

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But- Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2024 - 2025

N°...../

THÈSE

**Devenir professionnel des médecins généralistes diplômés de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'USTTB de 2019 à
2023**

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2026 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

M. Vamara DEMBÉLÉ

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : M. Nouhoum TELLY, Maître de Conférences Agrégé
Membres : M. Moriké DEMBELE, Maître de Conférences
: M. Brehima BENGALY, Maître de Conférences Agrégé
Co-directeur : M. Modibo SANGARÉ, Maître-assistant
Directeur : M. Birama Apho LY, Maître de Conférences Agrégé

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA
FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

SECRETARIAT PRINCIPAL

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA**, Professeur
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE**, Professeur
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE**, Maitre de Conférences
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE**, Inspecteur du Trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie □ Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale □ Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISOOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale

33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale

47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELL Y	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 10 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACES

Dédicaces

« Au nom d'Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux »

À mes parents, pour leur amour sincère, leur patience exemplaire et leur soutien indéfectible, qui ont rendu possible l'accomplissement de ce parcours académique.

REMERCIEMENTS

Remerciement

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes et institutions qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Avant tout, je rends grâce à Allah, Le Tout-Miséricordieux, pour m'avoir accordé la santé, la patience, le courage et la persévérance nécessaires à l'aboutissement de cette thèse.

À mes parents, à mon oncle ainsi qu'à l'ensemble de ma famille, pour leur amour, leurs sacrifices, leurs conseils avisés, leurs prières et leur soutien moral et matériel tout au long de mon cursus universitaire. Leur accompagnement a constitué un pilier essentiel dans la réussite de mes études et l'achèvement de ce travail.

À mon Directeur de thèse, le Professeur Birama Apho Ly, pour avoir accepté de diriger ce travail. Sa disponibilité, son encadrement rigoureux, ses conseils avisés ainsi que sa précieuse contribution à la conception, à la correction et à l'amélioration de ce manuscrit ont été déterminants pour l'aboutissement de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

À mon Co-directeur de thèse, le Professeur Modibo Sangaré, pour avoir initié ce sujet de recherche et pour la confiance qu'il m'a accordée. Sa disponibilité, sa rigueur scientifique et ses orientations pertinentes ont grandement contribué à la réalisation de cette étude.

À mes deux épouses, pour leur patience, leur compréhension, leurs encouragements et leur soutien constant tout au long de mon parcours académique.

À tous mes frères et sœurs, pour leur affection, leur solidarité et leurs encouragements permanents qui ont contribué à maintenir ma détermination.

À mes frères en islam, pour leurs prières, leur accompagnement spirituel et leur fraternité sincère qui ont renforcé ma foi et ma persévérance.

À l'ensemble des enseignants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako, pour la qualité de l'enseignement reçu et les connaissances transmises tout au long de ma formation.

À tous les médecins généralistes diplômés de la FMOS ayant accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et leur précieuse contribution à la collecte des données.

À toutes celles et à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail et dont les noms ne sauraient être tous cités ici, j'adresse mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maitre et Président du jury

Professeur Nouhoum TELLY

- Maitre Conférences Agrégé ;
- Chef de section surveillance épidémiologique la cellule sectorielle de lutte contre le VIH-Sida, la tuberculose et les Hépatites virales (CLS TB-H) ;
- Secrétaire général adjoint de la société malienne d'épidémiologie (SOMEPI) ;
- Chef de Section Surveillance Epidémiologique à la cellule Sectorielle de lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB) du Ministère de la Santé et Développement Social (MSDS).

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury. Ceci témoigne à suffisance de votre engagement à transmettre à la jeune génération l'immense savoir acquis au cours de votre brillante carrière, mais aussi de votre générosité et de votre modestie. Sachez que nous sommes très honorés de vous avoir comme Maître et de compter parmi les bénéficiaires de vos conseils si précieux.

À notre Maitre et Membre du jury

Professeur Moriké DEMBELE

- Directeur de publication de la Revue Recherches Africaines chez Université des Lettres et Sciences Humaines de Bamako
- Maître de Conférences, LSH Sciences de l'éducation au sein de la FSHSE

Cher maître,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury, malgré vos nombreuses responsabilités. Votre expertise et votre bienveillance nous inspirent et renforcent notre admiration. Que Dieu vous accorde une longue vie et d'avantage de succès.

À notre Maître et Membre du jury

Docteur Bourama BENGALY

- Maître de Conférences en chirurgie générale à la FMOS
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Praticien hospitalier au CHU de Point G

Cher maître

Nous sommes honorés par votre présence dans ce jury. Votre humanité, votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait imposent respect et admiration. Permettez-nous, Cher Maître, de vous adresser l'expression de nos sentiments les plus distingués.

À notre Maitre et Co-directeur de thèse

Docteur Modibo SANGARE

- Spécialiste en Médecine Moléculaire
- PhD en Neurosciences (Université Georges Washington)
- Maître Assistant en Anglais à la FMOS/FAPH
- Enseignant titulaire des cours d'anglais à la FST/INFSS
- Ancien Secrétaire Principal à la FMOS

Cher maître

Votre disponibilité, votre assurance, votre humilité et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle. Merci pour votre patience, vos encouragements, votre soutien de chaque instant et surtout vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Nous sommes honorés d'être compté parmi vos disciples.

Puisse Dieu vous accompagner dans vos activités !

À notre Maître et Directeur de thèse

Docteur Birama Apho LY

- Docteur en Médecine, MPH, PhD ;
- Maître de Conférences en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB) ;
- Directeur du Centre d'Analyse et de Recherche de l'Espace Sahélo-Saharien Modibo GOITA (CARESS) de l'Ecole de Maintien de la Paix Alioune Blondin BEYE (EMPABB) ;
- Vice-président de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP).

Cher maître

Votre grande culture scientifique, votre rigueur dans le travail et vos multiples qualités humaines imposent respect et admiration.

Votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre souci constant du travail bien fait font de vous une référence dans le monde de la santé.

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Tout en vous témoignant notre reconnaissance, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre haute bienveillance

Liste des sigles et abréviations

CARESS : Centre d'Analyse et de Recherche de l'Espace Sahélo-Saharien Modibo Goïta

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMNL : Comité Militaire de Libération Nationale

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins (France)

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)

CREDOS : Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant

CRLD : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSLS-TB : Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales

DER : Département d'Enseignement et de Recherche

DL : Décret-Loi

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (France)

DRS : Direction Régionale de la Santé

EDS(M) : Enquête Démographique et de Santé (du Mali)

EMPABB : École de Maintien de la Paix Alioune Blondin Bèye

ENMP : École Nationale de Médecine et de Pharmacie

EPH : Établissement Public Hospitalier

EPST : Établissement Public à caractère Scientifique et Technologique

FAPH : Faculté de Pharmacie

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (ancienne dénomination de la FMOS)

FSHSE : Faculté des Sciences Humaines, Sociales et de l'Éducation

FST : Faculté des Sciences et Techniques

IHB : Infirmerie-Hôpital de Bamako

IHK : Infirmerie-Hôpital de Kati

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique
INSTAT : Institut National de la Statistique
LNS : Laboratoire National de la Santé
MPH : Master of Public Health (Maîtrise en santé publique)
MSDS : Ministère de la Santé et du Développement Social
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONEF : Observatoire National de l'Emploi et de la Formation
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PADES : Projet d'Appui au Développement de l'Enseignement Supérieur
PASRES : Programme d'Appui Stratégique à la Recherche Scientifique (Côte d'Ivoire)
PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PG-RM : Président du Gouvernement de la République du Mali
P-RM : Président de la République du Mali
PMA : Paquet Minimum d'Activités
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLIS : Système Local d'Information Sanitaire
SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali
SOMASAP : Société Malienne de Santé Publique
SOMEPI : Société Malienne d'Épidémiologie
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SY.ME.MA : Syndicat des Médecins du Mali
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des médecins selon le statut matrimonial.....	23
Tableau II : Répartition des médecins selon l'année de soutenance.....	23
Tableau III : Répartition des médecins selon la spécialité choisie pour la thèse.....	24
Tableau IV : Répartition des médecins selon la spécialité désirée	25
Tableau V : Répartition des médecins selon le temps avant d'exercer la médecine après l'obtention de votre diplôme (n=101).....	27
Tableau VI : Répartition des médecins selon le moyen d'information du premier emploi (n=130).....	27
Tableau VII : Répartition des médecins selon le statut de travail.....	28
Tableau VIII : Répartition des médecins selon l'établissement d'exercice.....	28
Tableau IX : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice principal.....	29
Tableau X : Répartition des médecins selon la première rémunération salariale (n=118).....	29
Tableau XI : Répartition des médecins selon le changement de travail.....	29
Tableau XII : Répartition des médecins selon les raisons du changement de travail (n=43) .	30
Tableau XIII : Répartition des médecins selon le pays étranger où s'est effectué le travail ou stage.....	31
Tableau XIV : Répartition des médecins selon le niveau de satisfaction de leur carrière	31
Tableau XV : Répartition des médecins selon les principaux défis rencontrés (n=143).....	32
Tableau XVI : Répartition des médecins selon les compétences supplémentaires qu'ils auraient aimé acquérir pendant leurs études (n=143).....	32
Tableau XVII : Répartition des médecins selon l'évaluation de la formation à la FMOS	33
Tableau XVIII : Répartition des médecins selon l'année de sortie et la pratique.....	33
Tableau XIX : Mobilité géographique des médecins selon le sexe	33
Tableau XX : Distribution des tranches de salaires selon le sexe.	34
Tableau XXI : Distribution de la satisfaction au travail des médecins selon la rémunération	34
Tableau XXII : Distribution du temps de trouver un premier emploi selon le service de la thèse.....	34
Tableau XXIII : Distribution de la satisfaction des médecins selon le désir de spécialisation	35

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des médecins selon le sexe.....	21
Figure 2 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge	21
Figure 3 : Répartition des médecins selon le désir de faire une étude de spécialisation.....	24
Figure 6 : Répartition des médecins selon le suivi d'une formation supplémentaire certifiée	26
Figure 7 : Répartition des médecins selon le fait d'être membre d'associations médicales	26
Figure 4 : répartition des médecins selon l'exercice de la médecine après l'obtention du diplôme.....	26
Figure 5 : Répartition des médecins selon la notion de travail ou de stages à l'étranger	30

Table des Matières

1	Question de recherche	3
2	OBJECTIFS	5
2.1	Objectif général.....	5
2.2	Objectifs spécifiques	5
3	GENERALITES	5
3.1	Définition des concepts.....	5
3.2	Revue de la littérature.....	7
3.3	Fondements théoriques de l'insertion professionnelle	9
3.4	L'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali.....	10
3.5	Les jeunes diplômés face au marché du travail malien	10
3.6	Les déterminants de l'employabilité	11
3.7	Données socio-démographiques au Mali	12
3.8	Organisation du système de santé Au Mali.....	13
3.9	Etudes de médecine au Mali	16
3.10	Le parcours professionnel des médecins :.....	18
3.11	Flux de médecins sur le marché de l'emploi au Mali	19
4	Matériels et méthodes	15
4.1	Cadre d'étude.....	15
4.2	Type et période d'étude	16
4.3	Population d'étude.....	16
4.4	Échantillonnage.....	16
4.5	Critères d'étude.....	17
4.6	Variables de l'étude.....	14
4.6.2	Définitions opérationnelles des variables de l'étude	17
4.7	Techniques et outils de collecte des données.....	17
4.8	Gestion des données.....	18
4.9	Analyse statistique	18
4.10	Plan de diffusion des résultats	18
4.11	Considérations éthiques	19
5	RÉSULTATS.....	21
5.1	Profil sociodémographique des sortants	21
5.2	Profil académique	23
5.3	Statut professionnel	26

5.4	Satisfaction et difficulté	31
5.5	Données analytiques.....	33
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	38
6.1	Données sociodémographiques.....	38
6.2	Profil académique	42
6.3	Statut professionnel	46
6.4	Qualité de l'insertion professionnelle des jeunes médecins diplômés de la FMOS.....	56
7	CONCLUSION	63
8	RECOMMANDATIONS	64
9	REFERENCES	67
10	ANNEXES.....	72

INTRODUCTION

Le développement des ressources humaines en santé constitue l'un des piliers essentiels du renforcement des systèmes de santé et de la progression vers la couverture sanitaire universelle. Parmi ces ressources, les médecins occupent une place stratégique dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la continuité des soins. Cependant, l'augmentation du nombre de médecins formés ne garantit pas, à elle seule, une amélioration de la couverture sanitaire : leur insertion professionnelle, leur répartition géographique, leurs conditions d'exercice et leur maintien dans le système de santé influencent directement l'accès des populations à des soins de qualité [1].

Le devenir professionnel désigne l'ensemble des étapes et des trajectoires qu'un diplômé connaît après sa formation initiale, depuis l'accès au premier emploi jusqu'aux évolutions ultérieures de sa carrière, incluant la stabilité de l'emploi, les mobilités et les éventuelles reconversions [2,3]. Appliqué aux médecins généralistes, il permet d'étudier leur statut professionnel, leur secteur et leur lieu d'exercice, leurs conditions de travail, leur satisfaction et leurs perspectives de carrière — une approche qui suppose, comme le souligne Bouabdallah, de dépasser les seules compétences techniques pour intégrer les dimensions humaines et sociales de la formation médicale [4].

En Afrique, malgré l'augmentation des capacités de formation, les ressources humaines en santé restent marquées par une insuffisance globale de personnel, une répartition géographique inégale et une faible capacité d'absorption des diplômés [1]. Plusieurs initiatives y répondent, notamment la médecine générale communautaire expérimentée au Mali, à Madagascar et au Bénin, qui offre une insertion en dehors des emplois publics classiques [5-7].

Au Mali, le secteur public ne peut absorber l'ensemble des médecins formés ; le secteur privé, les ONG, les structures communautaires et la délégation médicale offrent des possibilités d'emploi aux conditions variables [8,1]. Cette faible capacité d'absorption est illustrée par le concours de recrutement du 31 décembre 2021, où seulement 18 postes de médecins généralistes ont été ouverts après trois années sans recrutement — nombre que le Syndicat des Médecins du Mali a qualifié d'« insignifiant » [9]. Le *numerus clausus*, instauré en 2002 à la FMOS pour réguler les admissions selon les capacités d'encadrement [10], ne peut produire pleinement ses effets sans une planification conjointe des besoins sanitaires et des possibilités d'emploi.

En France, Goguet puis Pinson Goguet et Beis ont étudié les médecins diplômés de la Faculté de Dijon entre 1993 et 2002, dans un contexte différent de celui du Mali [11,12]. Au Mali,

Ben Moulaye Idriss a retracé le devenir des sortants de l'École nationale de médecine et de pharmacie entre 1969 et 1999 [13], puis Dembélé a étudié le parcours des médecins sortis de la FMOS entre 2012 et 2014, révélant des difficultés d'intégration et la place croissante des ONG [8]. Ces études maliennes, fondatrices mais anciennes, ne décrivent pas les trajectoires des diplômés récents, dans un contexte marqué depuis par la hausse du nombre de diplômés, le développement du secteur privé et les conséquences de la pandémie de COVID-19.

À notre connaissance, aucune étude publiée n'a décrit de manière spécifique le devenir professionnel des médecins généralistes diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023. Cette absence de données récentes limite la capacité des responsables sanitaires et universitaires à planifier les ressources humaines, adapter les politiques de recrutement et orienter la formation médicale selon les besoins du pays. C'est dans ce contexte que la présente étude a été réalisée afin d'étudier le devenir professionnel des médecins généralistes diplômés de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako entre 2019 et 2023.

1 Question de recherche

Quel est le devenir professionnel des médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023 ?

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier le devenir professionnel des médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la situation professionnelle des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023 ;
- Identifier lieux et secteurs d'exercice des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023 ;
- Décrire les conditions d'exercice des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023 ;
- Établir le parcours professionnel des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023 ;
- Déterminer la satisfaction des médecins généralistes diplômés maliens entre 2019 et 2023.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition des concepts

Avant d'aborder les différents aspects du devenir professionnel des médecins généralistes, il convient de définir clairement les concepts clés mobilisés dans cette étude.

3.1.1 Devenir professionnel

Le devenir professionnel désigne la trajectoire qu'emprunte un individu sur le marché du travail à l'issue de sa formation initiale, à travers l'ensemble des étapes qui vont de l'insertion professionnelle à l'évolution ultérieure de sa carrière [2]. Il ne se limite pas au simple accès à un premier emploi, mais intègre également la nature de cet emploi, sa stabilité, son adéquation avec la formation reçue, ainsi que la trajectoire qui en découle dans le temps. Appliqué aux médecins généralistes, le devenir professionnel regroupe l'ensemble des éléments qui caractérisent leur insertion et leur évolution après l'obtention du diplôme d'État : accès à l'emploi, statut professionnel, lieu et secteur d'exercice, conditions de travail, satisfaction et orientation éventuelle vers une spécialisation.

3.1.2 Situation professionnelle

La situation professionnelle correspond à la position occupée par un individu dans le système d'emploi à un moment donné. Elle est décrite à partir de plusieurs caractéristiques, notamment l'activité exercée, le statut d'emploi, la nature de l'employeur, le secteur d'activité et le niveau de qualification [14]. Chez le médecin généraliste, elle se caractérise principalement à travers deux dimensions :

- a) le lieu d'exercice, c'est-à-dire la structure et la zone géographique, urbaine ou rurale, dans laquelle le médecin exerce son activité (hôpital, centre de santé de référence, centre de santé communautaire, cabinet ou clinique privée, structure confessionnelle ou parapublique, etc.) ;
- b) le secteur d'activité, qui renvoie au cadre institutionnel de l'exercice, à savoir le secteur public (fonction publique, établissements hospitaliers publics), le secteur privé (cliniques, cabinets, laboratoires), le secteur parapublic, confessionnel ou associatif, ou encore l'exercice à l'étranger.

3.1.3 Parcours professionnel

Le parcours professionnel est l'ensemble des séquences et des étapes, choisies ou subies, qu'une personne connaît tout au long de sa vie professionnelle, du premier au dernier jour de son activité [15]. Appliqué aux jeunes médecins, il englobe les différents postes occupés

depuis l'obtention du diplôme, les éventuels changements de structure, de secteur ou de lieu d'exercice, ainsi que les évolutions de carrière telles que la spécialisation ou la reconversion.

3.1.4 Conditions d'exercice

Les conditions d'exercice désignent l'ensemble des caractéristiques matérielles, organisationnelles, techniques et relationnelles dans lesquelles un professionnel exerce son activité. Elles comprennent notamment l'environnement de travail, la charge de travail, la disponibilité des ressources et des équipements, l'organisation des soins, la rémunération, l'autonomie professionnelle ainsi que les conditions de santé et de sécurité au travail. Chez les médecins généralistes, ces conditions influencent directement la qualité des soins, la satisfaction professionnelle, le bien-être au travail et la stabilité du parcours professionnel [16].

3.1.5 Le parcours de spécialisation

Le parcours de spécialisation désigne le cheminement par lequel un médecin, après l'obtention de son diplôme d'État de docteur en médecine, s'engage dans une formation complémentaire (Certificat d'Études Spéciales ou Diplôme d'Études Spécialisées) afin d'acquérir une compétence approfondie dans une discipline médicale ou chirurgicale donnée. En Afrique de l'Ouest francophone, ce parcours dure généralement de trois à cinq années supplémentaires selon la discipline choisie [17]. Il constitue une étape charnière du devenir professionnel des jeunes médecins et conditionne souvent leur trajectoire de carrière ultérieure.

3.1.6 Emploi

L'emploi désigne toute activité professionnelle exercée par un individu en contrepartie d'une rémunération, de façon régulière et reconnue socialement, que ce soit au sein d'une organisation ou de manière indépendante [18]. Il constitue la forme la plus aboutie de participation à la vie économique et se distingue du travail informel ou occasionnel par son caractère stable et généralement contractualisé.

3.1.7 Marché du travail

Le marché du travail est l'espace, réel ou théorique, sur lequel se rencontrent l'offre de travail émanant des personnes en recherche d'emploi et la demande de travail exprimée par les employeurs [19]. Son fonctionnement est déterminé par des mécanismes de régulation tels que les niveaux de salaire, les qualifications requises et les réglementations en vigueur, qui conditionnent l'accès à l'emploi selon les secteurs d'activité, les régions et les niveaux de formation.

3.1.8 Insertion professionnelle

L'insertion professionnelle correspond au processus par lequel un individu, à l'issue de sa formation initiale, accède à un emploi stable et reconnu correspondant à ses compétences et à ses aspirations [20]. Elle se distingue de la simple entrée sur le marché du travail par la notion de stabilisation dans un emploi durable, et suppose une phase transitoire plus ou moins longue entre la fin des études et l'accès à une situation professionnelle satisfaisante [18].

3.1.9 Employabilité

L'employabilité désigne la capacité d'un individu à obtenir un emploi, à le conserver et à évoluer professionnellement, en fonction de ses compétences, de son adaptabilité et des opportunités qu'offre le marché du travail [21]. Elle dépend conjointement de facteurs individuels tels que les compétences et la motivation, de facteurs liés à la formation reçue, notamment son adéquation avec les besoins du marché, et de facteurs contextuels tels que la conjoncture économique et les politiques publiques de l'emploi [22].

3.2 Revue de la littérature

Le devenir professionnel des médecins généralistes, tel que défini ci-dessus, recouvre un ensemble d'indicateurs socioprofessionnels : accès à l'emploi, délai d'insertion, statut d'exercice, secteur et lieu d'exercice, rémunération, satisfaction et orientation vers une spécialisation. C'est ce faisceau d'indicateurs qui permet de caractériser, à un moment donné, la trajectoire d'une cohorte de diplômés [3].

Ce type de problématique correspond classiquement à des études descriptives, le plus souvent transversales ou de cohorte rétrospective, portant sur une ou plusieurs promotions de diplômés d'une même faculté de médecine, interrogés à distance de leur sortie afin de reconstituer leur trajectoire professionnelle.

Ce type d'étude cherche essentiellement à documenter ce que sont devenus les diplômés : ont-ils accédé à un emploi ? Dans quel secteur et dans quelle zone géographique exercent-ils ? Quelles sont leurs conditions de travail et leur niveau de satisfaction ? Envisagent-ils, ou ont-ils déjà entamé, une spécialisation ?

Plusieurs travaux de ce type ont déjà été menés, tant au Mali qu'à l'étranger. Au Mali, Ben Moulaye a étudié la dynamique et le devenir des sortants de l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie/FMPOS entre 1969 et 1999 [13], tandis que Dembelé a examiné le parcours académique et professionnel des médecins sortis de la FMOS entre 2012 et 2014 [8]. Ces

deux travaux demeurent, à notre connaissance, les seules études maliennes ayant directement abordé cette thématique.

En France, plusieurs études similaires ont été conduites à la faculté de médecine de Dijon, portant respectivement sur le devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse entre 1993 et 1997 [11], puis entre 1998 et 2002 [12]. Plus récemment, Levé a étudié les déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes issus de la cohorte de l'Examen Classant National 2017 de l'université de Rouen [23]. Ces travaux mettent en évidence des profils d'insertion nettement différents de ceux observés en Afrique subsaharienne, notamment en matière de mode d'exercice, de satisfaction professionnelle et de répartition par sexe.

En Afrique subsaharienne, la problématique de l'insertion professionnelle des jeunes médecins est étroitement liée à la qualité des institutions et à la gouvernance des systèmes de santé, comme le montre une analyse portant sur les déterminants institutionnels de la santé dans la région [24]. Face à la faible capacité d'absorption des jeunes diplômés par la fonction publique, plusieurs pays ont développé des modèles d'installation en médecine privée communautaire : le guide de référence élaboré par l'ONG Santé Sud décrit les modalités d'installation de médecins généralistes communautaires au Mali, à Madagascar et au Bénin, dans des zones où l'accès aux soins demeure limité [5]. La faisabilité de ce modèle a été confirmée par une évaluation portant sur des médecins installés dans ces trois pays [6], et l'exemple béninois illustre concrètement comment cette approche permet de renforcer la couverture sanitaire des zones rurales [7]. Par ailleurs, une étude comparative menée auprès de médecins africains exerçant au Royaume-Uni, en France et en Suisse a montré que leurs trajectoires varient fortement selon les cadres institutionnels des pays d'accueil [25].

À une échelle plus large, des données de cadrage sur la démographie médicale sont disponibles à travers l'Atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins en France [26], le rapport annuel de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [27], ainsi que le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'état de la force de travail sanitaire en Afrique, qui souligne la persistance d'un paradoxe : une pénurie chronique de personnel de santé coexistant avec un chômage significatif chez les jeunes diplômés du continent [1].

Il ressort de cette revue que la problématique du devenir professionnel des médecins est largement documentée en France et dans certains pays à ressources élevées, mais qu'elle

demeure encore peu explorée au Mali, où la documentation locale reste rare. Cette insuffisance de données actualisées sur le devenir professionnel des jeunes médecins maliens justifie la pertinence et l'actualité de la présente étude.

3.3 Fondements théoriques de l'insertion professionnelle

L'analyse de l'insertion professionnelle des diplômés mobilise classiquement plusieurs cadres théoriques issus de l'économie du travail, qui permettent d'éclairer sous des angles complémentaires les mécanismes par lesquels un individu accède, ou non, à un emploi correspondant à sa formation.

La théorie du capital humain postule que l'éducation constitue un investissement qui accroît la productivité de l'individu et, par conséquent, ses perspectives de rémunération et d'emploi ; chaque travailleur dispose ainsi d'un capital propre, accumulé par la formation et l'expérience, qui détermine ses différences de productivité et de revenu [20]. La théorie du signal, développée en réaction à la précédente, avance que le diplôme ne reflète pas nécessairement un surcroît réel de productivité, mais fonctionne plutôt comme un signal permettant à l'employeur de distinguer, parmi les candidats, ceux qui sont a priori les plus productifs [18]. La théorie de la recherche d'emploi explique quant à elle le comportement des demandeurs d'emploi par un arbitrage entre les offres reçues et le maintien en situation de recherche, en fonction d'un salaire de réserve en deçà duquel le candidat préfère continuer à chercher plutôt qu'accepter un poste [19].

Deux autres cadres complètent utilement cette analyse dans le contexte des pays en développement. La théorie de la segmentation du marché du travail, développée par Doeringer et Piore, décrit la coexistence d'un marché primaire, caractérisé par des emplois stables et bien rémunérés, et d'un marché secondaire, marqué par la précarité et l'informalité, entre lesquels la mobilité est limitée [20]. La théorie de l'appariement (matching), quant à elle, met l'accent sur les frictions inhérentes à la rencontre entre l'offre et la demande de travail, frictions qui expliquent la coexistence simultanée de chômeurs et de postes vacants, y compris pour les diplômés du supérieur [21].

Ces différentes théories ont été mobilisées et discutées dans plusieurs travaux consacrés à l'insertion professionnelle au Mali, notamment par Mariko dans son analyse de la politique d'aide à l'entrepreneuriat des diplômés maliens [20], par Oumou Diallo dans son étude sur l'insertion des diplômés des universités et grandes écoles du Mali [18], et par le rapport de l'Observatoire National de l'Emploi et de la Formation consacré à l'insertion des jeunes sur le

marché du travail malien [19]. Elles fournissent un cadre d'analyse pertinent qui, appliqué au cas spécifique des médecins généralistes, permet de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent leur devenir professionnel.

3.4 L'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali

Au-delà du cas particulier des professions médicales, la question de l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur constitue une préoccupation majeure au Mali, documentée par plusieurs études récentes.

L'enquête qualitative réalisée auprès des employeurs, des enseignants et du personnel administratif des institutions d'enseignement supérieur maliennes, dans le cadre du Projet d'Appui au Développement de l'Enseignement Supérieur, met en évidence une inadéquation persistante entre les formations dispensées et les besoins du marché de l'emploi : les employeurs interrogés soulignent un déficit de compétences pratiques, un manque de maîtrise du français et une insuffisance des stages professionnels, tandis que les enseignants pointent le manque de moyens pédagogiques et la faible articulation entre les programmes universitaires et les réalités professionnelles [22]. Cette même étude relève que l'enseignement, la fonction publique des collectivités et le secteur des services constituent les principaux débouchés des diplômés, la santé demeurant un secteur d'absorption important compte tenu de la faible capacité des structures publiques à recruter [22].

Dans la même perspective, Mariko a analysé les politiques d'aide à l'entrepreneuriat comme réponse aux difficultés d'insertion des diplômés maliens, soulignant que l'auto-emploi constitue de plus en plus une voie de recours face à la saturation du marché salarial [20]. Oumou Diallo, dans son étude consacrée à l'insertion professionnelle des diplômés des universités et grandes écoles du Mali, insiste sur le rôle déterminant des stages, des réseaux relationnels et de l'adéquation entre filière de formation et débouchés effectifs [18]. Ces constats rejoignent ceux formulés par Kobré dans son analyse comparative de l'insertion des diplômés universitaires au Burkina Faso, qui identifie la qualité de la formation, le prestige de l'établissement d'origine et le capital social comme des déterminants majeurs de l'accès à l'emploi [21].

3.5 Les jeunes diplômés face au marché du travail malien

La situation d'ensemble des jeunes sur le marché du travail malien a été largement documentée par l'Observatoire National de l'Emploi et de la Formation à partir des données de l'Enquête Modulaire Permanente. Il en ressort qu'en 2014, si le taux d'emploi global des

jeunes âgés de 15 à 40 ans s'établissait à 66 %, celui des diplômés de l'enseignement supérieur demeurait paradoxalement inférieur à celui des jeunes sans niveau d'instruction, ces derniers occupant plus facilement des emplois informels [19]. Ce même rapport souligne que le taux de chômage augmente avec le niveau d'instruction, les diplômés du supérieur affichant un taux de chômage de 37 %, contre seulement 7 % chez les personnes sans aucun niveau d'instruction, ce qui traduit une difficulté spécifique d'absorption des diplômés par une économie dont le secteur formel demeure étroit [19].

Ce paradoxe est également relevé par Mariko, qui explique la précarité de l'insertion des diplômés maliens par l'étroitesse du secteur formel et l'incapacité de la fonction publique à absorber le flux croissant de sortants de l'enseignement supérieur [20]. L'enquête du Projet d'Appui au Développement de l'Enseignement Supérieur (PADES) confirme ce constat auprès des employeurs et du personnel des institutions d'enseignement supérieur, qui rapportent une orientation croissante des diplômés vers le secteur privé, l'enseignement ou la fonction publique des collectivités territoriales, cette dernière étant perçue comme un tremplin vers la fonction publique centrale [22]. Appliquée au champ spécifique de la santé, cette situation se traduit par une concurrence accrue pour l'accès aux postes de la fonction publique hospitalière et par un recours croissant des jeunes médecins à l'exercice privé ou associatif, ainsi qu'on le verra plus loin dans cette revue.

3.6 Les déterminants de l'employabilité

Les travaux consacrés à l'insertion professionnelle au Mali et dans la sous-région convergent pour identifier plusieurs catégories de facteurs déterminants de l'employabilité des diplômés.

Les facteurs individuels regroupent l'âge, le sexe, le niveau de compétence et la motivation du candidat. Sur ce point, le rapport de l'Observatoire National de l'Emploi et de la Formation montre que le sexe constitue un déterminant significatif de l'insertion au Mali, les jeunes femmes étant surreprésentées parmi les inactifs et davantage exposées au chômage à niveau d'instruction équivalent [19]. Les facteurs liés à la formation concernent la qualité de l'enseignement reçu, la réalisation de stages et l'adéquation entre la filière suivie et les besoins du marché ; l'enquête PADES souligne à cet égard le rôle déterminant des stages professionnels et le caractère souvent trop théorique des formations dispensées dans les institutions maliennes [22]. Les facteurs institutionnels renvoient aux modalités de recrutement, aux politiques publiques de l'emploi et à la gouvernance des systèmes de formation, questions largement développées par Mariko dans son analyse des politiques

d'aide à l'entrepreneuriat au Mali [20]. Les facteurs économiques, tels que la croissance, le niveau d'investissement et la vigueur du secteur privé, ainsi que les facteurs sociaux, notamment le réseau relationnel et le capital social, ont également été identifiés comme déterminants significatifs de l'employabilité par Kobrè dans son étude comparative menée au Burkina Faso [21] et par Oumou Diallo dans le contexte malien [18].

L'ensemble de ces déterminants généraux de l'insertion professionnelle, mis en évidence par ces différents travaux, fournit une grille de lecture pertinente pour analyser le devenir professionnel des médecins généralistes maliens, dans la mesure où ces derniers demeurent soumis aux mêmes contraintes structurelles du marché du travail que l'ensemble des diplômés de l'enseignement supérieur, tout en présentant des spécificités propres à leur profession, développées dans la suite de cette revue de la littérature.

3.7 Données socio-démographiques au Mali

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) est la source essentielle qui permet de disposer, de façon exhaustive, de données détaillées jusqu'au niveau géographique le plus fin sur les caractéristiques démographiques, économiques, culturelles et sociales de la population [28].

Ces données constituent un précieux instrument pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans et programmes de développement, tant au niveau national, régional qu'au niveau local. Les Nations Unies recommandent aux pays membres de réaliser leur RGPH tous les dix ans, afin de disposer de données sociodémographiques actualisées, nécessaires au cadrage des politiques de développement. C'est pourquoi le Gouvernement du Mali a adopté la loi N° 98-020 du 09 mars 1998 et le décret n°98-099/P-RM du 27 mars 1998 (remplacé par le décret n°2017-0449/P-RM du 08 juin 2017) fixant les modalités d'application de la loi [28].

Le Mali a ainsi développé une tradition de réalisation de recensements généraux de la population. Celui de 2022 est le cinquième après ceux de 1976, 1987, 1998 et 2009. Le cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) a été exécuté conformément aux principes et recommandations des Nations Unies en matière de recensement de la série 2020 [28].

A cet effet, des nouvelles technologies de l'information et de la communication ont été utilisées à toutes les phases de l'opération. Les appuis techniques de l'UNFPA, de l'U.S. Census Bureau et d'autres partenaires ont été très utiles dans la préparation, la planification et

l'exécution du recensement qui a été réalisé dans un contexte marqué par la crise multidimensionnelle que le Mali traverse depuis plus d'une décennie.

Lors de la phase préparatoire, l'ensemble des documents et outils techniques ont été élaborés. Les questionnaires ont été validés lors d'un atelier de concertation avec l'ensemble des utilisateurs de données statistiques. En sus, les applications informatiques de collecte des données, le circuit de transmission des données ainsi que les documents et outils techniques y compris les documents de méthodologie ont été testés à plusieurs reprises, notamment lors de la cartographie pilote, du recensement pilote et de l'enquête post-censitaire test.

La cartographie censitaire numérique a été réalisée du 17 juin 2019 au 31 mars 2020 dans les zones du Sud (Kayes, Koulikoro (sauf Nara et Banamba), Sikasso, Ségou (sauf Macina et Niono) et le District de Bamako). Compte tenu du contexte sécuritaire, la cartographie classique a été réalisée du 09 avril au 30 juin 2020 dans les quatre cercles du Sud (Nara et Banamba dans la région de Koulikoro, Macina et Niono dans la région de Ségou) et dans tous les cercles des régions du Centre et du Nord (Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudenni et Ménaka).

Elle a permis de répertorier et de géo référencer tous les sites habités (villes, villages, hameaux) et de disposer de 26 327 Sections d'énumération et 4 504 Districts de dénombrement. Cet effectif a été revu à la hausse à la faveur de l'amélioration de la situation sécuritaire dans certaines zones [28].

3.8 Organisation du système de santé Au Mali

Organisation du système de santé : (Etat et Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux :

- le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères

d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux.

Niveau central

Il comprend 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie – Stomatologie; Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

Niveau intermédiaire

Il regroupe 7 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation

générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif.

Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

Premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

Deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé complété par la carte hospitalière.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

Secteur sanitaire privé

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire.

Services de santé de l'armée

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire.

Services confessionnels de santé

Les structures de prestation de services des Organisations religieuses au nombre de 25 selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 » complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 ».

3.9 Etudes de médecine au Mali

Après son indépendance, la jeune République du Mali a défini une nouvelle politique de l'enseignement au cours de l'année 1962. La réforme qui l'a caractérisée s'avérait nécessaire, car après près de 70 ans de colonisation, le bilan du système d'enseignement était très en dessous de ce que nécessitait le développement du pays. Les cadres moyens qualifiés faisaient défaut dans tous les domaines et les cadres supérieurs étaient extrêmement rares. La création de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie a constitué un des éléments fondamentaux de cette politique. L'option pour une formation locale des cadres médicaux a été dictée par les considérations suivantes :

- au moment de son accession à l'indépendance en 1960, le pays ne disposait que d'une dizaine de docteurs en médecine formés en France et d'une trentaine de médecins africains sortis de l'Ecole africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar. La population s'élevait à cette époque à cinq millions d'habitants, le Mali disposait alors d'un médecin pour 125.000 habitants. Huit ans après le retrait de la France, cette insuffisance a été partiellement compensée par l'arrivée de médecins étrangers (principalement du bloc socialiste) dans le cadre de la coopération internationale ; mais la couverture médicale, surtout des zones rurales, était encore très insuffisante.

- de nombreux étudiants envoyés à l'étranger pour suivre leur formation de médecin ne rentraient pas au Mali à la fin de leurs études ; aux quelques rares diplômés qui revenaient étaient confiés des postes de responsabilité dans les ministères, dans les hôpitaux et les directions régionales, tandis que les centres de santé de cercle ne disposaient pas de médecins. C'est ainsi qu'en 1975 les centres de santé dans deux cercles sur trois étaient encore tenus par des infirmiers.
- de nombreux étudiants acceptaient de suivre une formation médicale, sans avoir la moindre motivation pour ce métier, pour pouvoir uniquement bénéficier d'une bourse pouvant leur permettre d'accéder aux pays occidentaux.
- les formations médicales à l'étranger étaient trop éloignées des réalités locales et posaient des problèmes d'insertion dans le contexte national après le retour des intéressés ; l'une des grandes conséquences était le refus d'accepter une affectation en zone rurale.
- les formations données à l'étranger étaient très hétérogènes et à des diplômes identiques ne correspondaient pas toujours des compétences égales.

C'est en vue de résoudre ces différents problèmes et dans le souci d'assurer une couverture sanitaire satisfaisante, qu'a été créée par la loi n° 68.26/DL/PG-RM du 13 juin 1968 l'Ecole Nationale de Médecine de Pharmacie et de Dentisterie du Mali. Le décret N° 230/PG-RM du 30 décembre 1969 délimitait les grandes lignes de son organisation. Elle était destinée à former des assistants médicaux, des assistants pharmaciens et des assistants dentistes, et cela en quatre années. Mais seules les filières médicales et pharmaceutiques ont été ouvertes jusqu'à ce jour.

En 1971 les étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine et de pharmacie (ENMP) ont entrepris un mouvement de contestation pour obtenir que l'école forme désormais des médecins qui continuaient à être formés à l'étranger estimant qu'un tel système constituait une discrimination entre ceux qui restaient au Mali et les autres. Ils eurent gain de cause et l'ordonnance N°37/CMNL en date du 31 juin 1973, modifia la loi précédente en ces termes : il est créé un établissement d'enseignement supérieur dénommé Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP), destiné à former des cadres supérieurs de santé.

La scolarité de l'école sera portée à cinq ans par le décret N° 100/PG du 31 juillet 1973 portant organisation de l'ENMP, qui à son tour se verra rectifié par l'article 2 du décret N° 96/360 (du 30 décembre 1996) stipulant la création de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et Odonto stomatologie (FMPOS) qui a pour mission :

- la formation de docteurs en Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie ; la filière

odontostomatologie n'est pas ouverte jusqu'à cette date.

- la formation des spécialistes en sciences de la santé.
- la formation à la recherche médicale et pharmaceutique.

Ainsi la durée de la formation sera portée :

- à sept (7) ans pour la médecine générale
- à six (6) ans pour la pharmacie
- à quatre (4) ans pour les certificats d'études spéciales (CES).

En 2002, le numerus clausus fut instauré à la FMPOS au motif entre autres de : l'inadéquation entre effectif pléthorique des étudiants, l'insuffisance des Enseignants et des capacités des structures de Formation comme les centres hospitaliers universitaires (CHU).

En 2006, la filière odontostomatologie a été créée et compléta ainsi le sigle en FMPOS (Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie) avec un cycle de formation de 6 ans. La filière Odontologie ouvrit effectivement en 2007.

La FMPOS est la seule faculté de médecine (publique) du Mali accueillant des étudiants originaires de nombreux pays Africains. Elle est composée de quelques grands Départements d'Enseignement et de Recherche (DER) : le DER de Médecine, le DER de Chirurgie et spécialités chirurgicales, le DER des Sciences Pharmaceutiques et le DER de santé publique et spécialités. Elle s'est donnée comme mission :

- la formation des docteurs en médecine, en pharmacie et en odontostomatologie
- la formation complète des spécialistes dans divers domaines des sciences médicales.

En 2011, par suite de la création de l'USTTB (Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako), la FMPOS fut scindée en deux : la Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie (FMOS) et la Faculté de Pharmacie (FAPH) avec des administrations différentes. Après le décès du Pr Anatole Tounkara, le vice-doyen Pr Ibrahim I Maïga assura l'intérim de 2012 à 2014. De 2014 à 2023, le Doyen de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie (FMOS) était le Professeur Seydou DOUMBIA. De 2023 à nos jours, le Doyen est le Professeur Mariam Sylla.

3.10Le parcours professionnel des médecins :

Le parcours professionnel est l'ensemble des séquences, des étapes choisies ou subies, qu'une personne connaît tout au long de sa vie professionnelle, du premier au dernier jour de son activité professionnelle [15].

Deux questions principales peuvent tenter de résumer nos préoccupations relatives à l'évolution des parcours professionnels :

Le contrat implicite « subordination - sécurité de l'emploi et promotion au sein de l'entreprise » qui régissait les parcours professionnels n'étant plus garantis par les entreprises, les parcours semblent de plus en plus placés sous la responsabilité de l'individu. L'entreprise, les territoires, les branches vont-ils reprendre la main sur la gestion des salariés et de leurs parcours ? Quels dispositifs, aides, cadres législatifs, soutiens peuvent permettre de construire des parcours professionnels, d'organiser des mobilités, des reconversions ? Comment articuler les différents équipements destinés aux personnes, aux entreprises, aux branches et aux territoires afin de les rendre opératoires ?

La nature de la formation initiale et du milieu socio-professionnel sont-ils des déterminants initiaux puissants au point de teinter durablement la nature du parcours professionnel ?

Les indicateurs du parcours professionnel par catégorie socioprofessionnelle sont :

L'évolution de l'ancienneté dans une même entreprise, dans un même métier,

Le taux de transition (chômage <-> emploi, emploi <-> formation, emploi <-> emploi, etc...),

Le nombre de ruptures au cours de la vie professionnelle (la ou les période(s) de chômage),

Les mobilités : les changements de profession et de catégorie socioprofessionnelle, d'entreprises,

La reproduction sociale.

La notion de parcours professionnel semble avoir succédé à celle de carrière. Les moyens efficaces pour articuler les périodes d'activité, d'inactivité, de reconversion semblent pour autant ne pas être devenus réalités. La « gestion des parcours » se réduit encore à un mode de gestion de l'emploi basé sur la mise en adéquation non anticipée de l'offre et de la demande. La page suivante de l'histoire des parcours professionnels reste donc à écrire. Pour cela, il reste à inventer ce qui permettra aux entreprises et aux territoires de participer à l'employabilité des personnes en développant et en partageant une connaissance prospective des métiers et des systèmes de production.

3.11 Flux de médecins sur le marché de l'emploi au Mali

Le chômage constitue de nos jours un problème, celui des jeunes un fléau. La plupart des pays ont développé des politiques d'emploi des jeunes, particulièrement pour les agents de santé en leur facilitant l'accès aux ressources pour l'implantation dans le secteur privé, l'organisation de leur émigration etc. Au Mali on constate une absence totale de politique en faveur des ressortissants des structures sanitaires ce qui affecte dangereusement l'organisation du système [29]. Cet état de fait pose un problème d'insécurité car constitue une menace

importante pour le pays. Comme le terrorisme du fait qu'ils sont obligés de survivre même aux détriments des règles d'éthique et de déontologie médicale. Le problème se complexifie encore quand on sait que le secteur est très hautement social [30].

Depuis près de trente ans, les politiques d'ajustement structurel ont appauvri les services publics en général et les services de santé en particulier dans la quasi-totalité des pays à faibles ressources. Que l'on regarde les indicateurs de santé globaux ou ceux qui concernent spécifiquement la santé maternelle et infantile, la tuberculose, la couverture vaccinale ou l'accès aux soins de 4 santé primaire, ils sont soit en régression, soit stables et donc loin du niveau des objectifs de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et du millénaire pour le développement.

Au Mali selon les enquêtes Démographiques et de Santé (EDS VII Mali), pour la période des 5 dernières années (période 2018–2023), le risque de mortalité infantile est estimé à 52 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 37‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 29‰ pour la mortalité néonatale et à 22‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 87 ‰ [31]. En comparaison aux autres pays, les taux de mortalité au niveau du Mali font parti des plus élevés au monde.

La plupart de ces décès surviennent soit dans les ménages, soit à cause d'un recours tardifs aux services de santé. Les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible avec 0,24% au Mali malgré la présence des infrastructures sanitaires [32]. Lors du dernier concours d'entrée à la fonction publique il y avait plus de 2000 médecins qui ont manifesté leur volonté de servir à travers la fonction publique pour les 60 postes.

Selon l'annuaire statistique de 2018, le Mali a fourni un effort en termes d'infrastructure sanitaire avec une évolution en dents de scie entre 2009 et 2018. mais il existe une très grande disparité entre la disponibilité des infrastructures sanitaires et la disponibilité des ressources humaines en santé au sein de ses structures sanitaires [33].

En effet, selon les statistiques sur le terrain, les ressources humaines en santé au Mali sont autour de 15.000 toutes catégories confondues (médecin, infirmiers et autres). Il en résulte de cet état de fait, des ratios très inférieurs aux normes recommandées par l'OMS [33]. Le ratio de Professionnel de santé au niveau national est de 6 pour 10000 qui reste largement inférieur à la norme de 23 pour 10000 habitants recommandés par l'OMS. Les taux les plus élevés au

niveau national se trouvent dans les régions de Kidal (19 pour 10000 hbt), Bamako (14 pour 10000 hbt) et Ménaka (12 pour 10000 hbt). Les plus faibles sont enregistrés à Tombouctou et Taoudénit (3 pour 10000 hbt) [33].

Au Mali selon les indicateurs globaux nous avons un médecin pour moins de 10.000 habitants. Mais les indicateurs globaux cachent des disparités [34].

En plus de la contrasté des ratios entre les régions, il existe une disparité entre les services. Exemple : Il existe un manque crucial de spécialistes dans certains services tel que la neurologie, en psychiatrie le personnel est vieillissant sans aucune relève en perspective. Plus de la majorité des spécialistes en gynéco-obstétrique sont concentrés à Bamako et dans les capitales régionales de même que les pédiatres (ou toutes les capitales régionales ne sont pas dotées) alors que ces deux derniers capitaux humains sont considérés comme un élément essentiel dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile gage de la réussite de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali.

Dans le cadre des services on constate également l'absence de service de gériatrie et de spécialiste en gériatrie alors que le pays compte actuellement plus de 600000 personnes âgées. Un autre paradoxe est que le Mali bénéficie d'une assistance technique du Cuba en santé alors que nos confrères formés au Cuba avant leur tractation après échec aux concours de la fonction publique étaient en chômages. Il a fallu qu'ils s'organisent et fasse des pressions diplomatiques pour qu'ont embauche les 50 sans concours au détriment de ceux formés au pays. Cette situation produit les impacts [30].

MATERIELS ET METHODES

4 Matériels et méthodes

4.1 Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), principale institution publique de formation des médecins au Mali. Située sur la colline du Point G, en Commune III du District de Bamako, la FMOS assure la formation initiale des médecins généralistes, des spécialistes et des chirurgiens-dentistes.

La population étudiée était constituée des médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023. Compte tenu de leur dispersion géographique sur l'ensemble du territoire national et dans certains pays étrangers, la collecte des données a été réalisée principalement par voie électronique, selon les modalités précisées à la section « Techniques et outils de collecte des données ».

Les participants exerçaient dans différents secteurs (public, privé, confessionnel, communautaire et organisations non gouvernementales) et dans diverses régions du Mali ainsi que dans certains pays étrangers, permettant ainsi d'obtenir une vision globale du devenir professionnel des médecins généralistes diplômés de la FMOS.

4.1.1 Historique et présentation de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

La Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB) est la principale institution de formation médicale du Mali. Son origine remonte à 1969 avec la création de l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP), initialement destinée à la formation des assistants médicaux. À partir de 1974, l'établissement a commencé à former des médecins, des pharmaciens et des odontostomatologistes.

Avec la création de l'Université du Mali en 1996, l'ENMP a été transformée en Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS). En 2011, à la suite de la création de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), la FMPOS a été scindée en deux entités distinctes : la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) et la Faculté de Pharmacie (FAPH).

Située sur la colline du Point G dans la Commune III du District de Bamako, la FMOS assure la formation des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des chirurgiens-dentistes. Elle accueille des étudiants provenant du Mali ainsi que de plusieurs pays de la sous-région ouest-africaine et le reste du continent africain, et contribue à la formation des ressources humaines en santé pour le Mali et d'autres pays africains [35].

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, réalisée du 1er septembre 2024 au 30 mai 2025 auprès des médecins généralistes diplômés de la FMOS de l'USTTB entre 2019 et 2023. Le choix de cette approche a permis d'apprécier, à un moment donné, la situation professionnelle des diplômés et d'identifier les différents parcours empruntés après l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

4.3 Population d'étude

L'étude a concerné les médecins généralistes maliens diplômés de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB) entre 2019 et 2023.

Le choix de cette temporalité s'explique par la volonté d'étudier le devenir professionnel des jeunes médecins récemment formés. Les diplômés de 2019 à 2023 disposent d'un délai suffisant après l'obtention de leur diplôme pour s'insérer dans la vie professionnelle, poursuivre une spécialisation, intégrer la fonction publique ou exercer dans le secteur privé. Par ailleurs, cette période récente permet d'obtenir des informations actualisées sur les parcours professionnels tout en limitant les biais liés aux changements des politiques de formation médicale, des conditions d'exercice et du marché de l'emploi au Mali.

4.4 Échantillonnage

4.4.1 Technique d'échantillonnage

L'étude a utilisé un échantillonnage non probabiliste de type commodité. Les médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023 ont été sollicités à travers les groupes WhatsApp de leurs promotions respectives ainsi que lors de contacts directs en face à face. Bien que les diplômés aient pu être identifiés à travers les listes de promotion et les groupes WhatsApp, la participation à l'étude était volontaire et reposait sur le consentement libre et éclairé des participants.

Cette méthode a été retenue afin de faciliter le recrutement des participants compte tenu de leur dispersion géographique à travers les différentes régions du Mali et dans certains pays étrangers. Tous les médecins contactés n'ont pas répondu au questionnaire. L'échantillon était donc constitué des participants accessibles et consentants, ce qui correspond à un échantillonnage non probabiliste de type commodité. L'échantillon final était constitué des médecins ayant accepté de participer et ayant complété le questionnaire de l'étude.

4.4.2 Calcul de la taille minimale d'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz :

$$n = \frac{(Z\alpha^2 \times p \times (1 - p))}{i^2}$$

Données disponibles :

- Niveau de confiance souhaité : 95% ($z\alpha = 1,96$)
- Précision souhaitée : $i = 5\%$ soit 0,05

- Proportion estimée de l'événement étudié : $p = 0,5$ (proportion retenue en l'absence de données antérieures sur le devenir professionnel des médecins généralistes maliens)

- **Formule de calcul**

La formule de base est :

$$n = (z^2 \times p \times (1 - p)) / i^2$$

En remplaçant par les valeurs :

$$n = (1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)) / 0,05^2$$

$$n = (3,8416 \times 0,25) / 0,0025$$

$$n = 0,9604 / 0,0025 = 384$$

On obtient donc une taille d'échantillon théorique de 384 personnes, mais cette valeur doit être corrigée car la population étudiée (les médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS de 2019 à 2023) est relativement élevée.

Correction pour population finie

La formule corrigée est :

$$n_{\text{corrigé}} = (n \times N) / (n + (N - 1))$$

Population totale de médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS de 2019 à 2023 est égal à 2 465

En remplaçant :

$$n_{\text{corrigé}} = (384 \times 2\,465) / (384 + 2\,464)$$

$$n_{\text{corrigé}} = 484992 / 1646 \approx 332$$

Ajout de 10 % pour les non-réponses

$$332 \times 10\% = 33$$

$n_{\text{final}} = 365$ médecins généralistes maliens diplômés de la FMOS de 2019 à 2023 à enquêter

Au total, 143 médecins généralistes maliens ont accepté de participer à l'étude et ont complété le questionnaire de manière exploitable. Cet effectif, bien qu'inférieur à la taille minimale théorique calculée, a été retenu compte tenu du caractère volontaire de la participation, de la dispersion géographique des diplômés et des contraintes de disponibilité des participants. Les résultats de l'étude doivent donc être interprétés en tenant compte de cette limitation méthodologique.

4.5 Critères d'étude

4.5.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- ✓ les médecins généralistes de nationalité malienne diplômés de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'USTTB entre 2019 et 2023 ;
- ✓ les médecins ayant accepté de participer à l'étude après avoir donné leur consentement libre et éclairé ;
- ✓ les médecins ayant renseigné de manière complète le questionnaire de collecte des données.

4.5.2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- ✓ les médecins qui ont refusé de participer à l'étude ;
- ✓ les questionnaires incomplets ou inexploitable.

4.6 Variables de l'étude

Les variables recueillies dans le cadre de cette étude ont été organisées en fonction des objectifs spécifiques de la recherche. Elles sont présentées dans le tableau suivant, avec leur mode de calcul et leur unité de mesure lorsque applicable.

4.6.1 Tableau I: Variables étudiées

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateurs	Mode de calcul
Caractéristiques	Age	Âge moyen (années), âge médian, âge minimum et maximum ; classes d'âge (≤ 30 ans, 31-35 ans, 36-40 ans, > 40 ans)	Moyenne $\pm$ écart-type ; médiane ; fréquences et pourcentages par classe d'âge
	Sexe	Proportion d'hommes et de femmes	(Effectif de chaque sexe / Effectif total) $\times 100$
	Statut matrimonial	Célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve)	Fréquences et pourcentages
	Promotion de graduation	Promotions 2019, 2020, 2021, 2022 et 2023	(Effectif de chaque promotion / Effectif total) $\times 100$
	Région de résidence	Répartition des participants selon la région de résidence	(Effectif de chaque région / Effectif total) $\times 100$
	Région d'exercice	Répartition des participants selon la région d'exercice	(Effectif de chaque région / Effectif total) $\times 100$
	Pays d'exercice	Nationalité des participants (Maliennne, autre)	Fréquences et pourcentages
	Nationalité	Répartition des participants selon le pays d'exercice (Mali, autres pays)	(Effectif de chaque pays / Effectif total) $\times 100$
	Milieu de résidence	Urbain, semi-urbain, rural	(Effectif de chaque catégorie / Effectif total) $\times 100$

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateurs	Mode de calcul
			total) × 100
	Années écoulées depuis l'obtention du diplôme	Ancienneté professionnelle depuis la graduation	Moyenne ± écart-type ou médiane
Déterminer la situation professionnelle des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023	Situation professionnelle actuelle	Taux d'emploi ; taux de chômage ; taux de poursuite d'études ; taux d'inactivité	(Nombre de médecins dans la catégorie / Nombre total de répondants) × 100
	Statut professionnel	Salarié, fonctionnaire, contractuel, privé, indépendant, étudiant en spécialisation	Fréquences et pourcentages
	Délai d'insertion professionnelle	Délai moyen entre l'obtention du diplôme et le premier emploi	Moyenne ± écart-type ou médiane
Identifier les lieux et secteurs d'exercice des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023	Lieu d'exercice	District, région ou pays d'exercice	Fréquences et pourcentages
	Milieu d'exercice	Urbain, semi-urbain, rural	(Effectif de chaque catégorie / Effectif total) × 100
	Secteur d'exercice	Public, privé, confessionnel, ONG, mixte	Fréquences et pourcentages
	Type de structure	CHU, hôpital régional, CSRéf, CSCOM, clinique privée, cabinet médical, ONG	Fréquences et pourcentages
Décrire les conditions d'exercice des médecins généralistes	Temps de travail	Nombre moyen d'heures travaillées par semaine	Moyenne ± écart-type
	Charge de travail	Nombre moyen de patients consultés par jour	Moyenne ± écart-type
	Revenu mensuel	Salaire ou revenu mensuel moyen	Moyenne, médiane, minimum,

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateurs	Mode de calcul
maliens diplômés entre 2019 et 2023			maximum
	Disponibilité des équipements	Disponibilité du matériel nécessaire à l'exercice (Oui/Non)	Pourcentage de médecins disposant des équipements
	Formation continue	Participation à une formation continue au cours des 12 derniers mois	(Nombre de médecins formés / Total répondants) × 100
Établir le parcours professionnel des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023	Nombre d'emplois occupés depuis la graduation	Nombre moyen de postes occupés	Moyenne ± écart-type
	Premier emploi obtenu	Type de premier emploi après l'obtention du diplôme	Fréquences et pourcentages
	Mobilité professionnelle	Changement de structure ou de secteur d'activité	(Nombre ayant changé de poste / Total répondants) × 100
	Poursuite d'études	Inscription en DES, master ou autre formation complémentaire	(Nombre poursuivant des études / Total répondants) × 100
Déterminer la satisfaction des médecins généralistes maliens diplômés entre 2019 et 2023	Satisfaction professionnelle globale	Niveau de satisfaction (Très satisfait, satisfait, peu satisfait, insatisfait)	Fréquences et pourcentages
	Satisfaction vis-à-vis du revenu	Pourcentage de médecins satisfaits de leur rémunération	(Nombre satisfaits / Total répondants) × 100
	Satisfaction vis-à-vis des conditions de travail	Pourcentage de médecins satisfaits des conditions d'exercice	(Nombre satisfaits / Total répondants) × 100
	Satisfaction vis-à-vis de la	Pourcentage de médecins estimant que leur formation	(Nombre satisfaits / Total répondants)

Objectifs spécifiques	Variables	Indicateurs	Mode de calcul
	formation reçue à la FMOS	est adaptée à leur exercice professionnel	$\times 100$
	Intention de rester dans le poste actuel	Pourcentage souhaitant maintenir leur activité actuelle	$(\text{Nombre répondant Oui} / \text{Total répondants}) \times 100$

4.6.2 Définitions opérationnelles des variables de l'étude

Situation professionnelle actuelle : position occupée par le médecin au moment de l'enquête (emploi, chômage, poursuite d'études ou autre).

Insertion professionnelle : obtention du premier emploi rémunéré après l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Délai d'insertion professionnelle : durée comprise entre la date d'obtention du diplôme et celle du premier emploi.

Mobilité professionnelle : changement de poste, de structure ou de secteur d'activité depuis l'obtention du diplôme.

Formation continue : participation à au moins une activité de renforcement des compétences (formation, atelier, séminaire ou congrès) au cours des douze derniers mois.

Satisfaction professionnelle : appréciation globale portée par le médecin sur son activité professionnelle, incluant les conditions de travail, la rémunération et les perspectives de carrière.

Secteur public : structures sanitaires relevant de l'État ou des collectivités territoriales.

Secteur privé : structures sanitaires appartenant à des personnes physiques ou morales privées.

Secteur communautaire : structures de santé gérées par les communautés, notamment les CSCom.

Organisation non gouvernementale (ONG) : organisation nationale ou internationale intervenant dans le domaine de la santé sans but lucratif.

Chômage : est considéré comme chômeur tout médecin généraliste diplômé de la FMOS entre 2019 et 2023 qui, au moment de l'enquête, ne poursuivait pas d'études, n'exerçait aucune activité professionnelle rémunérée, était disponible pour travailler et déclarait rechercher activement un emploi.

4.7 Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été collectées au moyen d'une enquête quantitative utilisant un questionnaire structuré, élaboré spécifiquement pour cette étude à partir des objectifs de recherche et de la revue de la littérature.

Le questionnaire comprenait cinq principales rubriques : les caractéristiques sociodémographiques ; la situation professionnelle actuelle ; les lieux et secteurs d'exercice ; les conditions d'exercice ; le parcours et la satisfaction professionnels.

Le questionnaire a été numérisé à l'aide de la plateforme KoboToolbox, puis administré principalement en ligne. Le lien électronique a été diffusé dans les groupes WhatsApp des promotions de médecins diplômés entre 2019 et 2023, afin de faciliter la participation des médecins résidant dans les différentes régions du Mali ainsi que dans certains pays étrangers.

Afin d'améliorer le taux de réponse, une collecte complémentaire en présentiel a été réalisée auprès de certains médecins rencontrés dans leurs structures d'exercice.

Avant le début de la collecte, le questionnaire a fait l'objet d'une relecture par l'équipe de recherche afin de s'assurer de la clarté des questions, de leur compréhension et de leur adéquation avec les objectifs de l'étude.

4.8 Gestion des données

Les données collectées sur KoboToolbox ont été exportées vers Microsoft Excel 2021, où elles ont fait l'objet d'un contrôle de qualité, du codage des variables et du nettoyage de la base de données.

La base de données définitive a ensuite été exportée vers le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 25.0 pour l'analyse statistique.

Les fichiers électroniques ont été conservés sur un support sécurisé, accessible uniquement à l'investigateur principal et aux encadreurs de l'étude, afin de garantir la confidentialité des informations recueillies.

4.9 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 25.0. Les variables qualitatives ont été résumées par leurs effectifs et leurs proportions. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type lorsque leur distribution était normale, ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution asymétrique.

Les associations entre les variables qualitatives ont été étudiées à l'aide du test du Chi² de Pearson. Lorsque les conditions d'application de ce test n'étaient pas remplies, le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité statistique retenu était de 5 % ($p < 0,05$).

4.10 Plan de diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une large diffusion auprès des parties prenantes concernées afin de contribuer à l'amélioration de la formation médicale et de l'insertion professionnelle des médecins généralistes au Mali.

Ils seront présentés aux autorités académiques de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) et de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), ainsi qu'aux responsables des structures chargées de la formation et de la gestion des ressources humaines en santé.

Les résultats seront également partagés avec le Ministère de la Santé et du Développement Social, les ordres professionnels, les partenaires techniques et financiers ainsi que les structures sanitaires publiques et privées susceptibles d'utiliser ces informations dans la planification et la gestion des ressources humaines médicales.

Par ailleurs, les résultats pourront être présentés lors de journées scientifiques, de congrès, de colloques ou de conférences en santé publique et en éducation médicale.

Enfin, les résultats feront l'objet d'une publication sous forme d'article scientifique dans des revues nationales ou internationales à comité de lecture afin de contribuer à l'enrichissement des connaissances sur le devenir professionnel des médecins généralistes au Mali.

4.11 Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques applicables à la recherche impliquant des personnes.

L'autorisation de mener l'étude a été obtenue auprès des autorités compétentes de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'USTTB.

La participation des médecins était entièrement volontaire. Avant toute inclusion, les objectifs de l'étude ont été expliqués aux participants et leur consentement libre et éclairé a été obtenu.

Les questionnaires étaient anonymes et aucune information permettant d'identifier directement les participants n'a été recueillie.

Les données collectées ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques. Elles ont été conservées de manière confidentielle et seules les personnes autorisées avaient accès à la base de données.

RÉSULTATS

5 RÉSULTATS

Au cours notre période d'étude, 143 médecins généralistes diplômés de la Faculté de Médecine entre 2019 et 2023 ont accepté de participer à l'étude. Cette étude, de type transversal descriptif à collecte prospective, s'est déroulée du 1er septembre 2024 au 30 mai 2025.

5.1 Profil sociodémographique des sortants

5.1.1 Répartition selon le sexe

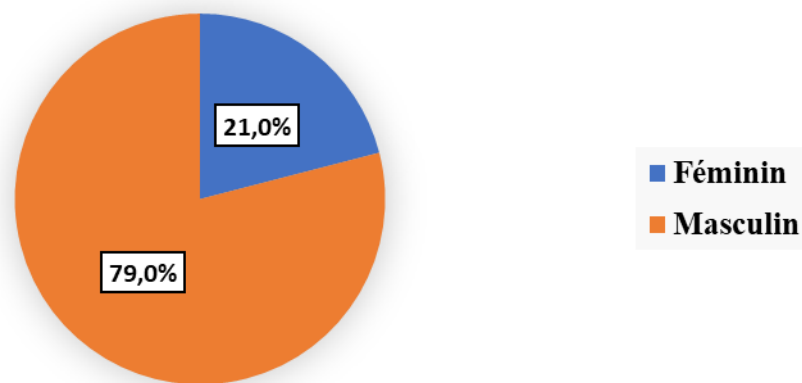


Figure 1 : Répartition des médecins selon le sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 79,0% (113/143) soit un sexe ratio de 3,8.

5.1.2 Répartition selon l'âge

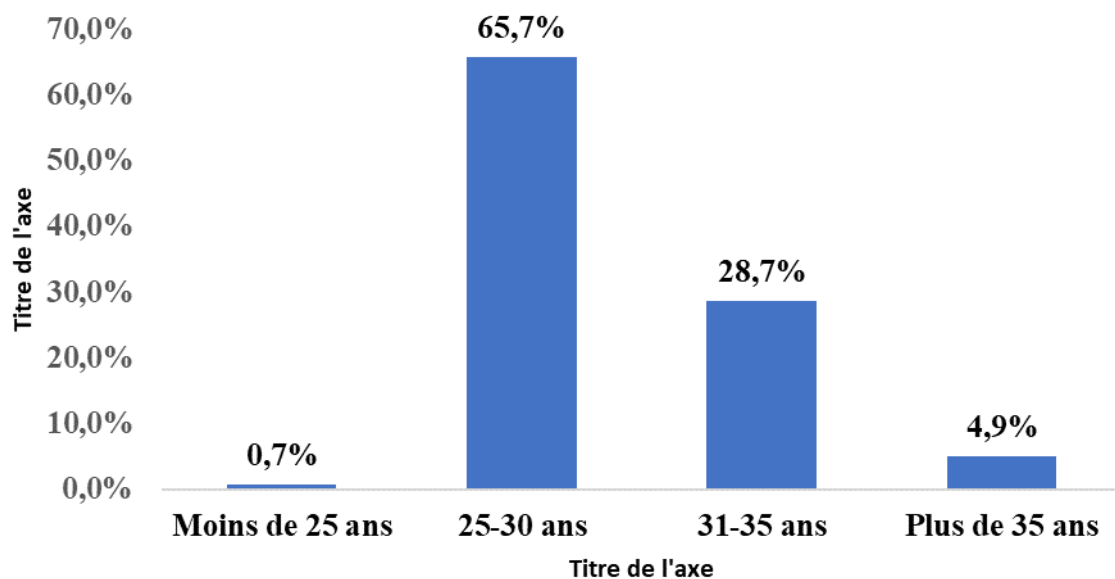


Figure 2 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 25 à 30 ans représentait 65,7% (94/143).

5.1.3 Répartition selon le statut matrimonial

Tableau II : Répartition des médecins selon le statut matrimonial

Variables	n	%
Statut matrimonial		
Marié (e)	84	58,7
Célibataire	41	28,7
Fiancé (e)	16	11,2
Divorcé (e)	02	01,4

Les médecins étaient mariés dans 58,7% (84/143) et célibataires dans 28,7% (41/143).

5.2 Profil académique

5.2.1 Répartition selon l'année de soutenance

Tableau III: Répartition des médecins selon l'année de soutenance

Variables	n	%
Année de soutenance		
2023	59	41,3
2022	35	24,5
2021	22	15,4
2020	16	11,1
2019	11	7,7

Les médecins ayant soutenu leur thèse en 2023 représentait 41,3% (59/143).

5.2.2 Répartition selon le service de thèse

Tableau IV : Répartition des médecins selon la spécialité choisie pour la thèse

Variables	n	%
Spécialité choisie pour la thèse		
Service médical	64	44,8
Service chirurgical	46	32,2
Santé publique	19	13,2
Imagerie médicale	06	04,2
Département de recherche	02	01,4
Gynécologie obstétrique	02	01,4
Dermatologie	01	0,7
Laboratoire Virologie URC	01	0,7
Médecin traditionnelle intégrée	01	0,7
Pédiatrie	01	0,7

Les médecins avaient soutenu leur thèse dans un service médical dans 44,8 % des cas (64/143).

5.2.3 Répartition selon le désir de spécialisation

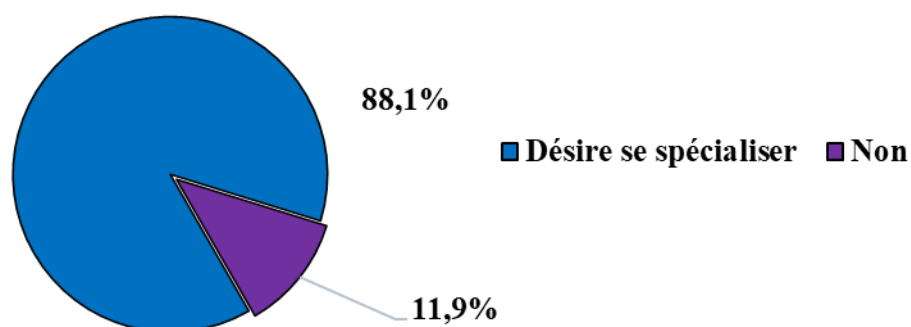


Figure 3 : Répartition des médecins selon le désir de faire une étude de spécialisation

Les médecins désiraient faire une étude de spécialisation dans 88,1% (126/143).

5.2.4 Répartition selon la spécialité désirée

Tableau V : Répartition des médecins selon la spécialité désirée

Variables	n	%
Spécialité désirée		
Imagerie médicale	21	16,7
Gynécologie/obstétrique	15	11,9
Chirurgie	14	11,1
Cardiologie	9	7,1
Pédiatrie	8	6,3
Santé publique	7	5,6
Traumatologie	6	4,8
Médecine interne	5	4,0
Psychiatrie	5	4,0
Anesthésie réanimation	3	2,4
Néphrologie	3	2,4
Hépatogastro	3	2,4
Médecine communautaire	3	2,4
Ophtalmologie	3	2,4
Autre*	21	16,7

***Autre** : Endocrinologie, Neurologie, ORL, Médecine légale, Biologie clinique, Chirurgie pédiatrique, Dermatologie, Gestion hospitalière, Hématologie, Neurochirurgie, Urologie
L'imagerie médicale était la spécialité désirée dans 16,7% (21/126).

5.2.5 Répartition selon le suivi d'une formation supplémentaire

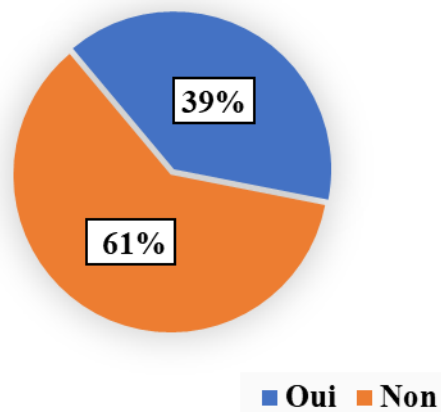


Figure 4 : Répartition des médecins selon le suivi d'une formation supplémentaire certifiée

Les médecins avaient suivi une formation supplémentaire dans 39,2% (56/143).

5.2.6 Répartition selon la participation à une association médicale

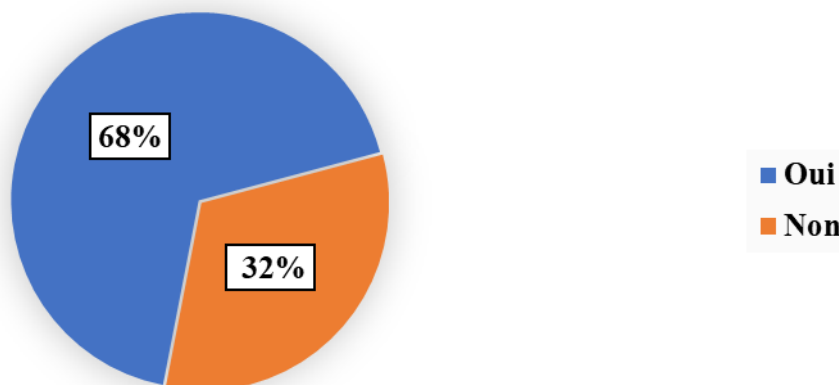


Figure 5 : Répartition des médecins selon le fait d'être membre d'associations médicales

Les médecins étaient membre d'associations médicales dans 67,8% (97/143).

5.3 Statut professionnel

5.3.1 Répartition selon l'exercice de la médecine après diplôme

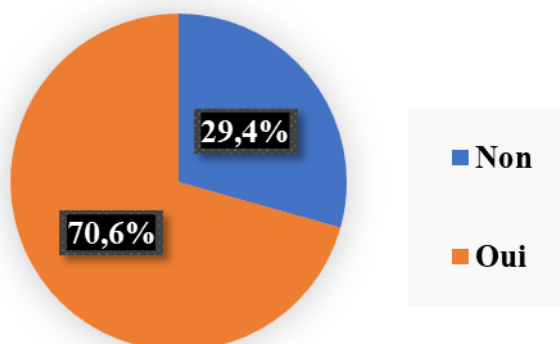


Figure 6 : répartition des médecins selon l'exercice de la médecine après l'obtention du diplôme

Plus d'un tiers des médecins n'avaient pas continué à exercer la pratique médicale après l'obtention du diplôme.

5.3.2 Répartition selon le temps avant d'exercer après diplôme

Tableau VI : Répartition des médecins selon le temps avant d'exercer la médecine après l'obtention de votre diplôme (n=101)

Variables	n	%
Temps avant d'exercer		
Moins de 3 mois	40	39,6
3-6 mois	38	37,6
Plus de 12 mois	23	22,8

Les médecins ont commencé à exercer plus de 12 mois après le diplôme dans 22,8% (23/101).

5.3.3 Répartition selon le moyen d'information du premier emploi

Tableau VII : Répartition des médecins selon le moyen d'information du premier emploi (n=130)

Variables	n	%
Moyen d'information d'emploi		
Par un collègue, ami, proche	67	51,5
Par un encadreur académique	22	16,9
Pas d'emploi	20	15,4
Publication sur les réseaux sociaux	15	11,6
Par un parent	06	4,6

L'information du premier emploi était transmis par un collègue, un ami ou un proche dans 51,5% des cas.

5.3.4 Répartition selon le statut de travail

Tableau VIII : Répartition des médecins selon le statut de travail

Variables	n	%
Statut de travail		
Médecin généraliste libéral	76	53,1
Sans emploi	15	10,5
Délégué médicale	13	09,1
Médecin en spécialisation	13	09,1
Médecin fonctionnaire	10	07,0
Praticien hospitalier	10	07,0
Médecin traitant dans ONG	04	02,8
Assistant de recherche	01	0,7
Enseignement	01	0,7

Le statut de médecin généraliste libéral représentait 53,1% (76/143) suivi des délégués médicaux avec 9,1% (13/143).

5.3.5 Répartition selon le lieu d'exercice

Tableau IX : Répartition des médecins selon l'établissement d'exercice

Variables	n	%
Etablissement d'exercice		
Cliniques/cabinets privés	55	38,5
Hôpital public	24	16,8
Centre de santé communautaire	23	16,1
Sans emploi	13	09,1
ONG	12	08,4
Agence de promotion médicale	09	06,3
Université ou centre de recherche	04	02,8
Centre de santé de référence	02	01,4
École de santé privée	01	0,7

La majorité des médecins exerçaient dans les cliniques/cabinets privés 38,5% (55/143) suivis des hôpitaux publics avec 16,8% (24/143).

5.3.6 Répartition selon la zone d'exercice

Tableau X : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice principal

Variables	n	%
Zone d'exercice principal		
Urbaine	79	55,2
Rurale	28	19,6
Semi- rurale	24	16,8
Sans emploi	12	08,4

Plus de la moitié des médecins soit 55,2% (79/143) exerçait dans une zone urbaine.

5.3.7 Répartition selon la première rémunération salariale

Tableau XI : Répartition des médecins selon la première rémunération salariale (n=118)

Variables	n	%
Rémunération salariale		
Moins de 150.000 Fcfa	42	35,6
150.000 - 250.000 Fcfa	41	34,7
250.000 - 350.000 Fcfa	20	16,9
Plus de 350.000 Fcfa	15	12,8

La première rémunération était inférieure à 150 000 FCFA dans 35,6% des cas.

5.3.8 Répartition selon le changement de travail

Tableau XII : Répartition des médecins selon le changement de travail

Variables	n	%
Changement de travail		
Non	100	69,9
Oui	43	30,1

Près d'un tiers des médecins soit 30,1% (43/143) avait changé de travail.

5.3.9 Répartition selon les raisons du changement de travail

Tableau XIII : Répartition des médecins selon les raisons du changement de travail (n=43)

Variables	n	%
Raison - changement de travail		
Salaire insuffisant	16	37,2
Pour la spécialisation	08	18,7
Changement de l'accord	05	11,6
Conditions de travail	05	11,6
Fin de contrat	03	7,0
Fonction publique	03	7,0
Incompréhension	01	2,3
Pour le commerce	01	2,3
Voyage	01	2,3

L'insuffisance des salaires était la principale raison du changement de travail avec 37,2% (16/43).

5.3.10 Répartition selon le travail ou stage à l'étranger

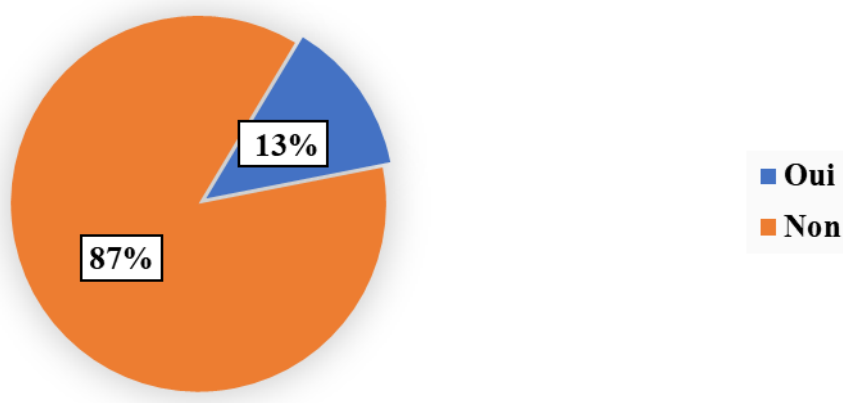


Figure 7 : Répartition des médecins selon la notion de travail ou de stages à l'étranger

Dans cette étude, 13,3% (19/143) des médecins avaient effectué un travail ou stage à l'étranger.

5.3.11 Répartition selon le pays étranger où s'est effectué le travail ou stage

Tableau XIV : Répartition des médecins selon le pays étranger où s'est effectué le travail ou stage

Variables	n	%
Pays étranger d'exercice		
Côte d'Ivoire	9	47,3
Gabon	2	10,5
Maroc	2	10,5
Mauritanie	2	10,5
Bénin	1	5,3
France	1	5,3
Niger	1	5,3
USA	1	5,3

La Côte d'Ivoire était le pays étranger où s'était effectué un travail ou stage dans 47,3% (9/19).

5.4 Satisfaction et difficulté

5.4.1 Répartition selon le niveau de satisfaction de la carrière

Tableau XV : Répartition des médecins selon le niveau de satisfaction de leur carrière

Variables	n	%
Satisfaction avec votre carrière		
Insatisfait	68	47,6
Satisfait	45	31,5
Neutre	30	20,9

La majorité des médecins soit 47,6% (68/143) étaient insatisfait de leur carrière.

5.4.2 Répartition selon les défis rencontrés

Tableau XVI : Répartition des médecins selon les principaux défis rencontrés (n=143)

Variables	n	%
Principaux défis rencontrés		
Difficulté à trouver un emploi	71	49,7
Manque de ressources	68	47,6
Charges de travail élevées	60	42,0
Stress émotionnel	58	40,6
Équilibre travail-vie personnelle	46	32,2
Aucun défis	2	1,4

La difficulté à trouver un emploi était le principal défis rencontré dans 49,7% des cas (71/143)

*Un même défis pouvant être rapporté par un ou plusieurs enquêtés à la fois.

5.4.3 Répartition selon les compétences supplémentaires désirés

Tableau XVII : Répartition des médecins selon les compétences supplémentaires qu'ils auraient aimé acquérir pendant leurs études (n=143)

Variables	n	%
Compétences acquérir pendant vos études		
Formation en nouvelles technologies médicales	105	73,4
Stress émotionnel	58	40,6
Compétences en gestion	52	36,4
Technique de communication	44	30,8
Gestion du stress et bien-être	34	23,8
Aucun défis	2	1,4

Dans 73,4% des cas (105/143), la formation en nouvelles technologies médicales était la principale compétence supplémentaires que les médecins auraient aimé acquérir.

5.4.4 Répartition selon l'évaluation de la formation à la FMOS

Tableau XVIII : Répartition des médecins selon l'évaluation de la formation à la FMOS

Variables	n	%
Évaluation - formation à la FMOS		
Bon	79	55,3
Moyen	55	38,5
Médiocre	9	6,2

Plus de la moitié des médecins soit 55,3% (79/143) avaient trouvé bon la formation à la FMOS.

5.5 Données analytiques

5.5.1 La pratique de la médecine après diplôme selon l'année de soutenance

Tableau XIX : Répartition des médecins selon l'année de sortie et la pratique.

Année	N'a pas exercé (Non) n (%)	A exercé (Oui) n (%)	Total
2019	1 (9,1)	10 (90,9)	11
2020	2 (12,5)	14 (87,5)	16
2021	4 (18,2)	18 (81,8)	22
2022	9 (26,5)	25 (73,5)	34
2023	25 (42,4)	34 (57,6)	59

Le taux d'insertion diminue significativement pour les promotions les plus récentes ($p = 0,030$).

5.5.2 Le lieu d'exercice selon le sexe

Tableau XX : Mobilité géographique des médecins selon le sexe

Lieu d'exercice	Femmes (%)	Hommes (%)
Grande ville	56,7	54,9
Ville moyenne	16,7	16,8
Petite ville / Zone rurale	6,7	23,0
Sans emploi	20,0	5,3

Les hommes sont beaucoup plus présents en zone rurale/petite ville (23%). Le taux de "Sans emploi" déclaré est élevé chez les femmes (20%). L'attrait pour les grandes villes est identique pour les deux sexes (~55%). Ces différences sont significatives ($p = 0,025$).

5.5.3 Les salaires selon le sexe

Tableau XXI : Distribution des tranches de salaires selon le sexe.

Sexe	< 150k Fcfa n (%)	150k - 250k	250k - 350k	> 350k Fcfa
Féminin	10 (52,6)	6 (31,6)	2 (10,5)	1 (5,3)
Masculin	32 (32,3)	35 (35,4)	18 (18,2)	14 (14,1)

Les femmes représentaient 52,6% dans la tranche la plus basse.

La différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,327$).

5.5.4 Le niveau de satisfaction selon la rémunération

Tableau XXII : Distribution de la satisfaction au travail des médecins selon la rémunération

Salaire	Très insatisfait (%)	Insatisfait (%)	Neutre (%)	Satisfait (%)	Très satisfait (%)
< 150k	19,0	50,0	11,9	19,0	0,0
150-250k	7,3	39,0	24,4	29,3	0,0
250-350k	15,0	25,0	15,0	40,0	5,0
> 350k	0,0	6,7	13,3	33,3	46,7

Globalement le niveau de satisfaction des médecins étaient proportionnelle à leur rémunération ($p < 0,001$).

5.5.5 Le temps d'attente du premier emploi selon le service de thèse

Tableau XXIII : Distribution du temps de trouver un premier emploi selon le service de la thèse

Spécialité Thèse	< 3 mois (%)	3-6 mois (%)	> 12 mois (%)
Chirurgie/Gynéco	37.8	45.9	16.2
Médecine Générale/Spé	47.7	27.3	25.0
Santé Publique/Rech.	25.0	45.0	30.0

Le choix du service de thèse ne semble pas déterminer statistiquement la rapidité d'insertion professionnelle ($p = 0,22$).

Les profils "Santé Publique" semblent mettre un peu plus de temps (>12 mois : 30%).

5.5.6 Le niveau de satisfaction selon la désire de spécialisation

Tableau XXIV : Distribution de la satisfaction des médecins selon le désir de spécialisation

Satisfaction	Ne veut pas se spé. (%)	Veut se spé. (%)
Insatisfait / Très insatisfait	9	91
Satisfait / Très satisfait	17	83

Pas de différence statistiquement significative entre le désir de spécialisation et la satisfaction actuelle ($p = 0,1231$).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive du 01 septembre 2024 au 30 Mai 2024 portant sur les médecins généralistes issus de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de 2019 à 2023.

Limites de l'étude

L'une des principales limites de cette étude réside dans le faible taux de participation des médecins généralistes sollicités. Malgré la diffusion du questionnaire auprès des différentes promotions concernées, seuls 143 médecins généralistes maliens diplômés ont répondu de manière complète. Cette situation pourrait limiter la représentativité des résultats et exposer l'étude à un biais de sélection lié au caractère volontaire de la participation.

Au cours de la réalisation de cette étude, nous avons été confrontés à certaines difficultés. Il s'agit, en premier lieu, du refus de participation de certains médecins récemment diplômés, malgré plusieurs relances, ce qui a contribué à un faible taux de réponse au questionnaire.

En outre, l'accessibilité des participants a constitué une limite importante. Seuls les médecins exerçant dans certaines structures de Bamako ont pu être approchés directement. Les médecins exerçant dans les autres localités n'ont pas pu être visités, et la diffusion du questionnaire en ligne n'a pas permis de pallier cette contrainte en raison de la faible participation. De même, les médecins exerçant à l'étranger ont été difficilement atteints.

Par ailleurs, la rareté de la documentation locale relative au thème a limité les possibilités de comparaison des résultats avec ceux d'autres études nationales. Enfin, l'accès à certaines données administratives de la faculté, notamment les statistiques relatives aux soutenances annuelles et au nombre d'inscriptions, a été difficile, ce qui a restreint l'analyse de certains paramètres.

Malgré ces limites, les résultats obtenus restent exploitables et pourraient servir de base à des études ultérieures de plus grande envergure.

6.1 Données sociodémographiques

6.1.1 Sexe

La présente étude met en évidence une prédominance masculine parmi les médecins généralistes diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023, avec 79,0 % d'hommes (113/143), soit un sex-ratio de 3,8 en faveur des hommes. Ce profil démographique reflète les

caractéristiques actuelles des promotions de la faculté et constitue un élément important pour l'analyse du devenir professionnel des jeunes médecins.

Nos résultats corroborent ceux de Dembélé, qui rapportait déjà une majorité d'hommes parmi les médecins diplômés de la FMOS au cours de la période 2012-2014 [8]. Cette constance suggère que, malgré l'augmentation progressive de l'accès des femmes à l'enseignement supérieur au Mali, la médecine demeure une profession à prédominance masculine. Ben Moulaye Idriss faisait le même constat dans son étude historique sur le devenir des médecins maliens, témoignant d'une féminisation relativement lente de la profession médicale [13].

À l'inverse, les études européennes rapportent une féminisation nettement plus avancée de la médecine générale. Gouget retrouvait une proportion de femmes de 47,28 % parmi les médecins généralistes de la faculté de Dijon [11], tandis que Pinson-Gouget et Beis observaient une prédominance féminine dans les promotions les plus récentes [12]. Levé confirmait cette évolution en montrant que les femmes représentent désormais une part importante des jeunes médecins généralistes en France [23]. Ce contraste rejoint également les constats de la démographie médicale française la plus récente, qui situe la profession dans une dynamique de féminisation continue [26,27].

Cette différence entre le Mali et les pays européens peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, la féminisation des études médicales est un phénomène plus ancien dans les pays à revenu élevé, soutenu par des politiques favorisant l'accès des femmes à l'enseignement supérieur. D'autre part, certaines contraintes socioculturelles et économiques continuent d'influencer le parcours universitaire des jeunes femmes au Mali, notamment dans les filières longues et exigeantes telles que la médecine.

Les travaux consacrés à l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali montrent par ailleurs que les disparités entre hommes et femmes persistent dans plusieurs secteurs professionnels [18-20]. Bien que ces études ne portent pas spécifiquement sur les médecins, elles suggèrent que les inégalités observées relèvent davantage du fonctionnement général du marché du travail que de la seule profession médicale.

Cette prédominance masculine ne doit toutefois pas être interprétée comme une situation figée. L'augmentation progressive des effectifs féminins observée dans les promotions récentes de la FMOS laisse présager une féminisation graduelle de la profession au cours des prochaines années, susceptible de modifier l'organisation future des soins, les choix de carrière et la répartition des médecins entre les différents modes d'exercice, comme cela a déjà été observé dans plusieurs pays européens [11,12,23].

Ainsi, le sexe apparaît moins comme un déterminant direct du devenir professionnel que comme une caractéristique démographique reflétant l'évolution de la formation médicale au Mali. Son évolution mérite néanmoins d'être suivie, car elle pourrait influencer à moyen terme les besoins en matière de planification des ressources humaines en santé.

6.1.2 Âge

Notre étude montre que les médecins diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023 étaient majoritairement jeunes, avec un âge moyen de $30,2 \pm 7,0$ ans et une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 30 ans (65,7 % ; 94/143). Cette distribution est attendue compte tenu de la durée des études médicales au Mali et de la période récente de diplomation des participants. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle rapportée par Ben Moulaye Idriss [13], ce qui pourrait traduire un rajeunissement progressif des cohortes de diplômés au fil des promotions. Nos résultats rejoignent par ailleurs ceux de Dembélé, qui retrouvait également une population composée essentiellement de jeunes médecins en début de carrière [8]. Cette stabilité confirme que le profil d'âge des jeunes médecins n'a pas connu de modification majeure au cours des dernières décennies.

Les études françaises rapportent des observations comparables. Gouget situait l'installation professionnelle autour de 33 ans [11], tandis que Pinson-Gouget et Beis rapportaient un âge moyen similaire chez les jeunes médecins généralistes [12]. La légère différence observée avec notre étude pourrait tenir aux spécificités des systèmes de formation, aux modalités d'accès à la spécialisation ainsi qu'aux parcours professionnels propres à chaque pays.

Au-delà de la description démographique, la jeunesse de notre population constitue un élément essentiel pour interpréter les résultats de cette étude. Les premières années suivant l'obtention du diplôme représentent une période charnière, marquée par la recherche d'un premier emploi stable, la poursuite éventuelle d'une spécialisation, la constitution d'un réseau professionnel et l'acquisition d'une expérience clinique.

Les études nationales sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur montrent que cette phase est souvent marquée par une insertion progressive sur le marché du travail, en raison d'un déséquilibre entre le nombre croissant de diplômés et les capacités d'absorption limitées de ce marché [18-20]. Cette réalité concerne l'ensemble des jeunes diplômés maliens et contribue probablement à expliquer certaines difficultés observées chez les jeunes médecins.

La théorie de la recherche d'emploi permet également d'éclairer cette situation. Selon cette approche, les jeunes diplômés consacrent une période plus ou moins longue à rechercher un emploi correspondant à leurs attentes professionnelles avant d'accepter un poste définitif [19].

Chez les médecins, cette période peut être mise à profit pour effectuer des stages, des remplacements, préparer un concours de spécialisation ou développer une activité libérale.

Cette jeunesse constitue néanmoins un atout pour le système de santé malien. Les jeunes médecins disposent généralement d'une bonne capacité d'adaptation, d'une meilleure familiarité avec les nouvelles technologies médicales et d'une forte motivation à développer leurs compétences — autant de qualités susceptibles de renforcer durablement les ressources humaines en santé, à condition que des politiques adaptées facilitent leur insertion professionnelle.

6.1.3 Statut matrimonial

La majorité des médecins interrogés étaient mariés (58,7 % ; 84/143), contre 28,7 % de célibataires (41/143), 11,2 % de fiancés (16/143) et 1,4 % de divorcés (2/143). Cette observation est cohérente avec leur âge moyen et correspond aux caractéristiques socioculturelles de la population malienne, où le mariage intervient fréquemment au début de la vie professionnelle.

Contrairement aux variables précédentes, peu d'études portant sur le devenir professionnel des médecins maliens ont analysé le statut matrimonial, ce qui limite les comparaisons directes. Plusieurs travaux internationaux suggèrent néanmoins que la situation familiale influence les choix de carrière, notamment le lieu d'installation, la mobilité géographique, le temps consacré à l'activité professionnelle et les projets de spécialisation [11,12,23]. Une analyse portant sur les conséquences sanitaires et sociales du mariage tardif souligne par ailleurs l'importance de ces déterminants familiaux dans les trajectoires de vie des jeunes actifs [36].

Dans le contexte malien, le mariage peut également accroître les responsabilités économiques et sociales du jeune médecin, ce qui peut conduire à privilégier des emplois offrant une rémunération régulière, une meilleure stabilité professionnelle ou des perspectives d'évolution plus sécurisées.

Les études consacrées à l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur montrent d'ailleurs que la recherche d'une stabilité financière constitue l'une des principales préoccupations des jeunes diplômés maliens [18-20]. Chez les médecins, cette réalité peut expliquer l'intérêt croissant pour l'exercice libéral, les contrats avec les organisations non gouvernementales (ONG) ou le cumul de plusieurs activités professionnelles.

Il convient toutefois de souligner que notre étude ne permet pas d'établir une relation causale entre statut matrimonial et devenir professionnel. Cette variable constitue davantage un facteur susceptible d'influencer certaines décisions individuelles qu'un déterminant autonome de l'insertion professionnelle.

Synthèse des données sociodémographiques

Dans l'ensemble, les médecins diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023 présentent le profil d'une population jeune, majoritairement masculine et principalement mariée. Ces caractéristiques sont globalement cohérentes avec les études antérieures menées au Mali [13,8], tout en se distinguant de plusieurs observations européennes, notamment par une féminisation moins avancée de la profession [11,12,23,26,27]. Elles traduisent également les réalités démographiques et socioculturelles du contexte malien [28].

Au-delà de leur intérêt descriptif, ces variables permettent de mieux comprendre les trajectoires professionnelles des jeunes médecins. Elles montrent que l'insertion professionnelle intervient à une période de la vie marquée par la construction du projet professionnel, des responsabilités familiales croissantes et la recherche d'une stabilité économique. Cette analyse constitue ainsi une base essentielle pour interpréter les résultats relatifs au parcours académique et au devenir professionnel, discutés dans les sections suivantes.

6.2 Profil académique

6.2.1 Désir de poursuivre une spécialisation

La présente étude montre qu'une très large proportion des médecins diplômés de la FMOS — 88,1 % (126/143) — envisageait de poursuivre une formation de spécialisation après l'obtention du doctorat en médecine, l'imagerie médicale arrivant en tête des spécialités désirées (16,7 %). Cette observation traduit une évolution des aspirations professionnelles des jeunes médecins, pour lesquels le diplôme de médecin généraliste apparaît de plus en plus comme une étape d'un parcours de carrière plutôt qu'une finalité en soi.

Cette tendance rejoint les observations de Dembélé [8], qui soulignait déjà l'intérêt marqué des jeunes médecins maliens pour les études de spécialisation. Bien que réalisée près d'une décennie auparavant, cette étude montrait que la poursuite d'une formation spécialisée constituait une perspective privilégiée pour une grande partie des jeunes diplômés. L'absence d'évolution majeure entre les deux périodes suggère que cette aspiration demeure constante dans le temps et répond à des déterminants structurels du système de santé malien.

Des tendances comparables sont décrites dans la littérature internationale. En France, Gouget [11], Pinson-Gouget et Beis [12], ainsi que Levé [23], rapportaient que les projets de spécialisation influençaient précocement les choix professionnels des jeunes médecins, notamment leur lieu d'exercice, leurs stages et leurs projets d'installation. Toutefois, à la différence du contexte français, où la spécialisation s'inscrit dans une organisation structurée

des carrières médicales, elle répond au Mali également à la nécessité de renforcer l'employabilité dans un environnement professionnel devenu plus concurrentiel. Ces déterminants du choix de spécialité ont d'ailleurs été analysés de façon détaillée en France : Lefèvre et al. montraient, auprès de 1 742 étudiants en médecine, que le choix d'une carrière chirurgicale répondait à des motivations spécifiques, distinctes de celles orientant vers la médecine générale, notamment l'attrait pour la technicité du geste et l'autonomie professionnelle [37]. Plus largement, Rouprêt et al. rapportaient, dans une enquête prospective menée auprès de 600 étudiants français en deuxième cycle, une grande hétérogénéité des souhaits professionnels selon les spécialités envisagées, la médecine générale n'arrivant pas toujours en tête des choix [38]. Ces travaux illustrent, dans un contexte différent, la même dynamique observée dans notre étude : celle d'une orientation précoce et différenciée des jeunes médecins vers des parcours de spécialisation perçus comme plus valorisants.

Cette interprétation est renforcée par les travaux consacrés à l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali. Les études de Mariko, d'Oumou Diallo et les rapports de l'Observatoire National de l'Emploi et de la Formation (ONEF) montrent que l'augmentation du nombre de diplômés au cours des dernières années n'a pas été accompagnée d'une hausse proportionnelle des opportunités d'emploi qualifié [18-20]. Dans ce contexte, la poursuite d'une spécialisation apparaît comme une stratégie d'adaptation permettant aux jeunes diplômés de renforcer leur compétitivité sur le marché du travail.

Cette situation peut être analysée à la lumière de la théorie du capital humain, selon laquelle l'investissement dans la formation accroît les compétences, la productivité et, par conséquent, les perspectives d'insertion professionnelle [20]. Chez les médecins, la spécialisation représente non seulement un approfondissement des connaissances, mais également un investissement susceptible d'améliorer les perspectives de carrière, les conditions d'exercice et les revenus futurs.

L'attrait marqué pour l'imagerie médicale et les autres disciplines à fort contenu technologique fait par ailleurs écho aux observations formulées au Mali dès 2003, où la santé publique arrivait alors en tête des choix (15,6 %) [39]. Cette évolution des aspirations témoigne de l'attractivité économique croissante des spécialités de plateau technique et des mutations technologiques rapides de la médecine contemporaine, une tendance également rapportée chez de jeunes médecins d'autres pays d'Afrique subsaharienne [39].

Cette forte demande de spécialisation soulève cependant plusieurs défis pour le système de santé malien. Si elle traduit une volonté légitime de progression professionnelle, elle peut également accentuer le déséquilibre entre médecine générale et disciplines spécialisées, dans

un contexte où les besoins en soins primaires demeurent importants, et risque de renforcer l'engorgement de quelques spécialités très prisées au détriment de domaines essentiels mais moins attractifs, tels que la santé mentale ou la médecine communautaire. La planification des ressources humaines devrait par conséquent rechercher un équilibre entre la formation de spécialistes et le maintien d'un nombre suffisant de médecins généralistes capables d'assurer la couverture sanitaire de première ligne.

Nos résultats suggèrent ainsi que le désir de spécialisation ne traduit pas uniquement une ambition individuelle, mais reflète également une adaptation des jeunes médecins aux mutations du marché de l'emploi médical — un indicateur dont les décideurs devraient tenir compte dans la planification des capacités de formation spécialisée et la définition des politiques nationales de ressources humaines en santé.

6.2.2 Formations complémentaires certifiées

Les résultats de notre étude montrent que 39,2 % des médecins diplômés de la FMOS (56/143) avaient suivi au moins une formation complémentaire certifiée après l'obtention du doctorat. Si cette proportion demeure minoritaire, elle concerne néanmoins plus d'un tiers des jeunes diplômés et met en évidence que, pour cette partie d'entre eux, la formation initiale ne constitue plus l'unique levier de développement professionnel. Elle traduit une volonté d'acquérir des compétences additionnelles afin d'améliorer leur insertion et leur évolution de carrière.

Cette tendance est cohérente avec l'évolution actuelle des professions de santé, caractérisées par une production rapide de connaissances scientifiques et une diversification croissante des compétences attendues. Le jeune médecin ne se limite plus aux compétences cliniques acquises durant la formation initiale ; une partie cherche également à développer des aptitudes en recherche, en santé publique, en gestion des services de santé, en pédagogie médicale ou dans l'utilisation des technologies numériques.

Bien que les études de Dembélé [8] et de Ben Moulaye Idriss [13] aient peu exploré cette dimension, elles soulignaient déjà l'importance de la formation continue dans le développement professionnel des médecins. Le fait qu'une majorité de médecins (60,8 %) n'ait suivi aucune formation complémentaire certifiée mérite néanmoins d'être interrogé : il pourrait traduire un accès encore limité à l'offre de formation continue, un coût financier dissuasif, ou une méconnaissance des opportunités disponibles, plutôt qu'un désintérêt réel des jeunes médecins pour le développement de leurs compétences.

Les études portant sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali montrent en effet que les employeurs accordent une importance grandissante aux

compétences complémentaires acquises après la formation initiale [18-20]. Les diplômés qui investissent dans des formations supplémentaires améliorent généralement leur capacité d'adaptation aux besoins du marché du travail et diversifient leurs opportunités professionnelles. Bien que ces travaux concernent l'ensemble des diplômés, ils permettent d'éclairer les stratégies observées chez les jeunes médecins.

Cette évolution peut être interprétée à la lumière de la théorie du signal, selon laquelle les diplômes et certificats complémentaires constituent des signaux adressés aux employeurs, témoignant d'un niveau élevé de compétence, d'une motivation à apprendre et d'une capacité d'adaptation [20]. Chez les médecins, ces formations peuvent renforcer la crédibilité professionnelle et faciliter l'accès à certains postes, notamment dans les ONG, les projets de recherche, les agences internationales ou les programmes de santé publique.

Ces résultats invitent la FMOS à renforcer les possibilités de formation continue dès les premières années suivant la diplomation. Le développement de certificats universitaires, de diplômes complémentaires et de formations courtes adaptées aux besoins du système de santé — notamment dans le domaine des nouvelles technologies médicales, plébiscité par 73,4 % des répondants comme compétence à renforcer (cf. section 6.4.3) — pourrait contribuer à améliorer l'employabilité des jeunes médecins tout en répondant aux attentes des employeurs. En définitive, la formation complémentaire apparaît moins comme un simple enrichissement du curriculum vitae que comme une véritable stratégie d'adaptation face à l'évolution du marché de l'emploi médical. Le fait qu'elle ne concerne encore qu'une minorité de diplômés constitue à la fois un constat et une marge de progression, qui devrait être pleinement intégrée dans les politiques nationales de formation médicale continue.

6.2.3 Appartenance à une association professionnelle

Notre étude montre, à l'inverse de ce qui est parfois observé dans d'autres contextes, qu'une large majorité des médecins diplômés de la FMOS — 67,8 % (97/143) — était membre d'une association médicale ou scientifique. Ce niveau d'adhésion, plutôt élevé, mérite une attention particulière car il reflète un degré appréciable d'intégration des jeunes praticiens dans leur communauté professionnelle.

L'adhésion à une association scientifique dépasse en effet la simple appartenance administrative. Elle constitue un indicateur de participation au développement professionnel continu, favorise les échanges d'expériences, facilite l'accès aux formations et contribue à la diffusion des recommandations scientifiques. Dans plusieurs pays, ces organisations jouent également un rôle important dans l'accompagnement des jeunes médecins au cours de leurs premières années d'exercice.

Les travaux consacrés à l'insertion professionnelle des diplômés maliens soulignent que le développement des réseaux professionnels facilite l'accès à l'emploi, en particulier lors des premières années suivant la diplomation [18-20]. Les recommandations, les échanges d'informations et les collaborations professionnelles permettent souvent de réduire les difficultés d'insertion. Cette observation est particulièrement cohérente avec notre étude, où plus de la moitié des médecins (51,5 %) ont obtenu leur premier emploi grâce à un collègue, un ami ou un proche, ce qui illustre l'importance du capital relationnel dans l'accès à l'emploi et pourrait en partie s'expliquer par ce fort taux d'adhésion associative.

Cette réalité peut être interprétée à travers la théorie du capital social, selon laquelle les réseaux professionnels constituent une ressource favorisant l'accès à l'information, aux opportunités d'emploi et aux collaborations professionnelles. L'appartenance à une association pourrait ainsi contribuer indirectement à améliorer l'insertion professionnelle des jeunes médecins en élargissant leurs interactions avec leurs pairs et leurs employeurs potentiels — une hypothèse cohérente avec l'importance des réseaux informels observée dans notre étude (cf. section 6.3.3).

Il demeure toutefois qu'un tiers des médecins (32,2 %) ne participe à aucune association professionnelle. Cette proportion, bien que minoritaire, pourrait s'expliquer par le coût des cotisations, le manque d'information sur les avantages de ces organisations, la charge de travail, ou encore une culture associative encore inégalement développée selon les lieux d'exercice.

Ces résultats soulignent néanmoins l'intérêt de consolider cette dynamique déjà favorable, en encourageant une participation encore plus large des jeunes diplômés aux sociétés savantes, aux associations médicales nationales et aux organisations professionnelles. Au-delà du bénéfice individuel, une telle implication pourrait renforcer le développement professionnel continu et contribuer à une meilleure structuration de la profession médicale au Mali.

6.3 Statut professionnel

6.3.1 Insertion professionnelle après l'obtention du diplôme

Les résultats de cette étude montrent que 70,6 % des médecins (101/143) continuaient à exercer la médecine après l'obtention du diplôme, tandis que 29,4 % (42/143) déclaraient ne plus exercer d'activité médicale. Ce résultat met en évidence une insertion professionnelle globalement favorable, tout en révélant qu'une proportion non négligeable de jeunes diplômés s'éloigne de la pratique médicale peu après leur sortie de la FMOS.

Cette observation mérite une analyse dépassant la simple mesure du taux d'exercice. Dans un contexte marqué par un déficit chronique de ressources humaines en santé — la région africaine concentrant une part disproportionnée du fardeau mondial de morbidité pour une fraction très réduite des effectifs de santé mondiaux [1] —, le fait qu'environ un tiers des médecins diplômés n'exerce plus la médecine interroge à la fois les capacités d'absorption du système de santé et l'attractivité des conditions d'exercice proposées aux jeunes praticiens.

Les travaux de Dembélé [8] rapportaient déjà que le parcours professionnel des jeunes médecins maliens ne se limitait plus à l'intégration dans la fonction publique, mais s'orientait progressivement vers des trajectoires plus diversifiées. Nos résultats confirment cette évolution et suggèrent qu'elle s'est accentuée au cours des dernières années. Le devenir professionnel des médecins apparaît ainsi aujourd'hui moins linéaire qu'auparavant, alternant périodes d'activité clinique, poursuite d'études, emplois non cliniques ou recherche de nouvelles opportunités professionnelles.

Cette évolution s'inscrit dans un contexte national déjà décrit par plusieurs études sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur. Les travaux de Mariko, d'Oumou Diallo et de l'ONEF montrent que l'augmentation continue du nombre de diplômés n'a pas été accompagnée d'une croissance équivalente des emplois qualifiés disponibles [18-20]. Les jeunes médecins évoluent donc dans un environnement où les opportunités professionnelles demeurent limitées, malgré l'importance des besoins sanitaires du pays.

Ce paradoxe rejoint directement la problématique du *numerus clausus* à la FMOS, déjà documentée par Kouyaté, qui soulignait qu'en dépit de mécanismes de régulation académique, les effectifs d'étudiants demeuraient pléthoriques, avec un ratio étudiant/enseignant atteignant 49, largement supérieur aux normes standards d'encadrement [10]. Une telle tendance engendre une augmentation linéaire du nombre de diplômés sans adéquation avec les capacités d'absorption budgétaire et infrastructurelle du système de santé public. Nos résultats confirment ainsi que les limites identifiées par Kouyaté [10] persistent : la régulation par le *numerus clausus*, bien qu'ayant permis une amélioration relative de l'encadrement pédagogique, demeure insuffisante en l'absence de politiques efficaces de création de postes et d'absorption des nouveaux diplômés.

La théorie de l'appariement (*matching theory*) apporte un éclairage complémentaire à cette situation. Selon cette approche, l'insertion professionnelle dépend non seulement des compétences du diplômé, mais également de la capacité du marché à proposer des emplois correspondant à ces compétences ; lorsque cette adéquation est insuffisante, les périodes de

transition professionnelle s'allongent et les diplômés développent des stratégies alternatives d'insertion [20].

Ainsi, le fait que près d'un tiers des médecins n'exerce plus directement la médecine ne doit pas être interprété comme un manque de qualification individuelle, mais plutôt comme le reflet de contraintes structurelles affectant le marché de l'emploi médical malien. Ces résultats plaident en faveur d'un renforcement de la planification nationale des ressources humaines en santé, d'une meilleure coordination entre institutions de formation et employeurs, ainsi que d'une politique de recrutement mieux adaptée à l'évolution des effectifs de médecins formés.

6.3.2 Délai d'accès au premier emploi médical

Parmi les médecins ayant exercé après le diplôme, 39,6 % (40/101) ont obtenu leur premier emploi en moins de trois mois, 37,6 % (38/101) entre trois et six mois, tandis que 22,8 % (23/101) ont attendu plus d'une année avant de commencer à exercer. Ces résultats montrent que, malgré une insertion relativement rapide pour une majorité de diplômés, une proportion importante de jeunes médecins connaît une transition prolongée avant son entrée effective dans la vie professionnelle.

Ce délai d'accès au premier emploi constitue un indicateur particulièrement pertinent de la performance du marché de l'emploi médical. Une insertion rapide traduit généralement une bonne adéquation entre les besoins du système de santé et les compétences des diplômés, tandis qu'un délai prolongé peut révéler des difficultés structurelles de recrutement ou une inadéquation entre l'offre et la demande de travail.

Les observations de Dembélé [8] montraient déjà que les trajectoires professionnelles des jeunes médecins maliens étaient caractérisées par des délais variables avant l'obtention d'un premier emploi stable. Nos résultats suggèrent que cette réalité demeure d'actualité, malgré les évolutions intervenues dans le système de santé au cours des dernières années.

Les études nationales sur l'insertion professionnelle des diplômés confirment également que les premières années suivant la sortie de l'université représentent une période particulièrement vulnérable, l'attente avant le premier emploi étant devenue une caractéristique fréquente des jeunes diplômés maliens, indépendamment de leur domaine de formation [18-20]. Chez les médecins toutefois, cette période présente des spécificités : elle est souvent mise à profit pour effectuer des stages, assurer des remplacements, préparer les concours de spécialisation ou développer progressivement une activité libérale.

Néanmoins, le fait que près d'un médecin sur cinq attende plus de douze mois avant d'exercer soulève des interrogations quant à l'efficacité des dispositifs actuels d'insertion professionnelle. Une telle période peut entraîner une perte progressive de compétences

pratiques, fragiliser la motivation professionnelle et retarder l'autonomie financière des jeunes diplômés.

Cette situation renforce l'intérêt de développer des mécanismes facilitant la transition entre la formation universitaire et l'emploi, notamment par la création de postes d'assistantat, de programmes de mentorat, de stages rémunérés ou de dispositifs d'accompagnement à l'installation. De telles mesures permettraient de réduire les délais d'insertion tout en consolidant les compétences des jeunes médecins.

Enfin, ces résultats rappellent que l'évaluation du devenir professionnel ne doit pas se limiter au seul taux d'emploi. La rapidité d'accès au premier emploi constitue également un indicateur essentiel de l'efficacité des politiques de ressources humaines en santé et de la capacité du système à valoriser les compétences des médecins nouvellement diplômés.

6.3.3 Modalités d'accès au premier emploi

Le rôle des réseaux professionnels dans l'insertion des jeunes médecins

Les résultats de notre étude montrent que 51,5 % des médecins (67/130) ont obtenu les informations relatives à leur premier emploi par l'intermédiaire d'un collègue, d'un ami ou d'un proche, contre 16,9 % (22/130) par un encadreur académique, 11,6 % (15/130) par des publications sur les réseaux sociaux et 4,6 % (6/130) par un parent. Par ailleurs, 15,4 % des répondants (20/130) déclaraient ne pas avoir encore obtenu d'emploi. Cette place prépondérante des canaux informels rejoint les travaux de Folorunso menés auprès de médecins nigériens, qui montraient que le comportement de recherche d'information professionnelle variait significativement selon des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe ou l'ancienneté, certains canaux d'information n'étant pas uniformément accessibles à l'ensemble des praticiens [40]. Ces résultats confirment l'importance prépondérante des réseaux relationnels et des canaux informels dans l'insertion professionnelle médicale au Mali, une situation qui peut être rapprochée des caractéristiques générales du marché du travail en Afrique subsaharienne, marqué par un faible niveau de formalisation et une forte dépendance aux réseaux relationnels dans l'accès à l'emploi [24].

Plus qu'un simple moyen de diffusion de l'information, le réseau relationnel apparaît ainsi comme un véritable mécanisme d'accès au marché de l'emploi médical. Cette observation suggère que, dans le contexte malien, l'accès au premier emploi dépend non seulement des compétences acquises durant la formation, mais également de la capacité du jeune diplômé à mobiliser son capital relationnel.

Ce constat est particulièrement intéressant au regard de la littérature internationale. Dans les systèmes de santé fortement institutionnalisés, les recrutements reposent principalement sur des appels à candidatures, des concours ou des plateformes officielles. À l'inverse, nos résultats suggèrent que le marché de l'emploi médical malien fonctionne encore largement sur la circulation informelle de l'information, où les recommandations professionnelles et les relations interpersonnelles jouent un rôle déterminant.

Cette observation est cohérente avec les études nationales sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur. Les travaux de Mariko, d'Oumou Diallo et les rapports de l'ONEF montrent que les réseaux professionnels constituent l'un des principaux facteurs facilitant l'accès au premier emploi au Mali [18-20]. Nos résultats montrent que cette réalité s'applique également aux jeunes médecins.

Cette situation peut être interprétée à travers la théorie du capital social, selon laquelle les relations professionnelles représentent une ressource mobilisable permettant d'accéder plus rapidement à l'information, aux opportunités d'emploi et aux collaborations professionnelles. Chez les jeunes médecins, les stages hospitaliers, les internats, les collaborations avec les enseignants et les expériences acquises pendant la formation contribuent progressivement à la constitution de ce capital social.

Cette forte dépendance aux réseaux informels soulève toutefois des interrogations en matière d'équité. Les médecins disposant d'un réseau professionnel développé peuvent accéder plus rapidement aux opportunités d'emploi, tandis que les diplômés moins connectés risquent de rencontrer davantage de difficultés d'insertion, indépendamment de leurs compétences académiques — une situation susceptible de créer des inégalités d'accès au marché de l'emploi entre médecins ayant pourtant bénéficié d'une formation comparable.

L'implication relativement faible des encadreurs académiques dans l'accès au premier emploi mérite également d'être soulignée. Bien qu'ils interviennent dans près d'un cas sur six, leur contribution reste largement inférieure à celle des réseaux personnels. Ce résultat suggère qu'un renforcement des liens entre la FMOS et les structures de recrutement pourrait faciliter la transition entre la formation universitaire et la vie professionnelle.

Enfin, le faible recours aux plateformes numériques et aux réseaux sociaux comme source d'information (11,6 %) montre que les mécanismes modernes de diffusion des offres d'emploi demeurent encore insuffisamment développés dans le secteur médical malien. Le développement de plateformes nationales de recrutement dédiées aux professionnels de santé pourrait contribuer à améliorer la transparence du marché de l'emploi et à réduire les inégalités d'accès à l'information.

Ainsi, nos résultats montrent que l'insertion professionnelle des jeunes médecins repose aujourd'hui largement sur les réseaux relationnels. Si cette dynamique favorise la circulation rapide de l'information, elle souligne également la nécessité de renforcer les dispositifs institutionnels d'accompagnement vers l'emploi afin de garantir un accès plus équitable aux opportunités professionnelles.

6.3.4 Statut de travail

L'analyse du statut professionnel des médecins diplômés de la FMOS révèle une transformation profonde des modalités d'insertion professionnelle. Plus de la moitié des répondants (53,1 % ; 76/143) exerçaient comme médecins généralistes libéraux, alors que 9,1 % étaient délégués médicaux (13/143), 9,1 % poursuivaient une spécialisation (13/143), 7,0 % occupaient un poste de médecin fonctionnaire (10/143), 7,0 % exerçaient comme praticiens hospitaliers (10/143), 2,1 % travaillaient comme médecins traitants en ONG (3/143), 10,5 % étaient sans emploi (15/143), et de très faibles proportions (0,7 % chacune, soit 1/143) exerçaient respectivement dans l'enseignement, comme assistant de recherche ou dans une structure municipale.

Ces résultats montrent que l'exercice libéral constitue désormais le principal débouché professionnel des jeunes médecins diplômés de la FMOS. Cette évolution traduit une mutation importante du devenir professionnel des médecins maliens, longtemps orienté principalement vers l'intégration dans la fonction publique.

Les travaux de Dembélé [8] mettaient déjà en évidence une diversification progressive des parcours professionnels des jeunes médecins. Nos résultats suggèrent toutefois que cette diversification s'est accentuée au cours des dernières années : le recours croissant à l'exercice libéral, à la promotion médicale et aux parcours de spécialisation témoigne d'une adaptation des jeunes diplômés aux nouvelles réalités du marché de l'emploi.

Cette évolution doit être interprétée dans le contexte des politiques nationales de recrutement. Le nombre limité de postes ouverts dans la fonction publique contraste avec l'augmentation continue du nombre de médecins formés chaque année. Ce déséquilibre contraint les jeunes diplômés à développer des stratégies alternatives d'insertion, parmi lesquelles l'exercice libéral apparaît comme la solution la plus accessible.

Les études nationales sur l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur aboutissent à des conclusions similaires : la faible capacité d'absorption du secteur public conduit un nombre croissant de diplômés à se tourner vers le secteur privé, l'entrepreneuriat ou des activités professionnelles alternatives [18-20]. Ce mouvement vers l'installation privée n'est d'ailleurs pas propre à notre contexte : plusieurs pays d'Afrique francophone et

Madagascar ont structuré ce type d'exercice à travers le modèle de la médecine générale communautaire, permettant l'installation de médecins dans des zones rurales sous-médicalisées [5,6]. L'exemple du Bénin illustre concrètement la viabilité de ce modèle, avec une amélioration mesurable de la couverture sanitaire [7]. À l'échelle du continent, le secteur privé assure aujourd'hui une part majoritaire de l'offre de soins dans plusieurs pays, comme au Nigéria où il couvrirait 70 % de la délivrance des soins [41], une dynamique également documentée au Sénégal et au Maroc [42,43,44].

Cette évolution peut être analysée à travers la théorie de la segmentation du marché du travail. Selon cette théorie, les diplômés cherchent en priorité à intégrer le marché primaire, caractérisé par des emplois stables, sécurisés et offrant des perspectives d'évolution. Lorsque ces possibilités demeurent insuffisantes, ils s'orientent vers un marché secondaire plus flexible, constitué d'emplois contractuels, d'activités indépendantes ou de formes d'exercice moins institutionnalisées. Dans notre étude, l'essor de l'exercice libéral apparaît comme l'une des principales manifestations de cette adaptation.

L'exercice libéral ne doit toutefois pas être considéré uniquement comme une solution de substitution. Pour certains jeunes médecins, il représente également un choix professionnel motivé par une plus grande autonomie, une meilleure valorisation des compétences ou des perspectives économiques plus favorables. Cette double dimension, à la fois contrainte et opportunité, illustre la complexité actuelle du devenir professionnel des médecins maliens.

La proportion non négligeable de médecins exerçant comme délégués médicaux (9,1 %) mérite également une attention particulière. Cette orientation témoigne de l'émergence de nouveaux débouchés professionnels pour les médecins généralistes, au-delà de l'exercice clinique traditionnel : les compétences scientifiques acquises durant la formation médicale constituent un atout reconnu par l'industrie pharmaceutique, qui recrute de plus en plus de médecins dans des fonctions de promotion médicale, de formation ou d'expertise technique.

En revanche, la proportion de médecins sans emploi (10,5 %) demeure préoccupante. Dans un pays confronté à un déficit de couverture sanitaire, la présence de médecins formés ne parvenant pas à s'insérer professionnellement traduit une inefficience dans la gestion des ressources humaines en santé. Cette situation ne résulte probablement pas d'une absence de besoins sanitaires, mais plutôt d'un décalage entre la production de diplômés, les capacités de financement des postes et les mécanismes de recrutement — un constat également relevé à l'échelle du continent africain par l'Organisation mondiale de la Santé [1].

Ces résultats soulignent la nécessité d'une réflexion globale sur la planification des ressources humaines en santé. Le renforcement des capacités de recrutement de la fonction publique,

l'encadrement du développement du secteur privé, l'accompagnement des jeunes médecins dans leur installation ainsi que la diversification des débouchés professionnels constituent des pistes essentielles pour améliorer durablement l'insertion professionnelle des futurs diplômés.

6.3.5 Structures et zones d'exercice des jeunes médecins

Les résultats de notre étude montrent que 38,5 % des médecins (55/143) exerçaient dans des cliniques ou cabinets privés, 16,8 % (24/143) dans les hôpitaux publics, 16,1 % (23/143) dans les centres de santé communautaires (CSCoM), 8,4 % (12/143) au sein d'ONG et 6,3 % (9/143) dans des agences de promotion médicale ; les universités, centres de recherche, centres de santé de référence et écoles privées représentaient des proportions plus faibles (moins de 3 % chacun).

Cette répartition illustre une évolution importante de l'organisation des ressources humaines en santé au Mali. Alors que les structures publiques occupaient historiquement une place centrale dans l'insertion des jeunes médecins, nos résultats montrent que les établissements privés constituent désormais le principal espace d'exercice des nouveaux diplômés. Cette évolution ne traduit pas seulement une croissance du secteur privé ; elle reflète également une transformation progressive des mécanismes de recrutement des médecins.

Les observations de Dembélé [8] mettaient déjà en évidence une diversification des lieux d'exercice des jeunes médecins. La proportion élevée observée dans les structures privées dans notre étude suggère toutefois que cette dynamique s'est renforcée au cours des dernières années, sous l'effet conjugué de la croissance du secteur privé de santé et des capacités limitées de recrutement des établissements publics.

Sur le plan géographique, plus de la moitié des médecins (55,2 % ; 79/143) exerçaient en zone urbaine, contre 19,6 % (28/143) en zone rurale et 16,8 % (24/143) en zone semi-rurale. Cette concentration urbaine confirme que les déséquilibres de répartition géographique des ressources humaines en santé persistent, malgré l'augmentation du nombre de médecins diplômés.

Cette situation rejoint les observations formulées par Ben Moulaye Idriss [13] puis par Dembélé [8], qui soulignaient déjà une forte concentration des médecins dans les zones urbaines. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette concentration : les grandes villes offrent généralement de meilleures perspectives professionnelles, une clientèle plus importante pour l'exercice libéral, des infrastructures sanitaires mieux équipées ainsi que des possibilités accrues de formation continue et de spécialisation. À l'inverse, les zones rurales restent confrontées à des difficultés liées aux conditions de travail, au plateau technique, au logement, à la sécurité et aux perspectives d'évolution professionnelle [29,32,33].

Cette tendance n'est d'ailleurs pas propre au Mali. Les travaux de Gouget [11], de Pinson-Gouget et Beis [12] ainsi que de Levé [23] montraient que les difficultés d'installation dans les zones sous-dotées constituent une préoccupation commune à de nombreux systèmes de santé, y compris dans les pays développés, comme en témoignent plusieurs récits de praticiens relayés par la presse médicale française, évoquant une réticence croissante des jeunes médecins à s'installer, en particulier seuls ou en zone rurale [45-47] ; des constats similaires ont également été rapportés au Ghana [48]. Au Mali, toutefois, les conséquences apparaissent plus marquées en raison du déficit global de médecins et des fortes disparités territoriales [1,30].

L'importance des CSCom mérite également d'être soulignée. Bien qu'ils ne représentent pas la première structure d'exercice, ils demeurent un employeur important des jeunes médecins, ce qui confirme le rôle central de la médecine de premier recours dans le système de santé malien. La présence de médecins au sein des ONG traduit quant à elle l'implication croissante des partenaires techniques et financiers dans de nombreux programmes de santé publique, créant de nouvelles opportunités professionnelles en gestion de projet, en épidémiologie, en suivi-évaluation ou en santé communautaire.

Face à ces difficultés d'insertion locale, la migration internationale constitue une option envisagée par certains jeunes médecins maliens, comme le confirment nos résultats relatifs à l'expérience professionnelle à l'étranger, discutés plus loin (cf. section suivante).

Cette concentration urbaine soulève un enjeu majeur d'équité sanitaire. L'augmentation du nombre de médecins formés ne garantit pas, à elle seule, une amélioration de l'accès aux soins si leur répartition géographique demeure déséquilibrée. Les politiques de formation devront donc être accompagnées de mesures incitatives favorisant l'installation durable des jeunes médecins dans les régions insuffisamment couvertes, notamment par des dispositifs de soutien financier, des conditions d'exercice attractives et des perspectives de carrière clairement définies.

6.3.6 Rémunération et mobilité professionnelle : des conditions d'exercice à consolider

Concernant les conditions d'exercice, notre étude montre que la première rémunération salariale était inférieure à 150 000 FCFA pour 35,6 % des médecins (42/118), comprise entre 150 000 et 250 000 FCFA pour 34,7 % (41/118), entre 250 000 et 350 000 FCFA pour 16,9 % (20/118) et supérieure à 350 000 FCFA pour seulement 12,8 % (15/118). Ainsi, plus de 70 % des jeunes médecins débutaient leur carrière avec une rémunération inférieure à 250 000 FCFA.

Ce niveau de rémunération, relativement modeste au regard de la durée et de l'exigence des études médicales, éclaire directement les résultats précédents relatifs à la satisfaction professionnelle et aux difficultés rencontrées : la rémunération constitue en effet un déterminant central du bien-être professionnel, et son insuffisance contribue vraisemblablement au niveau élevé d'insatisfaction observé dans notre étude (47,6 %).

Cette hypothèse est directement corroborée par nos résultats relatifs à la mobilité professionnelle : 30,1 % des médecins (43/143) avaient déjà changé de travail depuis leur diplomation, et l'insuffisance du salaire constituait la première raison invoquée, citée dans 37,2 % des cas (16/43), loin devant le désir de spécialisation (18,6 %), le changement des termes de l'accord initial (9,3 %), la fin de contrat ou l'entrée dans la fonction publique (7,0 % chacun), une volonté d'évoluer professionnellement ou des conditions de travail jugées difficiles (4,7 % chacune), les autres motifs (rupture de contrat, charge de travail sans repos, projet de voyage ou de reconversion commerciale) restant marginaux (2,3 % chacun).

Ces résultats confirment que la mobilité professionnelle des jeunes médecins maliens ne traduit pas seulement une recherche d'épanouissement ou de spécialisation, mais répond le plus souvent à des contraintes économiques concrètes. Ce constat rejoint les analyses consacrées à l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali, qui identifient la faiblesse des rémunérations comme un frein majeur à la stabilité de l'emploi qualifié [18-20].

Cette situation peut également être rapprochée des caractéristiques plus larges du marché du travail en Afrique subsaharienne, où la faible formalisation des emplois et la modestie des grilles salariales, y compris dans certains segments du secteur privé, favorisent un roulement professionnel important [24]. Elle éclaire aussi, en partie, l'attrait persistant des jeunes médecins pour la fonction publique, perçue comme offrant une rémunération plus stable, alors même que les capacités de recrutement de cette dernière demeurent limitées, comme cela a été discuté précédemment à propos du *numerus clausus* [10].

Le changement de travail ne doit toutefois pas être interprété uniquement de façon négative : pour près d'un cinquième des médecins concernés, il correspond à une transition vers la spécialisation, ce qui témoigne d'un parcours professionnel évolutif plutôt que d'une simple instabilité subie. Il n'en demeure pas moins que l'amélioration des grilles de rémunération, en particulier dans les structures privées et communautaires, apparaît comme un levier prioritaire pour consolider l'insertion professionnelle des jeunes médecins et réduire le poids des changements de travail contraints par des raisons financières.

6.3.7 Expérience professionnelle à l'étranger : une ouverture internationale encore limitée

Notre étude montre que 13,3 % des médecins (19/143) avaient effectué un travail ou un stage à l'étranger au cours de leur parcours professionnel, principalement en Côte d'Ivoire (47,3 % ; 9/19), suivie du Gabon, du Maroc et de la Mauritanie (10,5 % chacun ; 2/19), puis du Bénin, de la France, du Niger et des États-Unis (5,3 % chacun ; 1/19).

Cette proportion, minoritaire mais non négligeable, illustre une dimension du devenir professionnel des jeunes médecins maliens qui dépasse le seul cadre national. La prédominance très nette de la Côte d'Ivoire comme destination suggère que cette mobilité s'inscrit d'abord dans un espace régional ouest-africain, probablement facilitée par la proximité géographique, culturelle et linguistique, ainsi que par des besoins en ressources humaines de santé partagés à l'échelle sous-régionale [1].

Ces résultats font écho aux travaux de Mendy consacrés aux migrations internationales des médecins africains, qui montraient que les trajectoires et les conditions d'exercice des professionnels de santé dépendaient fortement des politiques migratoires et des cadres institutionnels propres à chaque pays d'accueil [25]. Si la migration vers l'Europe ou l'Amérique du Nord demeure marginale dans notre échantillon, la présence de destinations comme la France ou les États-Unis rappelle que le risque de fuite des compétences vers des pays à revenu élevé, bien que limité à ce stade, ne peut être totalement écarté.

Cette ouverture internationale, encore modeste, pourrait néanmoins constituer un atout pour le système de santé malien si elle est valorisée : les expériences acquises à l'étranger, notamment dans des pays disposant de plateaux techniques plus avancés, sont susceptibles d'enrichir les compétences cliniques, organisationnelles et académiques des médecins concernés, à condition que des mécanismes incitatifs favorisent leur retour et leur réintégration dans le système de santé national.

6.4 Qualité de l'insertion professionnelle des jeunes médecins diplômés de la FMOS

L'insertion professionnelle ne peut être appréciée à travers le seul accès à un emploi. Une insertion est considérée comme réussie lorsqu'elle permet au jeune médecin d'exercer dans des conditions compatibles avec ses compétences, ses attentes professionnelles et les besoins du système de santé. Dans cette perspective, la satisfaction professionnelle, les difficultés rencontrées, les compétences jugées insuffisantes ainsi que l'appréciation portée sur la formation reçue constituent des indicateurs essentiels pour évaluer la qualité du devenir professionnel.

Cette approche est aujourd'hui largement retenue dans les travaux consacrés à l'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur, qui considèrent que la réussite de l'insertion dépend autant de la qualité de l'emploi que de son existence [18-20]. Les résultats présentés ci-après permettent ainsi d'aller au-delà du simple taux d'emploi pour apprécier la manière dont les jeunes médecins construisent progressivement leur carrière.

6.4.1 Satisfaction professionnelle : un indicateur de réussite de l'insertion

La satisfaction professionnelle constitue l'un des meilleurs indicateurs de la qualité de l'insertion des jeunes médecins. Nos résultats révèlent une situation préoccupante : 47,6 % des médecins (68/143) se déclaraient insatisfaits de leur carrière, contre 31,5 % (45/143) satisfaits et 20,9 % (30/143) se disant neutres. Ainsi, l'insatisfaction constitue le sentiment le plus fréquemment exprimé, dépassant nettement la proportion de médecins satisfaits.

Ce résultat contraste avec l'image d'une insertion professionnelle par ailleurs globalement effective (70,6 % des médecins continuant à exercer la médecine). Il met en évidence que l'accès à un emploi ne garantit pas, à lui seul, une expérience professionnelle satisfaisante, et souligne l'écart entre les attentes formulées au cours de la formation médicale et les réalités rencontrées dans la pratique quotidienne.

Cette insatisfaction doit être interprétée avec prudence, car elle dépend simultanément de plusieurs facteurs : la rémunération, les conditions de travail, la charge d'activité, la reconnaissance professionnelle, les possibilités d'évolution de carrière ainsi que l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Elle est également à mettre en relation directe avec les difficultés rapportées par les médecins eux-mêmes (cf. section suivante), au premier rang desquelles la difficulté à trouver un emploi et le manque de ressources.

Les travaux internationaux consacrés à la médecine générale montrent que la satisfaction professionnelle constitue aujourd'hui un enjeu majeur de fidélisation des médecins. Gouget [11], ainsi que Pinson-Gouget et Beis [12], soulignaient que les conditions d'exercice influencent fortement la qualité de vie professionnelle ainsi que les choix futurs de carrière. Bien que réalisées dans un contexte différent, ces études mettent en évidence l'importance des conditions de travail dans la construction du parcours professionnel.

Dans le contexte malien, cette insatisfaction apparaît largement influencée par les contraintes structurelles du système de santé décrites tout au long de cette discussion : difficultés d'accès à l'emploi stable, dépendance aux réseaux informels, disparités de rémunération, insuffisance des ressources et des équipements. Ainsi, le niveau de satisfaction observé dans notre étude ne traduit pas uniquement une appréciation individuelle ; il constitue également un indicateur de

la performance du système de santé à accueillir et à valoriser ses jeunes médecins, et appelle une action prioritaire des décideurs.

6.4.2 Difficultés rencontrées : révélateurs des limites du système de santé

Les difficultés rapportées par les jeunes médecins ne doivent pas être considérées comme de simples expériences individuelles. Elles constituent des indicateurs des contraintes auxquelles le système de santé est confronté dans la gestion de ses ressources humaines. Notre étude montre que la difficulté à trouver un emploi arrivait au premier rang des défis rencontrés, rapportée par 49,7 % des médecins (71/143), suivie du manque de ressources (47,6 % ; 68/143), de la charge de travail élevée (42,0 % ; 60/143), du stress émotionnel (40,6 % ; 58/143) et des difficultés d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (32,2 % ; 46/143) ; seuls 1,4 % des répondants (2/143) ne rapportaient aucun défi particulier.

Ces résultats confirment que l'insertion professionnelle des jeunes médecins ne se limite pas à une problématique d'accès à l'emploi : elle englobe également des enjeux de conditions de travail et de bien-être psychologique. La difficulté à trouver un emploi peut s'expliquer d'abord par la saturation du marché du travail médical dans les zones urbaines comme Bamako, où l'offre excède largement la demande. Ensuite, le manque de création de postes dans la fonction publique, souvent perçue comme la voie d'emploi la plus stable, freine l'intégration des diplômés dans le système de santé national ; les concours d'entrée y sont très sélectifs, laissant de nombreux jeunes médecins sans débouchés immédiats.

Les travaux réalisés au Mali sur l'insertion professionnelle des diplômés montrent que les difficultés d'accès à un emploi stable, la précarité contractuelle et les faibles perspectives d'évolution constituent aujourd'hui des préoccupations majeures chez les jeunes diplômés [18-20]. Nos résultats montrent que les médecins, malgré leur qualification élevée, ne sont pas épargnés par cette réalité.

La fréquence notable du stress émotionnel (40,6 %) et des difficultés d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle (32,2 %) mérite une attention particulière, car ces dimensions sont rarement documentées dans les études maliennes antérieures sur le devenir des médecins. Elles suggèrent que les difficultés d'insertion ne se limitent pas à des enjeux matériels ou financiers, mais engagent également la santé mentale et le bien-être des jeunes praticiens — une dimension que les politiques de ressources humaines en santé devraient davantage prendre en compte.

Plusieurs de ces difficultés relèvent de facteurs structurels : insuffisance des recrutements publics, disparités régionales dans la répartition des ressources humaines, faibles investissements dans certaines structures sanitaires ou conditions matérielles d'exercice

parfois insuffisantes. D'autres sont davantage liées à l'évolution même de la profession médicale, notamment l'augmentation du nombre de diplômés et la diversification des modes d'exercice.

Ces résultats soulignent que l'amélioration du devenir professionnel des jeunes médecins nécessite une approche globale, dépassant la seule augmentation des effectifs formés. Elle suppose également une amélioration des conditions d'exercice, un accompagnement psychologique adapté, une meilleure planification des ressources humaines et un renforcement des capacités de recrutement.

6.4.3 Compétences jugées insuffisantes : vers une évolution de la formation médicale

L'un des apports les plus intéressants de notre étude réside dans l'identification des compétences que les jeunes médecins estiment insuffisamment développées au cours de leur formation. La formation en nouvelles technologies médicales arrivait très largement en tête, citée par 73,4 % des répondants (105/143), loin devant la gestion du stress émotionnel (40,6 % ; 58/143), les compétences en gestion (37,1 % ; 53/143), les techniques de communication (30,1 % ; 43/143) et la gestion du stress et du bien-être au sens large (23,8 % ; 34/143) ; seuls 1,4 % (2/143) n'exprimaient aucun besoin particulier.

L'écart très marqué entre la demande de formation en nouvelles technologies médicales et les autres besoins exprimés constitue un résultat saillant de notre étude. Il traduit une prise de conscience aiguë, chez les jeunes médecins maliens, du rôle croissant des outils numériques et technologiques dans l'exercice médical contemporain — imagerie médicale, télémedecine, dossiers médicaux informatisés, intelligence artificielle appliquée au diagnostic — domaines pour lesquels la formation initiale semble avoir pris du retard sur les évolutions du secteur.

Il importe de souligner que ces résultats ne remettent pas en cause la qualité scientifique de la formation dispensée à la FMOS. Ils traduisent plutôt l'émergence de nouvelles exigences professionnelles liées à la diversification des carrières médicales. Aujourd'hui, le jeune médecin peut être amené à exercer des responsabilités de gestion, de coordination, de recherche, de santé publique ou d'entrepreneuriat, qui nécessitent des compétences dépassant le champ strictement clinique — ce que confirme la demande, quoique plus modeste, de renforcement des compétences en gestion (37,1 %) et en communication (30,1 %).

Cette évolution rejoint les recommandations internationales en matière de formation médicale, qui encouragent progressivement l'intégration de compétences transversales telles que le leadership, la gestion des systèmes de santé, la communication, la recherche, l'utilisation des technologies numériques et la gestion de projet.

Ainsi, les attentes exprimées par les participants doivent être considérées comme des pistes concrètes d'amélioration continue du curriculum de la FMOS plutôt que comme une critique de la formation existante. Elles offrent l'opportunité d'adapter progressivement les enseignements — en priorité dans le domaine des technologies médicales, mais aussi de la gestion du stress, de la communication et du bien-être professionnel — aux transformations du système de santé et aux nouvelles réalités du marché de l'emploi médical.

6.4.4 Appréciation de la formation reçue à la FMOS

L'appréciation portée par les diplômés sur la formation reçue constitue un indicateur essentiel de la qualité de la formation médicale. Dans notre étude, la formation de la FMOS était jugée bonne par 55,3 % des sortants (79/143), moyenne pour 38,5 % (55/143) et médiocre pour 6,3 % (9/143).

Ces données sont comparables à celles rapportées par Dembélé [8], qui constatait que 42,0 % des sortants jugeaient la formation bonne et 0,8 % la considéraient mauvaise. On observe donc une amélioration sensible de la perception positive de la formation au fil des années, passant de 42,0 % à 55,3 %. Cette évolution pourrait s'expliquer par des efforts institutionnels en matière de réforme des curricula, d'amélioration des infrastructures pédagogiques, ou de renforcement de la compétence du corps enseignant.

Cette appréciation globalement positive confirme que la FMOS assure une formation permettant une insertion professionnelle effective de ses diplômés. Elle ne doit cependant pas occulter le fait qu'un peu plus du tiers des répondants (38,5 %) ne jugent la formation que moyenne, ce qui, combiné aux compétences jugées insuffisantes identifiées précédemment (technologies médicales en tête), confirme qu'une formation adaptée aux besoins du marché du travail constitue un facteur déterminant de l'employabilité des médecins généralistes maliens.

Ces observations rejoignent celles formulées ailleurs en Afrique subsaharienne, où l'adéquation entre la formation médicale et les besoins réels du marché de l'emploi est identifiée comme un facteur clé de l'insertion professionnelle des jeunes médecins [39]. Dans cette perspective, le renforcement des collaborations entre la FMOS, les structures sanitaires, les organisations professionnelles et les employeurs pourrait favoriser une meilleure adéquation entre les compétences acquises durant la formation et les besoins réels du marché de l'emploi.

Synthèse générale de la discussion

Les résultats de cette étude montrent que le devenir professionnel des médecins généralistes diplômés de la FMOS entre 2019 et 2023 connaît une évolution profonde. L'insertion professionnelle demeure globalement effective (70,6 %), mais elle s'appuie désormais sur des parcours plus diversifiés que ceux décrits dans les études antérieures, et s'accompagne d'un niveau de satisfaction professionnelle préoccupant, puisque près d'un médecin sur deux se déclare insatisfait de sa carrière. L'exercice libéral s'impose progressivement comme le principal mode d'insertion, tandis que les jeunes médecins développent des stratégies combinant spécialisation, exercice privé, activités au sein des ONG, promotion médicale et mobilité professionnelle.

Cette transformation ne traduit pas uniquement une évolution des choix individuels. Elle reflète également les mutations du système de santé malien, marqué par une augmentation du nombre de diplômés — accentuée par les limites de la régulation par le *numerus clausus* [10] —, une capacité limitée de recrutement dans la fonction publique et une participation croissante du secteur privé à l'offre de soins. Dans ce contexte, les jeunes médecins développent des stratégies d'adaptation destinées à renforcer leur employabilité et à sécuriser leur parcours professionnel, tout en étant confrontés à des difficultés concrètes — accès à l'emploi, manque de ressources, charge de travail, stress émotionnel — qui pèsent directement sur leur satisfaction professionnelle.

La faiblesse des rémunérations de départ, la mobilité professionnelle qu'elle induit — 30,1 % des médecins ayant déjà changé de travail, le plus souvent pour des raisons salariales — ainsi que l'émergence d'une expérience professionnelle à l'étranger, encore minoritaire mais réelle (13,3 %), confirment que le parcours professionnel des jeunes médecins maliens s'inscrit désormais dans un espace de choix plus large que celui de la seule insertion locale immédiate, avec un risque latent de fuite des compétences si les conditions d'exercice ne s'améliorent pas. Enfin, les difficultés identifiées dans cette étude, tout comme le besoin exprimé de renforcer certaines compétences — en particulier dans le domaine des nouvelles technologies médicales —, soulignent la nécessité d'une meilleure articulation entre la formation médicale, la planification des ressources humaines en santé et les politiques nationales de recrutement. Une telle évolution apparaît indispensable pour assurer une insertion professionnelle durable et satisfaisante des jeunes médecins, et garantir une utilisation optimale des compétences médicales au service de la population malienne.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Cette étude, menée auprès des médecins généralistes formés à la FMOS entre 2019 et 2023, révèle des défis importants liés à leur insertion professionnelle. La population étudiée est jeune, majoritairement masculine, et en grande partie mariée, traduisant une intégration sociale en cours.

Bien que la formation soit jugée satisfaisante par plus de la moitié des sortants, près de la moitié se déclarent insatisfaits de leur carrière. Cette insatisfaction s'explique par un marché de l'emploi peu structuré, un quota très limité dans la fonction publique et une forte dépendance aux réseaux informels pour accéder à l'emploi. La prédominance de l'exercice libéral et en zones urbaines (55,2 %) illustre le déséquilibre entre l'offre publique et la demande croissante.

La suppression récente du *numerus clausus*, bien qu'ayant amélioré l'encadrement académique, ne corrige pas le décalage entre le nombre croissant de diplômés et les capacités d'absorption du système de santé. Cette situation accentue la concentration des médecins dans les zones urbaines et dans certaines spécialités très prisées, alors que la couverture sanitaire nationale demeure insuffisante, notamment en zones rurales.

Par ailleurs, la faiblesse des rémunérations de début de carrière et la mobilité professionnelle qu'elle engendre — 30,1 % des médecins ayant déjà changé de travail, principalement pour des raisons salariales — confirment que les conditions d'exercice, et non le seul accès à l'emploi, conditionnent la stabilité du parcours professionnel des jeunes médecins. L'expérience acquise à l'étranger par 13,3 % d'entre eux, encore limitée mais réelle, illustre également une ouverture internationale naissante, qui devra être accompagnée pour éviter tout risque de fuite des compétences.

Enfin, le fort désir de spécialisation (88,1 %), orienté vers des disciplines technologiques comme l'imagerie médicale, risque d'aggraver l'engorgement dans quelques spécialités, au détriment d'autres domaines essentiels mais moins attractifs tels que la santé mentale ou la médecine communautaire.

8 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Au Ministère de la Santé et du Développement Social

- ✓ Renforcer la planification des ressources humaines en santé en tenant compte de l'évolution du nombre de médecins diplômés.
- ✓ Augmenter progressivement les capacités de recrutement dans la fonction publique selon les besoins prioritaires des régions.
- ✓ Développer des mesures incitatives favorisant l'installation durable des jeunes médecins dans les zones insuffisamment couvertes.
- ✓ Mettre en place un observatoire national du devenir professionnel des médecins afin d'assurer un suivi régulier de leur insertion.
- ✓ Encourager le développement de partenariats entre le secteur public, le secteur privé et les organisations non gouvernementales pour diversifier les opportunités d'emploi.
- ✓ Renforcer la régulation du secteur privé afin d'assurer des conditions de travail décentes et une meilleure intégration des jeunes médecins.
- ✓ Œuvrer, avec les structures sanitaires publiques et privées, à l'amélioration des grilles de rémunération des jeunes médecins en début de carrière, afin de réduire les changements de travail contraints par des raisons salariales.
- ✓ Mettre en place des mécanismes incitatifs favorisant le retour et la réintégration des médecins ayant acquis une expérience à l'étranger, afin de valoriser cette ouverture internationale et de prévenir tout risque de fuite des compétences.

À la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

- ✓ Renforcer l'accompagnement des étudiants dans la préparation de leur insertion professionnelle.
- ✓ Développer des formations complémentaires en gestion des services de santé, leadership, entrepreneuriat médical, communication professionnelle, recherche clinique et, en priorité, nouvelles technologies médicales.
- ✓ Renforcer les collaborations avec les structures sanitaires publiques et privées afin de faciliter la transition entre la formation universitaire et le premier emploi.
- ✓ Encourager davantage la participation des étudiants aux activités scientifiques, aux sociétés savantes et aux projets de recherche.

- ✓ Créer une base de données universelle et fiable permettant d'enregistrer et de suivre régulièrement le devenir professionnel de tous les diplômés.
- ✓ Sensibiliser les étudiants à l'intérêt des spécialités moins prisées (santé publique, médecine préventive, médecine communautaire, gériatrie) afin de prévenir la saturation de quelques disciplines.

Aux jeunes médecins

- ✓ Développer une démarche de formation continue tout au long de la carrière.
- ✓ Diversifier les compétences professionnelles en fonction des évolutions du système de santé, notamment dans le domaine des nouvelles technologies médicales.
- ✓ Renforcer les réseaux professionnels dans le respect de l'éthique médicale.
- ✓ Participer activement aux sociétés savantes et aux associations professionnelles.
- ✓ Explorer les opportunités d'installation en zones rurales et semi-rurales, où la demande est forte et les perspectives d'impact social importantes.
- ✓ Développer des compétences en recherche, santé publique, gestion, communication et entrepreneuriat médical.

Aux structures sanitaires publiques et privées

- ✓ Favoriser l'encadrement des jeunes médecins au cours des premières années d'exercice.
- ✓ Améliorer les conditions de travail et les perspectives d'évolution professionnelle.
- ✓ Mettre en œuvre des dispositifs de mentorat facilitant l'intégration des nouveaux diplômés.
- ✓ Encourager la formation continue et le développement professionnel permanent.
- ✓ Porter une attention particulière à la charge de travail et au bien-être psychologique des jeunes médecins.

Aux chercheurs

- ✓ Réaliser des études longitudinales afin d'évaluer l'évolution du devenir professionnel des médecins plusieurs années après leur diplomation.
- ✓ Étudier les déterminants de la mobilité professionnelle et de la migration internationale des jeunes médecins.
- ✓ Analyser l'impact de la spécialisation sur les trajectoires professionnelles.
- ✓ Évaluer les effets des politiques nationales de recrutement sur l'insertion des jeunes médecins.
- ✓ Comparer le devenir professionnel des médecins avec celui des autres professionnels de santé au Mali.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

9 REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). State of the Health Workforce in Africa 2026: Plan, train and retain [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2026 [cité 18 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/publications/state-health-workforce-africa-2026-plan-train-and-retain>
2. Dubois P, Vourc'h R. Le devenir professionnel des diplômés de DESS. Formation Emploi. 2002;79:51-65.
3. Rose J. L'insertion professionnelle : une notion discutée mais robuste. In: Couppié T, Dupray A, Épiphanie D, et al., éditeurs. 20 ans d'insertion professionnelle des jeunes : entre permanences et évolutions. Marseille: Céreq; 2018. p. 15-19.
4. Bouabdallah M. L'évaluation de la formation des médecins généralistes à la lumière de l'approche systémique : pour un développement de la dimension humaine et sociale dans la formation initiale des médecins généralistes. Rev Alg Sci Hum Soc. 2010;15(2):47-59.
5. Desplats D, Razakarison C. Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Marseille: Santé Sud; 2009. Disponible sur : https://www.santesud.org/wp-content/uploads/2024/10/Guide_mgc_Afrique_Mada_compressed.pdf
6. Desplats D. Faisabilité de l'installation de médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar. Facts Reports. 2012;Spécial 8. Disponible sur : https://classiques.uqam.ca/contemporains/desplats_dominique/faisabilite_installation_medecins_prives/faisabilite_installation_medecins_prives_texte.html
7. Caplain R, Yacoubou I, Adedemy D, Sani A, Takam S, Desplats D. Promouvoir des soins de proximité en Afrique : l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin. Santé Publique. 2014;26(HS1):59-65. Disponible sur : <https://medbox.org/index.php/dl/5e148832db60a2044c2d5f27>
8. Dembélé P. Parcours académique et professionnel des médecins sortis de la FMOS de 2012 à 2014 [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2016. N° 16M302.
9. Le Pays. Concours d'entrée à la fonction publique : le SY.ME.MA déplore le nombre « insignifiant » du personnel de santé. Bamako : Le Pays; 4 janv 2022.

10. Kouyate M. La problématique du Numérus Clausus à la FMOS/FAPH de l'USTTB au Mali [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2018. N° 18M107.
11. Goguet A. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1993 à 1997 [thèse de médecine]. Dijon: Université de Bourgogne; 2003.
12. Pinson Goguet ML, Beis JN. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1998 à 2002 [thèse de médecine]. Dijon: Université de Bourgogne; 2008.
13. Ben Moulaye I. Dynamique et devenir des sortants de l'ENMP/FMPOS 1969 à 1999 [thèse de médecine]. Bamako: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Université de Bamako; 2003. N° 03M22.
14. International Labour Organization. Resolution concerning statistics on work relationships, adopted by the 20th International Conference of Labour Statisticians (ICSE-18) [Internet]. Geneva: ILO; 2018 [cité 18 juil 2026]. Disponible sur : <https://www.ilo.org/publications/international-classification-status-employment-icse-18-manual>
15. LP-Thimonnier. Parcours professionnel : Définition et importance dans la gestion de carrière [Internet]. Disponible sur : <https://www.lp-thimonnier.fr/parcours-professionnel-definition-et-importance-dans-la-gestion-de-carriere> [cité 31 juil 2025].
16. World Health Organization. Occupational health: health workers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cité 18 juil 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health-health-workers>
17. Edukiya. Devenir médecin spécialiste [Internet]. [cité 5 juillet 2026]. Disponible sur : <https://edukiya.com/metiers/fiche-metier-sante-medical-pharmacie-afrique/devenir-medecin-specialiste-docteur-orientation-mali-benin-cote-divoire-senegal-burkina-niger-tchad-cameroun-congo-gabon-rwanda-guinee-togo-france/>
18. Diallo O. Insertion professionnelle des diplômés des universités et grandes écoles du Mali [Thèse en cours]. Bamako: Institut de Pédagogie Universitaire, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako; 2019.
19. Diallo B, Mouleye IS, Bagayoko K. L'insertion des jeunes sur le marché du travail au Mali. Bamako: Observatoire National de l'Emploi et de la Formation (ONEF); 2015.
20. Mariko O. L'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali : cas de la politique d'aide à l'entrepreneuriat [Thèse de doctorat]. Grenoble: Université de Grenoble; 2012.

21. Kobre AK. Insertion professionnelle des diplômés des universités publiques et privées au Burkina Faso : analyse des facteurs déterminants [Thèse de doctorat]. Paris: HESAM Université, Conservatoire national des arts et métiers; 2022.
22. Konaté MK, Gacko I. L'insertion professionnelle des diplômés de l'enseignement supérieur au Mali : enquête auprès des employeurs, des enseignants et du personnel administratif des Institutions d'Enseignement Supérieur. Bamako: Projet d'Appui au Développement de l'Enseignement Supérieur (PADES), Consortium de recherche MARIKANI; 2017.
23. Levé E. Les déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes issus de l'Université de Rouen : Cohorte ECN 2017 [thèse de médecine humaine]. Rouen: Université de Rouen; 2023. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04324737>
24. Bella Ngadena MS, Ngoa Tabi H, Fekih B. Institutions et santé en Afrique subsaharienne. Conférence OFE-CIRPEC, Rabat [Internet]; 2020 [cité 1 août 2025]. Disponible sur : https://ofe.umontreal.ca/fileadmin/ofe/documents/Actes/Conf_OFE_CIRPEC_2020/Texte104_NGADENA.pdf
25. Mendy AF. Les migrations internationales des médecins d'Afrique : entre stratégies d'acteurs, politiques nationales et débats internationaux [poster]. Université de Lausanne; 2010. Disponible sur : <https://wp.unil.ch/journeerecherchessp/files/2013/07/angeleFloraMendy.pdf>
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France 2023. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2023.
27. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2025.
28. Institut National de la Statistique (INSTAT). Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) du Mali 2022 [Internet]. Avril 2024. Disponible sur : <https://microdata.instat.ml/index.php/catalog/95>
29. Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional pour l'Afrique. Subvenir aux besoins de santé des personnes rendues vulnérables par l'insécurité au Mali [Internet]. 2024 [cité 1 août 2025]. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/countries/mali/news/subvenir-aux-besoins-de-sante-des-personnes-rendues-vulnerables-par-linsecurite-au-mali>

30. Association Malienne des Jeunes Médecins. Plan d'absorption du flux de médecins sur le marché de l'emploi au Mali [Internet]. Bamako: Association Malienne des Jeunes Médecins; [date non précisée]. Disponible sur : http://cnom.sante.gov.ml/docs/projet_absorption_jeunes_medecins_sur_le_marche_de_emploi.pdf
31. Institut National de la Statistique (INSTAT). Septième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VII) 2023-2024 [Internet]. Bamako: INSTAT; 2024 [cité 1 août 2025]. Disponible sur : https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/pub/eds7-24-ind-cle_pub.pdf
32. Ndour PA. Les déterminants de la faible fréquentation des structures sanitaires de Yopougon-Sicogi (Abidjan-Côte d'Ivoire) [Internet]. PASRES; 2018. Republié par WATHI; 2021 [cité 1 août 2025]. Disponible sur : <https://www.wathi.org/les-determinants-de-la-faible-frequentation-des-structures-sanitaires-de-yopougon-sicogi-pasres-2018/>
33. Système Local d'Information Sanitaire du Mali (SLIS). Annuaire SLIS 2018 [Internet]. Bamako: SLIS; 2018 [cité 1 août 2025]. Disponible sur : <http://mail.cnom.sante.gov.ml/ordredesmedecins/docs/Annuaire%20SLIS%202018%20VF%20du%2027%20avril.pdf>
34. Amegandjin A. Éthique et déontologie : la grande introspection des médecins du Mali [Internet]. 28 oct 2024 [cité 31 juil 2025]. Disponible sur : <https://social-infos.com/sante/ethique-et-deontologie-la-grande-introspection-des-medecins-du-mali/>
35. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB). Présentation de la FMOS [Internet]. Bamako: USTTB; [date non précisée] [cité 8 juil 2026]. Disponible sur : <http://www.usttb.edu.ml/index.php/structures/faculte-de-medecine-et-odonto-stomatologie/presentation-de-la-fmos>
36. Dwivedi M, Tripathi D. The multisystem health consequences of delayed marriage: a gender-based analysis. *J Biosoc Sci.* 2025;57(2):234-248.
37. Lefèvre JH, Karila L, Kerneis S, Rouprêt M. Motivations et choix des étudiants en médecine français souhaitant accomplir une carrière chirurgicale : enquête nationale auprès de 1742 externes en DCEM4. *J Chir Visc.* 2010;147(3):233-239. doi:10.1016/j.jchirv.2010.02.002.

38. Rouprêt M, Hupertan V, Chartier-Kastler E. Étude prospective des souhaits professionnels de 600 étudiants français en médecine de deuxième cycle. *Presse Med.* 2005;34:786-790.
39. Woodward A, Gooding Lake E, Rajaraman N, Leather A. Specialist training aspirations of junior doctors in Sierra Leone. *BMC Med Educ.* 2018;18:199.
40. Folorunso O. Influence of demographic factors on information-seeking behaviour of medical doctors in Nigeria. *Libr Philos Pract.* 2020;4151:1-18.
41. Healthcare Federation of Nigeria. Private sector handles 70% healthcare delivery in Nigeria. *The Punch* [Internet]. 2024 [cité 18 juin 2026]. Disponible sur : <https://punchng.com/private-sector-handles-70-healthcare-delivery-in-nigeria-hfn/>
42. Syndicat des Médecins Privés du Sénégal. Données sur le secteur privé de la santé au Sénégal. Dakar: Syndicat des Médecins Privés du Sénégal; 2018.
43. Haut-Commissariat au Plan. Le Maroc en chiffres 2023. Rabat: Haut-Commissariat au Plan; 2023.
44. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Situation économique et sociale du Sénégal - Section santé. Dakar: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale; 2022.
45. La Dépêche du Midi. Michel Weill : «Un médecin ne veut plus s'installer seul» [Internet]. 15 nov 2017 [cité 18 juil 2026]. Disponible sur : <https://www.ladepeche.fr/article/2017/11/15/2684930-michel-weill-un-medecin-ne-veut-pluss-installer-seul.html>
46. Mahuzier M. Ces jeunes médecins qui ne veulent plus s'installer. *Ouest-France.fr* [Internet]. 13 sept 2010 [cité 14 juil 2024]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/cesjeunes-medecins-qui-ne-veulent-plus-sinstaller-548358>
47. Long S. « Pourquoi je ne m'installe pas », le témoignage d'une jeune généraliste. *Le Quotidien du Médecin* [Internet]. 2013 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/12/07/pourquoi-je-ne-minstalle-pas-le-temoignage-dune-jeune-generaliste_675756
48. Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional pour l'Afrique. Stakeholders urged to take action to improve the distribution of doctors in Ghana [Internet]. Brazzaville: OMS; 7 nov 2022 [cité 18 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/countries/ghana/news/stakeholders-urged-take-action-improve-distribution-doctors-ghana>

10 ANNEXES

QUESTIONNAIRE OU FICHE D'ENQUETE

etuvamara@gmail.com ou par téléphone : 94617567 /66909560

Questionnaire :

Enquête sur le Devenir des Sortants de la Faculté de Médecine (Promotion 2019-2023)**

Section 1 : Informations Générales**

1. **Année de diplomation : **

- ☐ 2019
- ☐ 2020
- ☐ 2021
- ☐ 2022
- ☐ 2023

2. Sexe :

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

3. Âge

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ 25-30 ans
- ☐ 31-35 ans
- ☐ Plus de 35 ans

Statut matrimonial :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié (e)
- ☐ Divorcé (e)
- ☐ Fiancé (e) ☐

4. **Spécialité choisie pour la thèse:

- ☐ service médical
- ☐ service chirurgical
- ☐ Santé publique
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

****Section 2 : Parcours Professionnel****

5. Avez-vous commencé à exercer la médecine après l'obtention de votre diplôme ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. **Si oui

Comment vous avez été informé de ce offre d'emploi

- ☐ publication sur les réseaux sociaux
- ☐ par un collègue, ami, proche
- ☐ par un encadreur académique
- ☐ par un parent
- ☐ autres :.....

Avez-vous commencé à exercer la médecine combien de temps après l'obtention de votre diplôme

- ☐ Moins de 3 mois
- ☐ 3-6 mois
- ☐ 7-12 mois
- ☐ Plus de 12 mois

quel est votre statut de votre premier travail ?**

- ☐ Praticien hospitalier
- ☐ Médecin généraliste libéral
- ☐ Médecin généraliste fonctionnaire
- ☐ délégué médicale
- ☐ Autres : _____

Dans quel type d'établissement travaillez-vous principalement ?**

- ☐ Hôpital public
- ☐ Clinique privée
- ☐ Centre de santé communautaire
- ☐ Cabinet privé
- ☐ Université ou centre de recherche
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Quel est votre lieu d'exercice principal ?**

- ☐ Grande ville
- ☐ Ville moyenne
- ☐ Petite ville ou zone rurale

Quel est l'intervalle de votre premier rémunération salariale

- ☐ Moins de 150.000 Fcfa

- ☐ 150.000 - 250.000 Fcfa
- ☐ 250.000 - 350.000 Fcfa
- ☐ Plus de 350.000 Fcfa

. Depuis l'obtention du diplôme, combien de fois avez-vous changé de travail au total
?/..... /

Pour quelle raison

.....

9. ****Avez-vous travaillé ou effectué des stages à l'étranger après l'obtention de votre diplôme
?***

- ☐ Oui
- ☐ Non
- Si oui, dans quel(s) pays ? : _____

Section 3 : Formation Supplémentaire et Développement Professionnel**

10. Avez-vous suivi une formation supplémentaire certifiée après votre diplôme de médecine
?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- Si oui, veuillez préciser le type de formation : _____

11. ****Êtes-vous membre de sociétés ou d'associations professionnelles médicales ?***

- ☐ Oui
- ☐ Non
- Si oui, lesquelles ? : _____

****Section 4 : Expériences et Satisfaction Professionnelle****

12. ****Comment évalueriez-vous votre satisfaction générale avec votre carrière jusqu'à présent
?***

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Neutre
- ☐ Insatisfait
- ☐ Très insatisfait

13. ****Quels sont les principaux défis que vous avez rencontrés dans votre carrière médicale
?*** (cochez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Charges de travail élevées
- ☐ Équilibre travail-vie personnelle

- [] Manque de ressources
- [] Stress émotionnel
- [] Difficulté à trouver un emploi
- [] Autre (veuillez préciser) : _____

14. ****Quelles compétences ou connaissances supplémentaires auriez-vous aimé acquérir pendant vos études ?****

- [] Gestion du stress et bien-être
- [] Compétences en gestion de cabinet médical
- [] Formation continue en nouvelles technologies médicales
- [] Formation en communication avec les patients
- [] Autre (veuillez préciser) : _____

****Section 5 : Perspectives et Recommandations****

15. ****Quels conseils donneriez-vous aux étudiants en médecine actuels pour réussir leur carrière ?****

16. ****Comment évalueriez-vous la formation que vous avez reçue à la faculté de médecine en termes de préparation à votre carrière ?****

- [] Excellent
- [] Bon
- [] Moyen
- [] Médiocre
- [] Très médiocre

Désirez-vous faire une étude de spécialisation dans le domaine médical

- [] Oui
- [] Non

Si oui dans quel spécialité

- [] Médecine interne
- [] Chirurgie
- [] Pédiatrie
- [] Cardiologie
- [] Gynécologie/Obstétrique
- [] Neurologie
- [] Psychiatrie

- [] imagerie et radiologie médicale
- [] Traumatologie
- [] ORL
- [] Dermatologie
- [] Autre (veuillez préciser) : _____

Fiche signalétique

Nom : Dembélé

Prénom : Vamara

Titre : le devenir professionnel des médecins généralistes issus de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB de 2019 à 2023

Année de soutenance : 2025

Ville de soutenance : Bamako, **Pays d'origine :** République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB/Point-G/Bamako.

Secteur d'intérêt : santé publique

Résumé :

Introduction : La démographie médicale est un sujet de société préoccupant et un enjeu politique majeur. **Objectif :** Etudier le devenir professionnel des médecins généralistes issus de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de 2019 à 2023. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est réalisée du 01 septembre 2024 au 30 Mai 2025 soit 9 mois qui a portée sur tous les médecins généralistes issus de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de 2019 à 2023. **Résultats :** Le sexe masculin était le plus représenté avec 79,0% soit un sexe ratio de 3,8. Le statut de médecin généraliste libéral était le plus représenté (53,1%) suivi des délégués médicales (10,5%) ; La majorité des médecins exerçaient dans les cliniques/cabinets privés 38,5% suivis des hôpitaux publics (16,8%) ; Plus de la moitié des médecins soit 55,2% exercent dans une zone urbaine. La majorité des médecins soit 35,6% avait moins de 150.000 Fcfa comme première rémunération salariale. La majorité des médecins soit 47,6% étaient insatisfait de leur carrière. La difficulté à trouver un emploi était le principal défis rencontré dans 49,7% des cas. Dans 73,4% des cas, la formation en nouvelles technologies médicales était la principale compétence que les médecins auraient aimé acquérir. Plus de la moitié des médecins soit 55,3% avaient trouvé bon la formation de la FMOS et soit 88,1% des médecins désiraient faire une étude de spécialisation

Mots clés : devenir professionnel, médecins généralistes ,USTTB

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !