médecin de campagne, dans la mesure où un nombre important d'entre elles n'ont pas reçu de formation, et que leur capacité à remplir leur rôle a été identifiée comme un élément clé du bon fonctionnement des CS.

De façon plus spécifique :

- Tous les médecins expérimentés soulignent la plus grande difficulté à endosser la fonction de chef de centre lorsque le médecin rejoint un centre et une équipe en place depuis longtemps déjà et se trouve confronté à des comportements déjà installés.
- Le flou existant (par manque de clarification, de communication ou de formation) sur les rôles des différents acteurs locaux (chef de centre, Asaco, mairie) et sur leurs limites respectives contribuent à générer des ambiguïtés néfastes au bon fonctionnement des centres.
- Il y a des difficultés à passer de connaissances théoriques à un savoir-faire pratique. Le stage est essentiel pour cela et son rôle dans la formation doit être considéré comme central. Cependant quatre semaines de stage, même optimisées ne peuvent suffire à équiper un médecin de tous le savoir-faire nécessaire, et le relai effectué par les visites de suivi par Santé-Sud et de mentoring par l'AMC sont des compléments indispensables.

- Le besoin de « socialisation professionnelle » est probablement plus important qu'il n'a été estimé initialement. Il s'agit pour les jeunes médecins d'acquérir non seulement des compétences particulières, mais aussi des attitudes et façons de penser et d'agir. Il est apparu en cours de formation qu'il s'agissait d'un domaine pour lequel les jeunes médecins avaient une forte demande, et les maîtres de stage une forte envie de transmettre. Après quelques mois d'expérience, les médecins perçoivent de façon plus ou moins explicite que ce métier est aussi une « aventure humaine » pour laquelle la transmission d'un savoir-faire et d'un savoir-être dans le domaine des comportements est essentielle. Les interactions avec des praticiens expérimentés capables de partager leur expérience du métier et de son environnement social génèrent de nombreuses questions concernant les comportements : difficultés de compréhension des comportements des patients, des communautés et des différents acteurs locaux, difficultés de savoir comment réagir face à certaines situations, à certains conflits... Les maîtres de stage proposent d'ailleurs en fin de formation théorique une session de « conseils de maîtres de stage » qui porte essentiellement sur les responsabilités et les comportements des médecins de campagne. L'ensemble de ces discussions, qui devraient se poursuivre dans le cadre des visites de suivi et des activités de l'AMC, contribue au développement d'un sentiment d'appartenance, à l'explicitation d'un cadre éthique et à la réflexion sur les responsabilités des médecins de campagne. En d'autres termes, elles contribuent à l'émergence d'une culture professionnelle spécifique à la médecine générale communautaire.

3- Les médecins formés sont-ils plus stables dans leur poste et plus généralement dans le métier de médecin de campagne?

Répondre à cette question nécessite un suivi des cohortes de médecins formés, pour connaître leur parcours professionnel et essayer de comprendre les raisons de leur instabilité éventuelle. Ce travail a été effectué depuis 2003 et les résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 – Examen de la stabilité (dans le métier et dans le poste) des médecins ayant suivi la formation préalable - Situation Mai 2006

Cohorte de formation	Nombre (%) de médecins toujours dans le métier depuis la formation	Nombre (%) de médecins stable dans leur poste depuis la formation
Cohorte Nov-Déc 2003 (9 méd)	7/9 (78%)	4/8 (50%)
Cohorte Nov-Déc 2004 (8 méd)	7/8 (87,5%)	6/8 (75%)
Cohorte Juil-Août 2005 (14 méd)	13/14 (93%)	13/14 (93%)

A ce jour, quatre des 31 médecins formés ont quitté le métier. Deux sont partis faire une spécialisation, un est parti travailler pour une ONG et un a rejoint une pratique urbaine dans un CSCom de Bamako.

Le faible recul dans l'étude de ces cohortes (moins de trois ans pour la cohorte la plus ancienne) ne permet pas à ce jour de tirer des conclusions sur l'impact éventuel de la formation sur la stabilité des médecins. De plus la formation n'est qu'un élément parmi beaucoup d'autres, qui peut influencer sur la stabilité du médecin dans son poste. L'étude de la stabilité des médecins de campagne mériterait donc une approche plus globale reposant à la fois sur des données chiffrées et des informations qualitatives (entretiens, questionnaires).

Résultats non attendus

Stimulation d'une réflexion de fond au sein de l'AMC

La formation a stimulé (i) la réflexion des maîtres de stage sur les spécificités de leur métier et (ii) la réflexivité sur leur pratique. Les discussions lors de la phase d'élaboration et de préparation de la formation, l'interaction avec les jeunes médecins mais aussi avec les différents intervenants du système ont stimulé ce processus. Par ailleurs, le fait d'avoir été sélectionné comme maître de stage et d'avoir pu à ce titre contribuer à former les jeunes médecins est vécue par eux comme une expérience valorisante.

Au-delà des maîtres de stage, la formation a été pour l'ensemble de l'AMC l'une des sources de réflexion sur l'évolution du métier de médecins de campagne et sur ce qui les distinguait des autres médecins installés en 1^{ère} ligne.

Renforcement de relations constructives entre les médecins de campagne et le système de soins de santé Malien

Les relations entre les médecins de campagne et les autorités sanitaires ont souvent été tendues pendant les premières années de leur développement. Cette situation de tension s'est progressivement améliorée grâce à une meilleure connaissance mutuelle et à une évolution des comportements à la fois des médecins de campagne et des équipe-cadres de cercle.

La formation y a contribué de deux façons. D'une part elle a démontré un double souci de qualité et d'intégration dans le système, en formant les jeunes médecins à l'ensemble des fonctions qu'ils allaient devoir endosser comme médecin de 1^{ère} ligne dans le contexte malien. Cela se traduit par le choix des quatre modules de formation, mais aussi par le choix des objectifs du module de santé publique: faire prendre conscience aux jeunes médecins (i) qu'ils font partie d'un système de soins et (ii) qu'au-delà des soins individuels aux patients qui restent au cœur de leur métier, ils doivent aussi endosser la dimension collective de la médecine communautaire. D'autre part la formation, en impliquant des cadres des différents niveaux du système (district, région, niveau central) comme formateurs, a favorisé un dialogue constructif qui a été perçu très positivement de part et d'autre.

Par ailleurs, des ONG et des équipes-cadres de district, considérant la formation utile pour leurs médecins, ont demandé à pouvoir y accéder. A une exception près (un médecin de l'équipe-cadre du district de Sikasso, équipe impliquée dans l'organisation de la formation), ces demandes ont jusqu'à présent été écartées. La formation a en effet été conçue pour répondre aux besoins d'un public très précis, à savoir les médecins de campagne. L'ouvrir à un autre public supposerait une adaptation de contenu et de méthodes.

Bilan

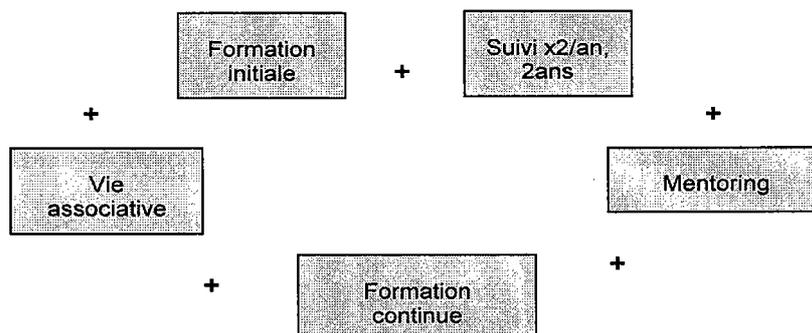
Les atouts de la formation préalable

Les discussions de l'atelier ont permis d'identifier deux caractéristiques essentielles qui font la force de la formation préalable : son ancrage professionnel et son intégration dans un dispositif plus global d'assurance qualité.

La formation préalable est une **formation professionnelle** en ce sens qu'elle est ciblée sur un métier précis, que ses objectifs d'apprentissage sont élaborés à partir d'une analyse des besoins par les professionnels du métier, qu'elle utilise l'expérience débutante des jeunes médecins comme matériel d'apprentissage, et qu'elle articule stage pratique et support théorique encadrés par une équipe de formateurs alliant une expertise théorique et une expertise du métier. Cette approche de formation qui part d'un besoin ressenti explique probablement en partie l'attitude globalement assidue et constructive des jeunes médecins pendant la formation et leur évaluation globalement positive.

Une seconde caractéristique de la formation est son **intégration dans une dynamique plus globale**. Elle n'est pas une réponse isolée à un problème identifiée, elle est une réponse additionnelle venue compléter le dispositif d'assurance qualité mis en place par le partenariat AMC/Santé-Sud et qui concerne l'ensemble des médecins de campagne. Ce dispositif comprend la formation préalable, le suivi systématique des centres où de jeunes médecins se sont installés pendant deux ans, l'activité de mentoring (échanges entre pairs, généralement entre un jeune médecin et un aîné qui travaille à proximité), la formation médicale continue et la vie associative. La formation s'est insérée dans la dynamique d'un mouvement, celui des médecins de campagne. L'atelier-bilan d'avril 2006, en resituant la formation dans cette perspective plus globale, a permis de mieux mettre en évidence et discuter les complémentarités potentielles entre les différents éléments de ce dispositif.

Schéma 2 – Dispositif global d'assurance qualité des médecins de campagne



Les améliorations possibles

1- Confirmer la cible de formation : de jeunes médecins de campagne ayant quelques mois d'expérience professionnelle

La décision initiale était de former de jeunes médecins installés depuis quelques mois, ayant ainsi eu le temps de prendre conscience des difficultés du métier et de leurs propres lacunes. Les cohortes de formation 2003 et 2004 correspondaient à ce profil. En revanche, suite à des imprévus pratiques il s'est avéré que le groupe des médecins formés en 2005 n'avait dans sa grande majorité aucune expérience professionnelle (10 d'entre eux se sont installés en Mai ou Juin pour suivre la formation en Juin-Juillet, et 2 se sont installés après la formation). Cette absence d'expérience a été nettement ressentie par les formateurs comme un handicap pour l'apprentissage. De leur côté les médecins sans expérience préalable ont moins 'adhéré' à la formation que les groupes précédents, comme en témoignent leurs évaluations de modules plus critiques, mais aussi leur comportement en cours de formation. Cet 'incident critique' met en lumière l'importance de l'adéquation d'une formation spécifique à une population cible spécifique. Un changement de population cible nécessite une adaptation de la formation proposée.

Dans le cas présent, la situation de 2005 n'a pas résulté d'un choix volontaire mais d'un concours de circonstances⁶. **La décision initiale concernant la cible de formation a été réaffirmée lors de l'atelier et l'attention attirée sur l'importance de bien sélectionner pour la formation annuelle les jeunes médecins correspondant à cette cible.**

Un second problème réside dans la sélection de médecins prêts à s'investir dans le métier sur le moyen terme. La formation et l'ensemble du dispositif d'accompagnement à l'installation représente un investissement important, humain et financier. Il est illusoire, dans l'environnement d'un pays en développement où l'incertitude du lendemain est la règle, de vouloir s'assurer dès le départ d'un engagement des médecins sur le long terme. Il reste cependant peut être possible d'éviter de former des médecins qui envisagent très clairement un poste de médecin de campagne comme un bref passage en attendant une autre alternative déjà en cours de préparation. Pour tous ceux, les plus nombreux, qui ne savent pas combien de temps ils resteront dans le métier, la formation reste un appui souhaitable qui peut contribuer à faciliter le démarrage, et qui sait, à générer des vocations.

2- Les formateurs : vers un binôme plus explicite « expertise métier-expertise matière »

Au départ, l'équipe de formateurs était constituée d'enseignants académiques et de professionnels expérimentés dans au moins l'un des quatre domaines de formation. Chaque module était coordonné par un binôme d'enseignants. Le rôle des maîtres de stage était considéré comme central pour le stage, et leur présence lors du volet théorique était vue comme un moyen d'améliorer l'articulation entre théorie et pratique et de bénéficier de leur expérience en tant que personne ressource.

L'un des éléments saillants de l'évaluation de la première session de formation a porté sur le rôle de maîtres de stage, considéré par tous (jeunes médecins et équipe de formateurs) comme essentiel y compris pour le volet théorique. Devant cette constatation il a été proposé d'impliquer les maîtres de stage comme formateur dans l'enseignement plus direct des modules. Cette évolution a pu générer quelques malaises, de la part de maîtres de stage qui ne sentaient pas toujours à l'aise dans un travail d'enseignement auquel ils ne sont pas habitués, et de la part d'enseignants plus académiques qui ne voyaient pas bien comment passer le relais de ce qu'ils enseignaient aux maîtres de stage.

L'atelier a permis d'avancer dans ce débat en explicitant les types d'expertise nécessaire et en proposant d'évoluer vers un binôme coordonné « expertise métier – expertise matière » :

- Deux types d'expertise différents sont nécessaires pour la formation préalable : d'une part l'expertise des gens du 'métier' pour leur connaissance approfondie des réalités, leur savoir-faire et leur savoir-être (les maîtres de stage, mais aussi certains professionnels du système tels qu'un médecin chef de cercle par exemple), d'autre part l'expertise de gens ayant une connaissance approfondie dans la 'matière' étudiée ainsi qu'une compétence d'enseignement (les professeurs de faculté ou d'institutions diverses, certains professionnels du système) nécessaire pour les discussions conceptuelles plus complexes ainsi que pour structurer l'approche pédagogique. Ces deux expertises sont différentes et complémentaires. S'il n'est pas exclu qu'une même personne puisse combiner les deux types d'expertises, l'expérience a montré l'intérêt de personnes différentes.
- La mise en place pour la coordination de chaque module d'un duo « expertise métier - expertise matière » peut être un mécanisme intéressant pour optimiser les complémentarités tout en respectant le domaine d'expertise de chacun. Cette complémentarité ne peut réellement bien fonctionner que s'il y a une reconnaissance mutuelle du domaine d'expertise de l'autre, et s'il y a un travail de coordination et de structuration commune de l'enseignement par ce binôme. De tels binômes fonctionnent pour certaines parties de modules mais du travail reste à faire dans ce domaine.

3- Renforcer les stages

Si les stages ont toujours été considérés comme des moments essentiels de l'apprentissage et qu'un travail de préparation et de structuration s'est matérialisé à travers un référentiel de stage, le volet théorique a néanmoins plus mobilisé l'équipe de formation et de coordination. Après trois ans d'expérience, il est apparu que l'on avait peu d'informations disponibles sur la façon dont se déroulaient les stages ; seule la session 2003 avait fait l'objet d'une évaluation en fin de stage.

L'atelier a été l'occasion de partager l'information, de prendre conscience d'un certain nombre de faiblesses et d'attirer l'attention sur la nécessité d'une plus grande rigueur dans l'organisation des stages, et sur le besoin d'instaurer une meilleure coordination entre les

⁶ Demande groupée de médecins de campagne sur la région de Ségou et contraintes administratives liées à la clôture de dossiers PPTE

médecins en charge des stages (maîtres de stage) et les médecins en charge du suivi (médecins de Santé-Sud).

- L'organisation pratique des stages a besoin d'être plus rigoureuse. La coordination de la formation doit veiller à garder une mémoire des lieux de stage de chaque médecin formé, et s'assurer auprès des maîtres de stage que les médecins font effectivement les deux temps de stage qu'ils sont censés faire (deux semaines avant leur installation et deux semaines au décours du volet théorique). En pratique la grande majorité des médecins font leur stage et restent parfois même plus longtemps que la durée prévue à leur demande, mais il y a eu quelques incidents critiques qui justifient une plus grande rigueur dans l'organisation.
- Une coordination plus étroite entre les maîtres de stage et les médecins en charge du suivi (Santé-Sud) est ressentie comme un besoin par tous. Il serait très utile pour les médecins en charge du suivi d'avoir un feedback du maître de stage et du stagiaire afin de mieux articuler le suivi avec la formation préalable. De leur côté, les maîtres de stage souhaiteraient savoir ce qui se passe pour leur stagiaire après le stage, en ayant de temps en temps un feedback du suivi effectué.
- Des réunions d'échanges entre maîtres de stage seraient également un élément de formation continue entre pairs permettant d'échanger sur les expériences de stage, de discuter les éventuels problèmes rencontrés et de réfléchir aux possibles améliorations.

Par ailleurs, l'importance de la qualité de recrutement des maîtres de stage a été réaffirmée. La qualité de la formation repose en bonne partie sur la qualité de l'expertise 'métier'. Un certain nombre de critères ont été identifiés en 2003 pour préciser les caractéristiques attendues d'un lieu de stage et d'un maître de stage. Ils n'ont pas pour objectif de sélectionner les meilleurs médecins, mais de sélectionner des lieux de stage dans lesquels un ensemble de conditions sont réunies pour permettre à un jeune médecin d'apprendre son métier dans un environnement favorable.

4- Renforcer la fonction de coordination au sein de la formation

La formation proposée concerne les différentes facettes du métier et touche donc à des domaines différents. Les formateurs ont des backgrounds professionnels différents et une partie d'entre eux changent chaque année. Un travail de coordination est essentiel pour aborder les différentes thématiques comme un ensemble cohérent qui constitue un métier. Or ce travail s'est progressivement relâché, par manque de temps mais aussi peut être parce qu'on a cru que ce qui était en place une année allait spontanément perdurer.

Le besoin de coordination se situe à deux niveaux : la coordination globale et celle des modules. La coordination globale planifie la formation dans le temps, discute avec les coordinateurs de modules la trame du contenu de la formation en fonction des besoins d'apprentissage ainsi que l'approche pédagogique générale, stimule la phase de préparation, s'assure que les contenus proposés restent cohérents avec les besoins identifiés (et non avec les centres d'intérêt des formateurs), maintient un contact avec les coordinateurs des modules, assurent l'organisation pratique de la formation et son évaluation. Les coordinateurs de module élaborent la trame du contenu, en assurent la cohérence par rapport aux objectifs, proposent l'approche pédagogique précise, contactent les autres intervenants du module et leur donnent l'information nécessaire pour qu'ils s'intègrent à l'équipe, stimulent des séances de préparation.

La capacité à conserver la cohérence globale de cette formation tiendra beaucoup à la capacité de réinvestir la fonction de coordination, à la fois globalement et au niveau de chaque module.

Dans cet objectif, *l'atelier propose* :

- ***Un renforcement de l'attention apportée au travail de coordination global. Envisager un binôme de coordination Santé-Sud/AMC pourrait faciliter ce travail de coordination globale*** notamment en favorisant les conditions d'une interaction constructive entre « expertises métier et matière » et la coordination entre maîtres de stage et médecins en charge du suivi.
- ***Un renforcement du travail de coordination intra-module. L'effort de coordination devrait porter de façon prioritaire sur le binôme de coordination « expertise métier- expertise matière ».*** Il est indispensable que ces deux personnes aient des séances de travail conjoint pour s'accorder de façon précise sur le contenu, l'approche pédagogique et la répartition des rôles entre eux. Selon les possibilités, le binôme de coordination se coordonnera aussi de façon plus ou moins étroite avec les autres intervenants qu'il souhaite impliquer dans le module concerné.

5- Renforcer la coordination entre les éléments du dispositif global

Replacer la formation dans l'ensemble du dispositif plus global d'assurance qualité des médecins de campagne a permis simultanément de mieux prendre conscience de la complémentarité « naturelle » qui existe entre les éléments du dispositif.

Tableau 5 – Bref descriptif des activités d'assurance qualité des médecins de campagne

Le **suivi** de l'ensemble de la structure de soins où travaille le jeune médecin, effectuée de façon systématique deux fois par an, correspond à ce que l'on appelle généralement une « supervision formative ». Attentive à l'ensemble des fonctions du médecin responsable d'un centre, elle s'intéresse à l'ensemble des activités, au travail d'équipe et à l'interaction du centre avec les acteurs locaux et l'ECD. En cela elle est le prolongement évident de la formation préalable.

Le **mentoring** est une activité fondamentalement différente du suivi. Il ne s'agit plus en effet de la supervision d'une structure de soins dans l'ensemble de ses activités, mais d'une sorte de « compagnonnage » entre pairs, en l'occurrence entre médecins de campagne, dans le cadre d'une association professionnelle. L'objectif est ciblé sur l'apprentissage entre pairs à travers la visite réciproque et les échanges sur les modes de pratiques. C'est une activité non systématique, laissée à l'initiative d'un médecin demandeur (le plus souvent un jeune vis-à-vis d'un aîné) ou de l'AMC lorsque des problèmes précis sont identifiés avec un médecin de campagne. S'il est articulé avec le suivi, le mentoring peut constituer un relais important pour poursuivre l'appui au médecin dans ses fonctions.

La **formation médicale continue** de l'ensemble des médecins de campagne est une activité bien en place dans les groupes régionaux de l'AMC. Elle peut renforcer les activités de suivi et de mentoring si elle prend en compte dans sa programmation les problèmes identifiés au cours de ces activités qui pourraient être, en partie au moins, résolus par un travail de formation continue.

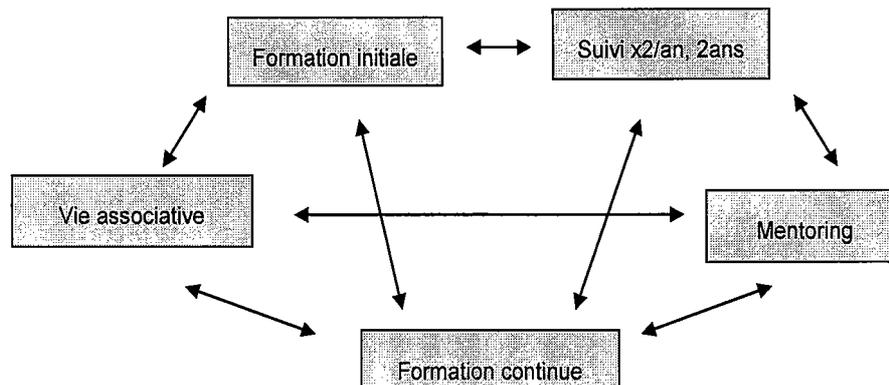
La **vie associative** par les échanges et les discussions sur le métier, le suivi d'activités spécifiques, l'élaboration de nouveaux projets complète le dispositif et peut apporter certaines réponses à des problèmes ressentis par les médecins de campagne ou identifiés lors de visites de suivi ou de mentoring.

L'ensemble de ces activités participent à la construction d'une identité professionnelle spécifique à travers l'acquisition d'une compétence spécifique et d'une culture professionnelle commune.

L'atelier a mis en évidence la nécessité d'améliorer la coordination entre les éléments du dispositif et entre les acteurs en charge de l'organisation de ces différents éléments. L'absence de feedback des maîtres de stage aux médecins en charge du suivi, l'absence de feedback des médecins en charge du suivi à l'AMC, l'absence de discussions au sein de l'AMC sur les besoins de formation continue identifiés à partir du suivi et du mentoring, sont autant d'obstacles à un fonctionnement plus performant de l'ensemble du dispositif.

Les discussions ont permis aux partenaires de prendre conscience du besoin de coordination entre les différentes activités. L'atelier s'est engagé à mettre en place des mécanismes de coordination, entre les activités et de façon plus générale entre l'AMC et Santé-Sud pour lever les obstacles identifiés.

Schéma 3– Dispositif global et coordonné d'assurance qualité des médecins de campagne



Perspectives

La perspective de la fin du projet actuel en décembre 2006 génère des questions sur l'avenir des activités en cours. La question des partenariats techniques et financiers est envisagée.

Mais la recherche de partenariats suppose d'avoir au préalable clarifié les grandes orientations souhaitées. L'AMC, acteur central du mouvement des médecins de campagne qu'elle représente, a depuis le point de départ été supportée de façon importante par l'ONG Santé-Sud. L'avenir du mouvement passe donc très logiquement par une réflexion sur la façon dont l'AMC envisage son avenir : quelles orientations, avec quels partenaires éventuels ?

L'atelier-bilan n'avait bien entendu pas pour objet de déterminer les orientations futures de l'AMC. Il revient à l'association de les déterminer. En revanche l'atelier a permis de réfléchir aux rôles et responsabilités actuelles de Santé-Sud et de l'AMC dans les différentes activités en cours, et d'envisager l'évolution possible de ces rôles. La présence à l'atelier de plusieurs membres du bureau national de l'AMC a rendu possible ces discussions.

Rôles et responsabilités actuelles des partenaires vis-à-vis du dispositif d'assurance qualité

Jusqu'à présent, l'AMC et Santé-Sud collaborent sur la plupart des activités. L'équipe de Santé-Sud Mali, constituée notamment de deux ex-médecins de campagne expérimentés, agit en pratique comme une cellule d'appui technique à l'AMC (Cf tableau 6.).

Santé-Sud est plus directement en charge de tout le dispositif d'appui à l'installation (contacts entre communauté et jeunes médecins, informations générales aux médecins candidats à l'installation, étude de faisabilité, organisation de l'appui matériel aux nouveaux installés, organisation de la formation préalable et du suivi).

L'AMC est de son côté plus directement en charge des activités liées aux volets associatif et professionnel : mentoring, formation continue et activités associatives diverses. En pratique cependant, elle recourt régulièrement à l'appui logistique et/ou technique de Santé-Sud pour certaines de ces activités.

Tableau6- Rôles et responsabilités de l'AMC et de Santé-Sud dans le dispositif d'assurance qualité

Activité	Implication AMC	Implication Santé-Sud
Formation préalable	Contribution à la formation théorique et pratique à travers les maîtres de stage	Coordination générale de la formation Support logistique Contribution à la formation théorique
Suivi des jeunes médecins formés pendant 2 ans		Responsabilité entière de Santé-Sud Mali
Mentoring	Responsabilité entière de l'AMC	
Formation médicale continue	Initiative et organisation de l'AMC	Appui logistique et/ou technique de Santé-Sud selon les besoins
Vie associative	Initiative et organisation de l'AMC	Présence de Santé-Sud à certaines réunions régionales Appui à l'organisation de l'assemblée générale annuelle Appui plus spécifique pour certaines activités telles que les échanges Nord-Sud, les réseaux de prise en charge de certaines pathologies...

Aux côtés de l'AMC et de Santé-Sud, le partenariat avec l'IMT s'est effectué selon deux modalités :

- Une collaboration ciblée sur certaines activités pour lesquelles une demande avait été exprimée. Cela a été le cas pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la formation préalable, et pour un appui au travail de suivi effectué par Santé-Sud.
- Un travail d'observation plus global de différents aspects du mouvement des médecins de campagne, et, basé sur ces observations, une contribution à la réflexion sur la place des médecins de campagne dans le système de soins Malien, sur la notion de 'label qualité' des médecins de campagne, sur les spécificités des activités de mentoring et de suivi, et sur les rôles et responsabilités futures de l'AMC et de Santé-Sud dans l'ensemble des activités des médecins de campagne.

Evolution possible des rôles et responsabilités dans l'avenir

Les discussions lors de l'atelier-bilan ont permis de clarifier, d'explicitier, et de prendre certaines positions quant aux options possibles pour l'avenir :

1. L'AMC a pris conscience que la force de la formation préalable tient en grande partie à son insertion dans un dispositif global. Elle souhaite pouvoir maintenir l'ensemble du dispositif d'assurance qualité mis en place, et le renforcer à travers une meilleure coordination entre les différentes activités, et donc entre les différents partenaires impliqués dans ces activités. Pour cela elle envisage de rédiger un projet d'orientation de l'AMC d'ici la fin 2006, et sur la base de ce projet, rechercher un appui financier et des partenariats techniques. Un appui financier global sera préféré à des appuis financiers 'activité par activité'. Une fragmentation du financement des activités risque en effet de mener à une fragmentation des activités elles-mêmes, et en conséquence à la perte de cohérence du dispositif.
2. En ce qui concerne les partenariats techniques, l'AMC souhaite dans la mesure du possible poursuivre ses partenariats privilégiés avec Santé-Sud et l'IMT, mais est ouverte à de nouvelles collaborations, tout particulièrement avec des structures et institutions Maliennes.
3. L'activité de suivi ne relève pas de la responsabilité de l'AMC. Elle correspond à un travail de supervision formative qui s'adresse à l'ensemble des acteurs locaux impliqués dans une structure de soins donnée. L'AMC en tant qu'association de médecins n'a pas la légitimité ni le mandat pour effectuer ce travail. Elle a donc besoin d'un partenariat pour cette activité. Le partenaire 'naturel' est l'équipe-cadre de cercle qui est normalement en charge de la supervision des centres. Cependant, cette activité n'est actuellement pas toujours assurée de façon satisfaisante par les équipes cadres pour différentes raisons que nous ne détaillerons pas ici. Santé-Sud a le mandat, dans le cadre du projet en cours, d'assurer les visites de suivi pendant les deux premières années d'installation des médecins de campagne. Conscients de l'importance de la coordination avec les équipes cadres responsables des centres visités, les animateurs de Santé Sud cherchent à communiquer de façon très régulière avec ces équipes cadres. L'ONG a acquis une certaine expertise de suivi, reconnue dans le pays, et l'AMC est satisfaite de sa collaboration avec Santé-Sud dans ce domaine.
4. Les activités de mentoring, de vie associative et de formation continue relèvent de la responsabilité de l'AMC. Certains aspects requièrent des collaborations ponctuelles ou des partenariats plus prolongés (ex : échanges Nord-Sud, réseaux action-recherche sur trois maladies chroniques...).
5. La formation préalable relève d'une responsabilité partagée. La formation préalable et plus globalement l'appui à l'installation des médecins de campagne est une activité essentielle car elle détermine pour beaucoup l'attractivité de jeunes médecins vers le métier de médecin de campagne. Elle repose actuellement beaucoup sur Santé-Sud. L'AMC pense qu'il est envisageable et souhaitable d'évoluer vers une responsabilité mieux partagée. Actuellement, l'AMC contribue à la formation à travers la réflexion sur l'adéquation de la formation aux besoins, la fourniture de « l'expertise métier » et la prise en charge des stages. Elle se dit prête à intervenir dans le processus de sélection des médecins pour la formation, dans la recherche des lieux de formation et dans un appui à l'organisation pratique. Elle souhaite un partenariat pour la coordination globale et l'organisation pratique, mais tient à y être associée.

Conclusion

Cet atelier technique réunissant, après trois années d'expérience, les partenaires impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la formation préalable des jeunes médecins de campagne a été très fructueux. Il a permis de faire un bilan technique de la formation qui mais aussi de la resituer dans la perspective plus globale de l'action des médecins de campagne.

Le **bilan technique** de la formation a mis en lumière ses principaux atouts : une formation professionnelle élaborée avec les professionnels du métier en fonction de besoins clairement identifiés, articulant théorie et pratique, et impliquant des professionnels reconnus du métier dans la formation ; une formation qui répond à un besoin réel et que l'ensemble des médecins de campagne s'est approprié comme une activité essentielle à poursuivre. Le bilan a également permis de mettre le doigt sur des éléments clés de la qualité de la formation vis-à-vis desquels il faut maintenir une grande vigilance: la vigilance quant aux critères de sélection des maîtres de stage, la sélection des médecins à former (plusieurs mois d'expérience), le besoin de renforcer l'organisation des stages, le besoin d'optimiser la collaboration entre 'expertise métier' et 'expertise matière' au niveau des modules, le besoin de renforcer la coordination globale de la formation.

Au-delà du bilan technique spécifique, l'atelier a **resitué la formation dans le contexte plus global de l'ensemble du dispositif d'assurance qualité** progressivement mis en place par l'AMC et Santé-Sud. Cela a permis de prendre conscience des nécessaires complémentarités entre les activités et de la nécessité de renforcer leur coordination. Cela a conduit aussi à souligner l'importance, avant de chercher des partenariats techniques et financiers ultérieurs de développer un plan d'orientation, une stratégie globale qui soit une base de discussion. Enfin, cela a également permis de clarifier en quoi l'activité de suivi ne relevait pas de la responsabilité de l'AMC.

Le caractère très ouvert et très constructif des discussions lors de cet atelier témoigne aussi des relations de confiance qui se sont progressivement développées au cours des années de collaboration, et qui constitue un capital essentiel pour poursuivre un travail de qualité.

Annexes

Annexe 1 – Liste des personnes présentes à l’atelier

Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC Mali)

Karamoko NIMAGA	Président
Moussa MARIKO	Commissaire au compte
Timothé DAO	Délégué
Seydou KONATE	Secrétaire général
Lassine DIARRA	Secrétaire général du bureau régional AMC-Kayes

Santé-Sud Mali

Seydou COULIBALY	Coordinateur général
Cheick Mohamed Mansour SY	Chef de projet « médecins de campagne »
Mahamadou THIERO	Gestionnaire

Institut de Médecine Tropicale d’Anvers, Belgique

Monique VAN DORMAEL	Chargée de cours au département de santé publique
Sylvie DUGAS	Assistante de recherche au département de santé publique

Annexe 2 – Charte des médecins de campagne

CHARTRE DU MEDECIN DE CAMPAGNE

La présente charte s'adresse à l'ensemble des médecins de campagne (c'est à dire tout médecin exerçant son activité dans une aire de santé rurale hors fonction publique) adhérents à l'Association des Médecins de Campagne.

Article 1 : Etre docteur en Médecine, inscrit au Conseil de l'Ordre National des Médecins du Mali

Article 2 : Respecter les règles d'éthique et de déontologie médicale

Article 3 : Mettre à disposition ses compétences pour apporter des soins de qualité à tout individu qui fait appel à lui sans distinction de sexe, d'âge, d'ethnie, de religion, de lieu d'habitation

Article 4 : Organiser son activité pour permettre à la population dont il a la charge de disposer au mieux d'un médecin en continu

Article 5 : Etre disposé à effectuer le Paquet Minimum d'Activités curatives et préventives, défini dans le programme de développement socio-sanitaire du Mali, dans la structure dans laquelle il exerce et en stratégie avancée dans l'aire de santé dont il dépend

Article 6 : Participer aux activités de lutte contre les maladies dites prioritaires

Article 7 : Mettre en place des activités de promotion de la santé et d'éducation des populations

Article 8 : Dispenser des soins de santé aux meilleurs tarifs, en tenant compte des capacités de financement des populations

Article 9 : Promouvoir la prescription en médicaments essentiels génériques

Article 10 : Promouvoir les mécanismes de protection sociale auprès des populations dont il assure les soins

Article 11 : Mettre régulièrement à jour ses connaissances dans le cadre d'une formation continue

Article 12 : Respecter les contrats passés avec les autorités administratives, les représentants de la communauté et les partenaires au développement

Article 13 : Recueillir des données d'activité et fournir des rapports réguliers aux autorités sanitaires