

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple — Un but — Une foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année : 1989

N° 66

ETUDE DE LA PREMIERE INSTALLATION D'UN MEDECIN PRIVE EN ZONE RURALE AU MALI L'EXPERIENCE DE NTOSONI

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MARS 1991
DEVANT L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PAR : M. DIAKARIDIA DIALLO

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Professeur Bocar SALL

Membres : Professeur Mamadou L. TRAORE (DIRECTEUR)

Professeur AEDEL K. KOUMARE

Docteur Hubert BALIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1990-1991

Professeur	Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur	Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur	Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Professeur	Bakary M. CISSE	Secrétaire Général
	Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. de chirurgie
Professeur	Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur	Bocar SALL	Orthop. Tromat. Secourisme
Professeur	Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Professeur	Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Mme SY Afda SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur	Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur	Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur	Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur	Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur	Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur	Mme DIANE F. S. DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Docteur	Sidi Yaya TOURE	Anesth.-Réanimation

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Bréhima KOUMARE	Microbiologie (chef de D.E.R)
Professeur	Sinè BAYO	Anatomie-Path.
Professeur	Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur	Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur	Amadou DIALLO	Biologie Génétique

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

Professeur	Moussa HARAMA	Chimie Organique
Professeur	Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur	Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur	Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur	Mamadou KONE	Physiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur	Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur	Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur	Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
---------	----------------------	-----------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie (Chef de D.E.R.)
Professeur	Abdoulaye Ag-RHALY	Médecine Interne
Professeur	Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur	Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur	Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur	Ali Nouhoun DIALLO	Médecine Interne
Professeur	Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur	Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur	Issa TRAORE	Radiologie
Professeur	Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur	Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur	Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Bella COULIBALY	Pédiatrie
Docteur	Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur	Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Boubacar CISSE	Toxicologie (chef de D.E.R.)
------------	----------------	------------------------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur	Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur	Arouna KEITA	Matières Médicales
Docteur	Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

Docteur	Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------	-------------------------	---------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef de D.E.R.)
Docteur	Hubert BALIQUE	Maître de Conférence Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur	Gorges SOULA	Santé Publique
Docteur	Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur	Bocar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Professeur	N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur	Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur	Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur	Salikou SANOGO	Physique

Professeur Daouda DIALLO
 Professeur Messaoud LAHBIB
 Professeur Bakary I. SACKO
 Professeur Yoro DIAKITE
 Professeur Sidiki DIABATE
 Docteur Aliou KEITA
 Docteur Boubacar KANTE
 Docteur Souleymane GUINDO
 Docteur Mrs Sira DEMBELE
 Monsieur Modibo DIARRA
 Mrs MAIGA Fatoumata SOKONA

Chimie Générale et Minérale
 Biologie
 Biochimie
 Maths.
 Bibliographie
 Galénique
 Galénique
 Gestion
 Maths.
 Nutrition
 Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur Bah KEITA
 Docteur Hamar Alassane TRAORE
 Docteur Sékou SIDIBE
 Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP
 Docteur Flabou BOUGODOGO
 Docteur Moussa Y. MAIGA
 Docteur Abdoul K. TRAORE
 Docteur Drissa DIALLO
 Docteur Nouhoun ONGOIBA
 Docteur Sahari FONGORO
 Docteur Bakoroba COULIBALY
 Docteur Benoît KOUMARE

Pneumo-phtisiologie
 Médecine Interne
 Orthopédie-Traumatologie
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Gastro-entérologie
 Médecine Interne
 Matières Médicales
 Chirurgie Générale
 Néphrologie
 Psychiatrie
 Chimie Analytique

C.E.S.

Docteur Mamadou A. CISSE
 Docteur Filifing SISSOKO
 Docteur Daba SOGODOGO
 Docteur Georges YAYA
 Docteur Mahamane S. ASKIA
 Docteur Amadou NDene DIALLO
 Docteur Abdou ISSA
 Docteur NDJIKAM
 Docteur DEZOMBE
 Docteur Oumar BORE
 Docteur Aboubacrine A. MAIGA
 Docteur Dababou SIMPARA
 Docteur Mahamane TRAORE
 Docteur Mohamed Ag BENDECH
 Docteur Mamadou MAIGA

Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Santé Publique
 Chirurgie
 Chirurgie
 Santé Publique
 Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur E. A. YAPO (AUPELF)	Biochimie
Professeur Babacar FAYE (AUPELF)	Pharmacodynamie
Professeur FOURASTE	Pharmacie chimique
Professeur Léopold TCHAKPE	Pharmacie Chimique

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Champéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adama S. SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. Sogoniko
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. CENTRALE
Docteur Reznikoff	I.O.T.A.
Docteur TRAORE J. THOMAS	I.O.T.A.
Docteur Pierre BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur Alain DELAYE	H.P.G.

CETTE THESE EST DEDIEE A:

A mon père feu Mamourou DIALLO

De qui j'ai gardé un précieux souvenir bien que flou à cause de mon petit âge quand la mort me l'arrachait. Ce travail est le sien. Que son âme repose en paix.

A ma mère Bintou SANGARE

Qui n'a rien ménagé pour m'assurer son amour à travers conseils, bénédictions... Les mots me manquent pour relater ce qu'elle a été pour moi à l'absence de mon père.

A ma soeur feu Aminata DIALLO

Que la mort m'a arrachée pendant que je réalisais ce travail. C'est dire combien sa chaleur fraternelle m'était importante. Que son âme repose en paix.

A mon frère Fotigui DIALLO

Qui n'a rien ménagé pour me donner une solide éducation, arme essentielle et indispensable pour surmonter les aléas de l'existence. Il n'y a jamais de fin sans début, c'est lui qui a choisi la couleur de ma vie.

A mes frères Seydou, Nouhoun, à toute ma famille

Pour leur amour familial, leur soutien moral, matériel toujours venu à temps.

A tous mes oncles et leurs familles:

En particulier Ouedji DIALLO de Bamako, Ouedji DIALLO de Sikasso, Daba DIALLO, Mèchéri Diallo ... pour leurs encouragements.

A mon frère-cousin Birama DIALLO et à son épouse

Fanta, à toute sa famille

Pour leur soutien inconditionnel au cours de mes études supérieures. Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mes frères et cousins et leurs familles:

Fousseyni DIARRA, Bakary DIALLO, Tamadé DIALLO et à la famille TOLO de Mopti

Pour leur soutien matériel et moral très remarquable au cours de mes études.

A Monsieur Yaya TOGOLA et sa famille

Pour son soutien au cours de ces études de médecine et sa participation à la confection de ce document.

A Madame SOW Aïssata COULIBALY

Pour son soutien depuis notre rencontre.

A Soumaïla DIALLO

Qui m'a toujours éclairé et encouragé dans mon choix depuis les études secondaires.

A Mon intime ami le Docteur DIALL Moussa G.

Pour sa haute sincérité et compréhension au service de notre amitié de tous les moments.

A ma cousine Awa TOGOLA

En reconnaissance de sa participation tant morale que physique à la réalisation de ce travail.

A mon intime ami Modibo CAMARA et notre famille à Nièna

Pour leur assurance d'une sincère amitié, amitié qui a dépassé ses frontières pour être une parenté depuis plus d'une décennie.

A ma chère Djélika BAMBA

En reconnaissance de sa sincérité et pour lui témoigner ma grande affection et mon profond attachement à sa personne.

Au Docteur DEMBELE Issa et sa famille

En reconnaissance de son courage pour avoir été le premier médecin de campagne au Mali, de sa bonne compagnie lorsque nous effectuons son étude de faisabilité et de leur grande hospitalité pendant mes différents séjours à Ntosoni.

Au Docteur MARICO Moussa

Pour sa sincère compagnie pendant la réalisation de l'étude de faisabilité de son installation sous les journées pluvieuses du mois d'Août 1989.

A mes amis français:

Marie-sol LECHIEN, Philippe et Catherine GUIDOU, RENAUDIN et Ginette Veronique, Emmanuel GOMEZ, Annie FAUDAIS, Jacqueline et Laurence BONTE, Marisette et Nathalie MONTARDE, Jacques et Brigitte FERAILLE, Frédérique LEGER,...

Pour leur affection et leur soutien pour ma personne.

A tous mes amis de "Teriya" en France
Pour leur concours au développement de mon village.

A tous mes amis, à tous mes camarades de promotion
Pour tous ces moments agréables que j'ai passés en leur
compagnie.

Aux amis et collaborateurs:
Ouatténi DIALLO, Guédiouma BERTHE, Moussa DOUMBIA, Bouacar
DIARRA, Boudramane Marico, Mamadou S. DIALLO, Yacouba SANGARE.

C'est le moment pour moi de vous assurer ma sincère reconnaissance et
mon attachement.

A la Coopération sanitaire italienne
Pour son soutien financier à la réalisation de ce travail.

A toute la cellule administrative de la C.M.D.T.
Qui m'a adopté dans ses équipes pendant mes travaux sur le
terrain et dont l'apport logistique est inoubliable.

C'est l'occasion pour moi de vous féliciter.

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES ET JUGES:

-Au président de notre jury: Professeur Bocar SALL

Professeur d'Ortho-Traumatologie à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali.

Vous nous faites grand honneur en acceptant de présider ce jury. Au cours de nos études de médecine, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité ainsi que de vos conseils depuis l'avènement de la médecine libérale au Mali.

Permettez nous de vous adresser nos vifs remerciements.

-Au Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Chef de D.E.R. de chirurgie, Professeur de Pathologie Chirurgicale et de Médecine Légale à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, chef de service du service de Chirurgie "C" à l'hôpital du point G.

Nous avons été très honoré en vous ayant comme professeur pendant les cours mais encore plus lorsque vous avez plusieurs fois partagé avec nous les difficultés du terrain pendant la réalisation de ce travail. Nous avons pu dès lors apprécier votre profond attachement aux problèmes de la médecine privée et particulièrement pour ce qui est de la zone rurale.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond attachement.

-Au Docteur Hubert BALIQUE

Conseiller technique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Les mots nous manqueront certainement pour vous exprimer notre reconnaissance et notre entière gratitude pour votre aide morale et matérielle à la réalisation de cette thèse. Nous devons sa réalisation à vos qualités intellectuelle et humaine, à votre disponibilité de tous les temps même sur le terrain.

Nous étudiants de cette école, nous ne cesserons jamais d'apprécier le concours que vous ne cessez d'apporter à notre école et aux jeunes médecins qui y sortent.

L'histoire de la Médecine Privée de Campagne retiendra votre nom.

Soyez rassuré de mon profond respect et attachement.

-Au Professeur Abdel Karim KOUMARE

Professeur agrégé en Anatomie et en Chirurgie, chef du service de Chirurgie Digestive et Vasculaire à l'Hôpital du Point G., professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Honorable maître, au cours de notre formation, nous avons pu apprécié votre qualité d'excellent formateur et aujourd'hui, les prestations de notre premier médecin de campagne en sont une preuve. Nous sommes fiers de vous compter parmi les membres de notre jury.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse admiration.

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A MA FORMATION OU A LA
REALISATION DE CETTE THESE:

- Tout le personnel de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie avec à sa tête le professeur Sambou SOUMARE,
- Le professeur Aliou BA,
- Tout le personnel du service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE particulièrement le Docteur DICKO, Mme TRAORE Mariam DIALLO,
- Aux agents de la C.M.D.T. que sont:
Bocar SY, Mme SY (Bamako),
Mamadou TOURE, Fousseyni TOGOLA, Mr. SOW et Mr. DIARRA (Région C.M.D.T. de Koutiala),
Mr. KANTE, Mr. TALL, Guédiouma DIARRA (Région C.M.D.T. de Sikasso),
- Au personnel de l'Education Sanitaire, de la Division Santé Communautaire de l'I.N.R.S.P.
- A Mme BALIQUE,
- A Mme DIALLO Ivonne et à son épous,
- Sidiki DEMBELE et à son épouse,
- A Dian SANGARE et à sa famille,
- A ma cousine Assétou et à son épous Mr.DIABATE.....

Je ne cesserai de vous Féliciter.

SOMMAIRE

1-INTRODUCTION	1
1-1-Importance du sujet:	2
1-2-Objectifs	3
1-3-Méthode de travail	3
2-LA PRIVATISATION DE LA MEDECINE AU MALI	5
2-1-Le contexte sanitaire du Mali:	6
2-1-1-L'état de santé de la population malienne	6
2-1-2- La politique de santé du Mali	6
2-1-3-L'infrastructure sanitaire en place	10
2-1-4-Les dépenses de santé au Mali	13
2-2-La privatisation de la médecine	15
2-2-1-Définition de l'exercice privé de la médecine	15
2-2-2-Historique	17
2-2-3-les différents textes	19
2-2-4-La privatisation au Mali au 31/12/1990	19
2-3-La médecine sociale:	21
2-3-1-Génèse d'une idée:	21
2-3-2-Les différentes options en matière de "médecine sociale" au Mali	23
2-3-3-Les médecins de campagne:	25
3-L'EXPERIENCE DE NTONSONI	31
3-1-Génèse de l'expérience	32
3-1-1-Le candidat à l'installation	32
3-1-2-Le lieu d'installation	32
3-2-Etude de faisabilité	41
3-2-1-Formulation des hypothèses	41
3-2-2-La quantification des activités	46
3-2-3-Le calcul des dépenses	48
3-2-4-Le calcul des ressources	51
3-2-5-Les résultats	52
3-2-6-Les besoins de financement	53
3-2-7-Conclusion de l'étude de faisabilité	53
3-3-L'installation	54
3-3-1-Modalités d'installation	54
3-3-2-l'infrastructure	56
3-3-3-Les activités	62
3-3-4-L'approvisionnement pharmaceutique	67
3-3-5-La tarification des actes	68

4-Bilan après 1 an d'activités	71
4-1-Bilan technique	72
4-1-1-Les consultations médicales	72
4-1-2-Les interventions chirurgicales	82
4-1-3-Les accouchements	86
4-1-4-Les consultations prénatales	88
4-1-5-Les références des malades vers des centres spécialisés	91
4-1-6-Les examens de laboratoire	93
4-2-Bilan financier	94
4-2-1- Les ressources	94
* Les recettes	94
* Origine des recettes	95
* Les créances sur malades	96
* Etude des consultations foraines	99
4-2-2- Les dépenses	99
4-3-Evaluation de la connaissance du cabinet médical par la population environnante	100
4-3-1- Objectif	100
4-3-2- Méthode	100
4-3-3- Présentation des résultats	102
5-ANALYSE ET RECOMMANDATIONS POUR L'INSTALLATION FUTURE DES MEDECINS DE CAMPAGNE	106
5-1-Analyse	107
5-1-1-Etude des résultats	107
5-1-2-Analyse	118
5-1-3-Les perspectives de développement du cabinet médical de Ntosoni	120
5-2-Recommandations pour l'installation future des médecins de campagne au Mali	122
5-2-1-Chronologie des étapes à respecter	122
5-2-2-Description de ces différentes étapes	122
5-2-3-Les modifications à apporter aux textes	134
5-3-Autres recommandations	139
6-CONCLUSIONS	141
BIBLIOGRAPHIE	145
ANNEXES	

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.M.I.	= Assistance Médicale Indigène
A.Sa.Co.Ba.	= Association Santé Communautaire de Bankoni
A.V.	= Association Villageoise
A.R.	= Allée-Retour
C.A.A.	= Centre d'Apprentissage Agricole
CAB.	= Cabinet
C.A.P.	= Connaissance et Attitude Pratique
C.M.D.T.	= Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles
D.C.I.	= Dénomination Commune Internationale
D.N.P.F.S.S.	= Direction Nationale de la Planification et de la formation Sanitaire et Sociale
F.A.C.	= Fonds d'Aide et de Coopération
F.E.D.	= Fonds Européen pour le Développement
H.T.A.	= Hypertension Artérielle
I.D.	= Intradermique
I.M.	= Intramusculaire
I.N.P.S.	= Institut National de Prévoyance Sociale
I.N.R.S.P.	= Institut National de Recherche en Santé Publique
I.V.	= Intraveineuse
M.F.C.	= Ministère des Finances et du Commerce
M.S.P.-A.S.	= Ministère de Santé Publique et des Affaires Sociales
O.M.S.	= Organisation Mondiale de la Santé
O.N.G.	= Organisation Non Gouvernementale
P.E.V.	= Programme Elargie de Vaccination
P.I.B.	= Produit Interieur Brut
P.M.I.	= Protection Maternelle et Infantile
P.O.K.	= Parasites Oeufs et Kystes
P.P.M.	= Pharmacie Populaire du Mali
SIDA.	= Sydrôme d'Immunodéficience Acquisse
S.G.H.M.P.	= Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie
S.M.I.	= Santé Maternelle et Infantile
S.R.C.F.J.	= Service de Recherche du Coton et des Fibres Juitières
S.S.P.	= Soins de Santé Primaires
U.N.I.C.E.F.	= United Nations International Children Fund
U.S.A.I.D.	= United States Agency for International Developpement
Z.A.E.R.	= Zone d'Animation et d'Expansion Rurale

1-INTRODUCTION

1-1-IMPORTANCE DU SUJET

* Depuis ^{Juin}~~Décembre~~ 1985, le Gouvernement du Mali a autorisé l'exercice privé de la Médecine.

Il s'agit d'une décision fondamentale dans la mesure où elle survient après 25 ans d'un système de santé reposant exclusivement sur le secteur public.

* Profitant de l'évolution des textes qui lui est liée, des expériences nouvelles sont en cours de réalisation.

Elles résultent du choix de certains d'utiliser au mieux les spécificités du secteur privé pour contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé et adoptés par le Mali, à savoir:

"Améliorer de la façon la plus efficace possible et au moindre coût l'état de santé de l'ensemble de la population malienne".

Ceci nécessite d'assurer:

-d'une part la mise en oeuvre de programmes orientés vers la **résolution des problèmes de santé prioritaires** que sont notamment la très forte mortalité infantojuvénile, l'importance de la mortalité maternelle, le danger permanent d'affections épidémiques et la survenue d'affections invalidantes, responsables de souffrances et de pertes économiques ayant des conséquences préjudiciables au développement économique du pays.

-d'autre part la **couverture sanitaire de l'ensemble de la population** malienne en mettant à sa disposition des services de santé accessibles tant géographiquement que culturellement et financièrement.

* L'une des expériences les plus originales concerne l'installation de médecins en zone rurale.

Il semble que le Mali soit devenu pays pilote dans ce domaine, puisque jusqu'à ce jour, il est l'un des premiers, voire peut être le seul, à disposer d'un docteur en médecine installé en privé dans un village qui n'est même pas un chef lieu d'Arrondissement et qui est situé à une grande distance de la capitale.

D'ici le milieu de l'année 1991, ce sont 10 jeunes médecins qui devraient être installés dans des conditions analogues.

Il nous a semblé important de procéder à une étude de cette nouvelle expérience africaine dans le domaine de l'action sanitaire en zone rurale, afin d'en dégager les premiers enseignements.

1-2-OBJECTIFS

Le travail que nous avons effectué s'est donné pour objectif d'étudier cette première expérience d'installation, afin:

-d'une part de permettre une réflexion sur cette approche nouvelle de l'action sanitaire dans un pays tel que le Mali et d'en dégager non seulement une conceptualisation, mais aussi des informations utiles pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les autorités sanitaires du pays, lorsqu'ils auront à prendre de nouvelles décisions concernant le développement du secteur privé.

-d'autre part de permettre aux jeunes diplômés maliens, qui veulent suivre les traces du premier médecin installé, de profiter de son expérience.

Pour cela, nous avons cherché plus précisément à:

- .décrire l'histoire de son installation,
- .en analyser les mécanismes,
- .en effectuer le bilan technique et financier au bout d'une année d'activités,
- .identifier les difficultés qu'il a rencontrées,
- .faire des recommandations aussi bien pour l'expérience en cours que pour l'amélioration de l'exercice privé de la médecine au Mali, afin de faciliter l'installation ultérieure de jeunes médecins de campagne.

1-3-METHODE DE TRAVAIL

* Pour ce faire, nous avons procédé à une étude en plusieurs étapes:

-Nous avons tout d'abord accompagné le premier candidat dans les démarches qui ont précédé son installation, notamment en l'aidant à en effectuer l'**étude de faisabilité**.

Pour cela, nous avons passé trois semaines avec lui dans sa future zone de travail afin de recueillir toutes les informations nécessaires.

-Nous avons ensuite accompagné un deuxième candidat à l'installation pendant la réalisation de son étude de faisabilité dans la zone de Doumanaba dans le Cercle de Sikasso.

Des retards apportés au démarrage de ce projet et en particulier le changement de lieu (c'est finalement le village de Kourouma qui a été choisi) ne nous ont pas permis de relater cette expérience dans cette thèse.

-Nous nous sommes également rendu dans la région de Kayes, afin d'étudier les possibilités d'installation de jeunes médecins dans des villages bénéficiant de l'aide financière de travailleurs ayant migré vers la France.

Là encore, les délais de réalisation ont été trop longs pour que nous puissions en faire cas dans ce travail.

Cependant, toutes ces visites sur le terrain nous ont été très utiles pour la conduite de cette étude, car elles nous ont permis de mieux appréhender ce processus d'installation, d'en identifier non seulement les contraintes et d'en saisir les difficultés, mais aussi d'en découvrir l'importance pour l'avenir sanitaire du Mali.

-Enfin, nous avons procédé à une évaluation des activités du premier candidat 12 mois après leur début.

Ceci nous a conduit à effectuer un total de 8 visites sur le lieu d'installation d'une durée totale de plus de 60 jours.

* Notre évaluation s'est donnée pour objectifs de:

-Recenser et quantifier l'ensemble des activités réalisées par le médecin au cours de ses 12 premiers mois d'activités.

-Etudier l'évolution de l'utilisation par la population cible des services produits,

-Faire le bilan financier de son travail, d'une part en identifiant les moyens qui lui ont été nécessaires, d'autre part en établissant son compte d'exploitation pour la période considérée.

-Analyser le degré de connaissance et la perception du cabinet médical par la population vivant dans sa zone d'influence théorique.

Pour cela, nous avons effectué une enquête de type CAP (Connaissances et Attitudes Pratiques) après 8 mois d'activités auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population vivant dans la zone cible du cabinet.

**2-LA PRIVATISATION DE
LA MEDECINE AU MALI**

2-1-LE CONTEXTE SANITAIRE DU MALI

2-1-1-L'état de santé de la population malienne

Il est dominé par une pathologie d'origine infectieuse, parasitaire et nutritionnelle.

5 priorités peuvent être dégagées:

- une **très forte mortalité infanto-juvénile**, qui est à l'origine du décès avant cinq ans d'environ un enfant sur quatre (Réf: 13 17, 27, 31).

- une **mortalité maternelle** dont le taux, bien que mal connu, est probablement supérieur à 500 pour 100 000,

- la présence d'**affections à potentiel épidémique** et pouvant être à l'origine de nombreux décès. Il s'agit principalement de la méningite cérébrospinale, de la fièvre jaune, du choléra et depuis quelques années du SIDA. ,

- la présence d'**affections invalidantes** et donc sources de pertes économiques importantes à la fois pour les familles de ceux qui en sont atteints que pour la collectivité (poliomyélite, lèpre, dracunculose, onchocercose,...),

- une **demande croissante de soins** de la part d'une population qui, bien que peu scolarisée, est déjà entrée dans le monde de la consommation moderne et présente des exigences nouvelles vis à vis du système de santé.

2-1-2-La politique de santé du Mali

a) Les grandes options

* Avant son indépendance, le Mali était l'objet d'une stratégie d'action sanitaire reposant sur une double approche:

- d'une part une "Assistance Médicale Indigène" ou A.M.I. qui, par un réseau de formations sanitaires, cherchait à offrir aux populations des prestations curatives gratuites.

- d'autre part un "Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie" ou S.G.H.M.P. appelé également "Service des Grandes Endémies" qui reposait sur les déplacements systématiques d'équipes itinérantes.

Elles se rendaient de façon périodique dans chacun des villages du pays et procédaient à l'examen de l'ensemble de la population, afin de dépister et de traiter certaines maladies cibles, telles que la trypanosomiase ou la lèpre, et vers la fin de la période coloniale de vacciner.

* L'une des grandes décisions du premier Gouvernement du Mali fut de faire de la Santé un des droits fondamentaux du Peuple.

C'est ainsi qu'il opta pour la mise en place d'un système de santé reposant exclusivement sur le **secteur public** et que fut décrétée la **gratuité totale des soins**.

* Le premier plan de développement sanitaire 1965 - 1976 proposa la mise en place d'une pyramide sanitaire remontant du village jusqu'à la capitale par une succession de niveaux hiérarchisés, conformes aux principes des "Services de Santé de Base" recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.).

Un accent tout particulier fut mis sur la réalisation de programmes de prévention (notamment dans le domaine de la Santé Maternelle et Infantile) et sur l'éducation des populations en matière de santé.

* Le mois d' Octobre 1969 vit entrer la première promotion de l'Ecole des Assistants Médicaux, qui devint en 1972 l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie du Mali.

* En Janvier 1979, faisant suite à la Conférence Internationale d'Alma Ata, le deuxième Séminaire des Travailleurs de la Santé recommanda l'adoption de la **Promotion des Soins de Santé Primaires** comme stratégie fondamentale pour assurer le développement sanitaire du Mali en vue d'atteindre l'objectif "**Santé pour Tous en l'an 2000**".

* Dans les années 80, on vit réapparaître, sous l'influence de l'O.M.S. et de l'UNICEF, la mise en oeuvre de programmes verticaux, dont le plus important a été le **Programme Elargi de Vaccinations (P.E.V.)** qui a permis au Mali d'atteindre en 1990 un taux de couverture vaccinale contre les 6 maladies prioritaires de l'ordre de 40 % chez les enfants de 12 à 23 mois

(Réf: 13).

* En ¹⁹⁸⁹ ~~Mai 1986~~, furent publiés les derniers textes permettant l'exercice privé des professions médicales et de la pharmacie.

* En Septembre 1987, une Conférence organisée par l'O.M.S. et l'UNICEF à Bamako déboucha sur le lancement de l'**Initiative de Bamako**, dont le Mali s'efforce depuis lors de constituer l'un des principaux porteurs drapeaux (Réf: 28).

Son objectif fondamental est d'assurer la relance de la politique de promotion des Soins de Santé Primaires par la fourniture de médicaments essentiels. Ces produits devront être cédés aux populations au prix le plus bas possible et apporteront aux communautés qui en assureront la vente une marge leur permettant de financer la conduite de certaines actions de santé.

b) Organisation générale des services de santé au Mali

Les services de Santé Maliens reposent sur une pyramide sanitaire à 6 niveaux:

-Au niveau des villages, une équipe de santé villageoise, composée d'hygiénistes - secouristes, d'accoucheuses traditionnelles recyclées, d'animatrices et de thérapeutes traditionnels, est chargée d'assurer avec le soutien du reste de la Communauté la **Promotion des Soins de Santé Primaires** au niveau des zones rurales.

-Leur action est soutenue et complétée au niveau des secteurs de développement (regroupement autour d'un Chef lieu de 6 à 11 villages et de 3 000 à 6 000 habitants pour assurer la mise en oeuvre de certains services techniques qui leur sont communs tels que la scolarisation des enfants, l'encadrement agricole, l'état civil, ...) par une équipe de santé de Secteur.

Cette équipe comprend un aide soignant et une matrone rurale, qui ont été formés en 6 à 9 mois et assurent le fonctionnement d'un dispensaire et d'une maternité-SMI grâce aux ressources qui sont mises à leur disposition par la population.

-Au niveau des Arrondissements (20 000 à 40 000 habitants), un infirmier dirige un Centre de Santé qui assure aux populations les services d'un dispensaire et d'une maternité-S.M.I.

Il dispose d'un poste fixe de vaccination qui est équipé d'une chaîne de froid autonome.

-Au niveau des Cercles, les Centres de Santé qui disposent en principe des compétences d'un ou deux docteurs en médecine, d'une sage femme et d'un infirmier diplômé d'Etat, assurent la direction de l'ensemble des actions de santé et offrent aux populations un plateau technique comprenant un bloc opératoire, un laboratoire et parfois un appareil de radioscopie.

-Au niveau des régions se trouve un hôpital disposant de la présence de certains spécialistes, tels que chirurgien, ophtalmologiste, biologiste et chirurgien dentiste.

-Au niveau national, les hôpitaux disposent des compétences de spécialistes (Professeurs-agrégés pour la plupart) qui couvrent la plupart des spécialités.

c) Les grands programmes nationaux

Le Ministère de la Santé dirige la mise en oeuvre de plusieurs grands programmes nationaux, parmi lesquels se distinguent:

-Le Programme Elargi de Vaccinations (P.E.V):

Il est le plus important de tous.

Il s'est donné pour objectifs d'assurer après trois ans d'opération, un taux de couverture vaccinale de 80 % chez les enfants de 0 à 71 mois contre les 6 maladies cibles que sont la rougeole, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et la diphtérie (Réf: 13).

Sa stratégie de mise en oeuvre repose sur l'action complémentaire de postes fixes et d'équipes mobiles.

-Le Programme National de lutte contre la maladie de Hansen:

Il repose sur un dépistage passif des cas de lèpre et un traitement de courte durée (6 mois pour les paucibacillaires et 24 mois pour les multibacillaires), grâce à l'application d'une polychimiothérapie.

-Le Programme National de lutte contre la tuberculose:

Il s'appuie également sur un dépistage passif des malades et sur la recherche systématique de Bacilles de Koch (B.K.) chez ~~les~~ tous les sujets qui toussent et crachent depuis plus de 15 jours.

Le traitement qui est standardisé, comprend un protocole de première ligne capable de guérir 80% des malades, un protocole de deuxième ligne susceptible d'en guérir encore 15 % et un protocole de troisième ligne destinés aux 5% restants.

-Le Programme National de Lutte contre la Mortalité par Diarrhées.

Il consiste à promouvoir l'utilisation de Sachets à Réhydratation Orale, chez les sujets souffrant de diarrhée.

A cela s'ajoute une dizaine d'autres programmes:

- Le Programme National de Lutte contre le Sida,
- Le Programme National de Lutte contre les Bilharzioses,
- Le Programme National de Lutte contre la Dracunculose,
- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme,
- Le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine,
- Le Programme National de Lutte contre les Avitaminoses A,
- Le Programme National de Lutte contre le Goître.
- Le Programme National de Santé Familiale, qui comprend notamment la Planification des Naissances,
- Le Programme National de Lutte contre la Malnutrition et les Maladies de Carence,
- Le Programme National d'Education pour la Santé,...

Chacun d'entr'eux est l'objet de financements provenant principalement de l'aide internationale.

2-1-3-L'infrastructure sanitaire en place

* Grâce à ses écoles de formation médicale et paramédicale, le Mali a su se doter d'un nombre conséquent de cadres de la Santé.

Les tableaux 1, 2 et 3 traduisent l'état de développement du système national de Santé et son évolution depuis l'indépendance:

	1960	1988
Médecins et pharmaciens	46	451
Ingénieurs sanitaires	0	10
Sages femmes	58	344
Infirmiers d'Etat	60	727
Techniciens sanitaires	0	96
Techniciens de laboratoire	8	132

Tableau 1: Evolution des principales catégories d'agents du Ministère de la Santé depuis l'indépendance.

(Réf.:12)

CATEGORIES DE PERSONNEL		Nombre
Médecins	généralistes	254
	chirurgiens	23
	autres spécialités	117
	Total	394
Pharmaciens		56
Chirurgiens dentistes		7
Ingénieurs sanitaires		10
Sages femmes		344
Techniciens	de laboratoire	113
	sanitaires	96
	de radiologie	7
	de développement communautaire	121
	Total	337
Infirmiers	diplômés d'Etat	727
	de santé	849
	obstétriciens	18
	de laboratoire	26
	Total	1620
Infirmiers auxiliaires		256
Masseurs kinésithérapeutes		8
Autres agents		1973
TOTAL MINISTERE DE LA SANTE		5005
Agents communautaires	Matrones rurales	444
	Hygiénistes - secouristes	2456
	Accoucheuses Récyclées	1474
	Total	4374
TOTAL PERSONNEL		9379

Tableau 2: La situation du personnel sanitaire du Ministère de la Santé en 1987.
(Réf.: 10)

	Nombre d'habitants par agent	
	Mali	O.M.S.
Médecin	20540	10000
Ingénieur sanitaire	762000	250000
Infirmier *	4835	5000
Sage femme	24870	5000
Technicien sanitaire	79400	5000

Tableau 3: Comparaison du ratio personnel/population entre le Mali (1987) et les normes de l'O.M.S.

* = Infirmiers d'Etat plus Infirmiers de Santé
(Réf.: 510)

En ce qui concerne les médecins, si on estime à environ 150 le nombre des diplômés qui n'appartiennent pas à la fonction publique, c'est d'un chiffre total de près de 600 docteurs en médecine dont dispose à ce jour le pays. Des projections sur l'avenir laissent penser qu'en l'an 2000, le Mali disposera de près 1000 médecins pour une population de 10 000 000 d'habitants, soit un médecin pour 10 000 habitants

* Comme la plupart des pays, le Mali souffre d'une mauvaise répartition de ses cadres de la Santé entre la capitale et l'intérieur du pays. Il est à noter que la tendance actuelle est à l'aggravation de cette situation.

	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages femmes	Infirmiers de Santé
Bamako	60%	39%	64%	31%
Hors Bamako	40%	61%	36%	69%

Tableau 4: Répartition des principales catégories d'agents du Ministère de la Santé entre Bamako et le reste du pays.

(Réf.59)

* En ce qui concerne l'infrastructure sanitaire en place, de gros efforts ont été faits, mais ils laissent encore une majorité de la population à distance de toute structure de soins.

La mise en place d'équipes de santé villageoises à travers l'ensemble du pays a permis, certes, de faciliter cet accès aux soins de santé de base, mais après dix ans d'expériences et d'efforts, les résultats ne sont pas à la hauteur de ce qui avait été attendu.

	1960	1987	
		Bamako	Hors Bamako
Hôpitaux nationaux	2	2	1
Hôpitaux régionaux	1	-	5
Hôpitaux secondaires	1	-	4
Centres de Santé de Cercle	19	6	46
Centres de Santé d'Arrondissement	138	-	236
Centres de Santé de Secteur de Développement	-	-	443

Tableau 5: La situation des formations sanitaires en 1987 et leur évolution depuis l'indépendance.

(Réf: 10, 11, 25)

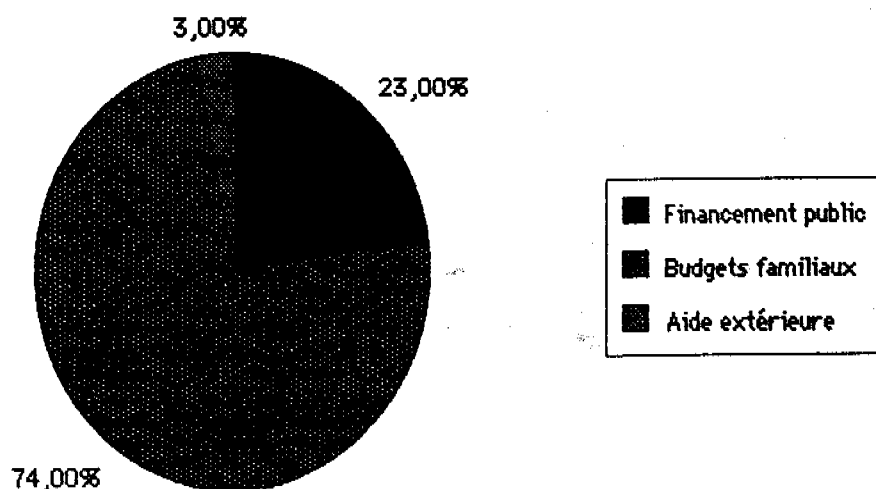
2-1-4-Les dépenses de santé au Mali

Une étude effectuée par l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P) en 1987 a permis de répartir les dépenses de santé de la façon suivante pour l'année 1986:

	EN MILLIONS DE F.CFA	%
FINANCEMENT PUBLIC		
Etat (budget national + budgets régionaux)	4200	
Autres sources publiques	90	
Opérations de développement	8	
I.N.P.S.	380	
Total	4678	23
BUDGETS FAMILIAUX		
Tarifification	236	
Médicaments modernes	12000	
Médecine traditionnelle	2000	
Honoraires privés clandestins	500	
Transport pour raison de santé	300	
Total	15036	74
AIDE EXTERIEURE		
Total	542	3
TOTAL	20256	100

Tableau 6: Répartition du financement des coûts récurrents de la santé
au cours de l'année 1986

(Réf.: 21)



Graphique 1: Répartition du financement des coûts récurrents de la santé
au cours de l'année 1986

(Réf: 21)

L'analyse du tableau n°6 et du graphique n°1 extrapolée à certaines études disponibles nous permettent de faire les constatations suivantes:

-Budget de l'Etat

L'analyse détaillée des différentes données disponibles concernant le budget du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

(M.S.P-A.S.) permet de conclure que la part du budget national octroyée à la Santé qui était de presque 9 % au début des années 1970, n'est plus aujourd'hui que, de 4 %. L'effort de l'Etat n'a cessé de s'affaiblir quant au financement des dépenses de santé (Réf: 21, 27).

En analysant la répartition du budget du M.S.P-A.S. , on se rend compte qu'il est presque exclusivement consacrée à des dépenses de personnel ce qui fait couramment qualifier ce budget de "budget de salaire".

-Financements extérieurs

Au Mali, l'aide extérieure en matière de Santé est orientée vers la réalisation des investissements qui sont inaccessibles aux capacités de l'Etat, qu'il s'agisse de constructions, d'équipements et même de formations.

Certaines études excluant les dépenses de santé des familles, ont eu à leur attribuer plus de 90 % des fonds à mobiliser dans la réalisation de plans quinquennaux de développement socio-sanitaire (Réf: 9, 22).

Dans ce domaine nous pouvons citer comme organismes ou pays intervenants: l'UNICEF, le F.A.C. , le F.E.D. , l'U.S.A.I.D. , l'Arabie Saoudite...

-Dépenses des ménages

Le tableau 6 et le graphique 1 nous permettent de cerner l'importance de la participation des familles dans la réalisation des dépenses de santé contrairement à ce que l'on continue de prétendre quant à la gratuité des soins dans le Pays. En effet les familles maliennes supportent environ trois quarts des dépenses de santé et 80 % de ces dépenses concernent les produits pharmaceutiques. Par ailleurs certaines études ont permis de préciser que :

.en milieu urbain, les dépenses de santé occupent 0,5 à 1,90 % de l'ensemble des dépenses de ménage (Réf: 15).

.en milieu rural, les dépenses de santé représentent 4 % des dépenses totales des ménages avec 30 % des paiements effectués en nature (Réf: 19, 20).

Selon ces mêmes études, la moyenne de l'ensemble des dépenses annuelles varie de 26 000 à 31 000 F.CFA/personne/an avec une moyenne des dépenses annuelles de santé variant entre 1095 et 1434 F.CFA/personne/an (Réf: 19).

-Ventes de médicaments

L'analyse du tableau n°6 montre que les dépenses en médicaments des familles constituent à elles seules 59 % de l'ensemble du financement de la santé. La dépense pharmaceutique a été évaluée à environ 800 F.CFA par habitant (Réf:21). Ce chiffre doit être considéré comme sous évalué dans la mesure où il ne prend en compte que les ventes officielles de la P.P.M. qui ont été de l'ordre de 6 milliards de F.CFA en 1986 et 1987.

2-2-LA PRIVATISATION DE LA MEDECINE AU MALI

2-2-1-Définition de l'exercice privé de la médecine

* Dans un pays tel que la France, l'exercice privé de la médecine s'appuie sur certains principes fondamentaux tels que:

- .le paiement à l'acte des services,
- .la liberté de choix du médecin par son malade,
- .la liberté de prescription du médecin,
- .la libre entente entre le médecin et son malade sur le montant des honoraires.

Par ailleurs , comme l'exercice de toute médecine, il impose l'application des règles définies par la déontologie, à savoir:

- .le respect absolu du secret professionnel,
- .l'obligation de faire bénéficier tout malade des moyens techniques actuellement disponibles.

Cependant, des aménagements à certains de ces principes sont possibles. C'est ainsi que par des conventions, un médecin peut s'engager à respecter certains montants d'honoraires.

C'est notamment le cas des médecins ayant signé une convention avec des organismes tels que la Sécurité Sociale.

* On peut distinguer 2 types d'exercice privé de la médecine: l'exercice à but lucratif et l'exercice à but non lucratif.

-**L'exercice privé à but lucratif** correspond à l'image classique de l'exercice libéral de la médecine. Il a pour but de permettre au médecin d'obtenir le maximum de profits par la pratique de son métier, en respectant bien évidemment toutes les règles.

Plusieurs modalités peuvent être rencontrées:

.le praticien peut s'installer dans son propre cabinet et l'exploite directement comme toute entreprise individuelle,

.il peut aussi constituer un cabinet de groupe avec des collègues. Il est en effet possible de créer une société de moyens, qui conduit plusieurs praticiens à gérer ensemble des locaux, un équipement, du personnel... ou de créer une société civile conduisant à un partage des bénéfices,

.il peut également travailler dans un établissement privé avec lequel il effectue un "partage d'honoraires". C'est notamment le cas d'un médecin qui travaille dans une clinique: il verse une partie des honoraires qui lui sont remis à la clinique et en garde le restant.

.selon une dernière formule, c'est l'établissement qui assure le caractère privé de l'exercice et qui salarie son ou ses médecins.

-**L'exercice privé à but non lucratif** a par contre pour but d'assurer la fourniture de certains services à une population donnée dans les meilleures conditions possibles.

L'objectif est fondamentalement social, puisqu'en principe il n'y a pas de recherche de profit. Les bénéfices éventuellement enregistrés sont réinvestis dans l'entreprise, permettent une diminution des tarifs ou alimentent un fonds social pour les personnes démunies.

Cependant, un tel système peut déboucher sur un certain degré de bureaucratisation qui a terme peut contribuer à des développements excessifs de la structure selon des modalités n'ayant plus aucun rapport avec les objectifs sociaux qui ont justifié sa création.

Plusieurs formes d'exercice de cette médecine peuvent être rencontrées:

.le **Centre de Santé Confessionnel**, qui appartient par exemple à une mission religieuse. C'est le cas de la trentaine de formations sanitaires tenus au Mali par les missions catholiques ou protestantes.

Le Centre de Santé Mutualiste, qui appartient à une mutuelle. Chacun de ses membres verse une cotisation régulière qui lui permet de bénéficier des services du Centre dans des conditions qui lui sont particulièrement favorables. L'essentiel des ressources du Centre provient des cotisations, les sommes à payer ne constituant qu'un "ticket modérateur" destiné à éviter les abus de consommation et à responsabiliser les bénéficiaires.

Le Centre de Santé Associatif ou Coopératif: une association ou une coopérative crée un Centre de santé et en dirige le fonctionnement au bénéfice de ses membres. Contrairement à la mutuelle, l'essentiel des ressources du Centre provient de paiements à l'acte.

* Le développement de l'exercice privé de la médecine peut tirer un grand parti de l'existence d'une assurance maladie, qui offre le remboursement du paiement des services ou assure un "tiers payant" à ses bénéficiaires. Celle-ci peut se développer dans un cadre parapublic, privé ou mutualiste.

2-2-2-Historique

* Ainsi que nous l'avons dit précédemment, pendant les 25 années qui firent suite à son indépendance, le Mali a confié à l'Etat la totale mise en oeuvre de sa politique sanitaire.

Aucune place ne fut accordée à l'exercice privé de la médecine qui était tout simplement interdit.

* Il est probable que de nombreux médecins ont d'autant moins approuvé un tel choix, que plusieurs pays voisins (tels que le Sénégal, la Haute Volta ou la Côte d'Ivoire) ont opté pour les mêmes principes de droit à la Santé et mis l'accent sur le développement des services publics, tout en autorisant l'exercice privé de la médecine.

Mais le caractère purement lucratif de cette médecine qui jusqu'à présent ne s'est adressée qu'aux catégories les plus privilégiées a apporté aux opposants de l'exercice privé de la médecine les arguments qu'ils recherchaient.

C'est ainsi qu'au 2ème Séminaire des Travailleurs de la Santé, qui s'est tenu à Bamako en janvier 1979, une motion fut soumise aux participants par un groupe de médecins maliens demandant que l'exercice privé de la médecine soit autorisé.

Leur requête fut d'autant plus facilement rejetée qu'elle arrivait au lendemain de la conférence d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires et qu'elle apparaissait comme une tentative contraire au progrès social, à visée purement élitiste et franchement corporatiste.

* Il fallut attendre le milieu des années 1980 pour que l'évolution libérale de la société malienne et surtout les problèmes d'emploi dans la fonction publique créent les conditions nécessaires à l'évolution des mentalités, puis des textes.

En effet, le premier accord signé avec le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale en 1981 a débouché sur un **Plan d'Ajustement Structurel** limitant notamment l'accès à la fonction publique.

Alors qu'auparavant, tous les jeunes diplômés maliens avaient l'assurance de recevoir un emploi de l'Etat au terme de leurs études, à partir de cette date des quotas furent fixés.

C'est ainsi que dans le domaine de la médecine a été constatée l'évolution suivante:

ANNEES	SECTEURS	SORTANTS ENMP			INSTITUTIONS						TOTAL NON EMPLOYES
		CONCOURS		Total	Fonct. publ.	Instituts	PPM	INPS	ONG	TOTAL	
		Interne	Externe								
1985	Médecins	2	39	41	12	0	0	5	1	20	21
	Pharmaciens	0	14	14	1	2	0	0	0	3	11
1986	Médecins	2	22	24	8	0	0	0	0	10	14
	Pharmaciens	0	5	5	2	1	1	0	0	4	1
1987	Médecins	3	18	21	10	0	0	4	0	17	4
	Pharmaciens	0	6	6	2	2	0	0	0	4	2
1988	Médecins	4	38	42	5	0	0	0	1	10	32
	Pharmaciens	0	37	37	2	8	0	0	0	10	27
1989	Médecins	4	59	63	2	0	0	0	0	6	57
	Pharmaciens	0	33	33	0	0	0	0	0	0	33
TOTAL	Médecins	15	176	191	37	0	0	9	2	63	128
	Pharmaciens	0	95	95	7	13	1	0	0	21	74

Tableau 7: Evolution du nombre des diplômés sortis de l'E.N.M.P. et situation de leur emploi de 1985 à ce jour.

Source: D.N.P.F.S.S et Collecte auprès des services concernés

De 1985 à 1989, seuls 37 médecins sur 176 diplômés ont intégré la fonction publique, soit 21% des sortants. Il est à préciser qu'en 1989, il n'ont été que 2 sur une promotion de 63 étudiants dont 4 professionnels.

2-2-3-Les différents textes

L'exercice privé de la médecine au Mali est régi par 8 textes fondamentaux:

a) Loi n° 85-41/AN-RM du 22 Juin 1985 portant autorisation de l'exercice à titre privé des professions sanitaires (Réf: 32).

b) Décret n° 177/PG-RM du 23 Juillet 1985 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires (Réf: 33).

c) Arrêté n° 5107/MSP-AS/CAB. du 5 Mai 1986 portant modalités d'application du décret 177/PG-RM (Réf: 26).

d) Arrêté interministériel n° 3344/MFC/MSP-AS. du 15 Décembre 1986 fixant les tarifs et barèmes des actes médicaux et de l'hospitalisation dans le secteur privé (Réf: 24).

e) Arrêté n° 2728/MSP-AS/CAB. du 30 Septembre 1989 fixant les délais de délivrance des autorisations de l'exercice à titre privé des professions socio-sanitaires (Réf: 29).

f) Loi n° 86-35/AN-RM. du 12 Avril 1986 portant institution de l'Ordre National des Médecins et comportant en annexe le code malien de déontologie médicale (Réf: 34).

g) Loi n° 88-36/AN-RM. du 5 Avril 1988 complétant la loi n° 86-39/AN-RM portant Code des Investissements (Réf: 36).

h) Décret n° 89-455/PG-RM. du 30 Décembre 1989 portant détermination de la procédure de fixation des prix (Réf: 37).

i) Loi n° 88-32/AN-RM. portant modification du code général des impôts (Réf: 35).

2-2-4-La privatisation au Mali au 31/12/1990

A cette date, le Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali et le M.S.P-A.S pouvaient présenter les chiffres suivants:

-Nombre de médecins inscrits:	370
-Nombre total d'agrément accordés:	75
à Bamako	72
à Sikasso:	1
en zone rurale:	2
-Nombre d'agrément accordés aux médecins et aux chirurgiens dentistes:	25
-Nombre total de licences accordées	18
à Bamako:	17
à Sikasso:	1
en zone rurale:	0
-Nombre de cabinets privés ouverts:	25
-Nombre de médecins salariés par des institutions privées:	14

Le tableau n°8 qui suit donne la situation des structures sanitaires privés dans le pays en Janvier 1990.

Qualifications	Catégories	Nombre total	
		d'agents agréés	d'établissements
Médecins	cabinet médical	22	12
Chirurgiens dentistes	cabinet dentaire	3	2
Sages femmes	cabinet de consultations	3	1
	clinique d'accouchements	1	1
Infirmiers	cabinet de soins infirmiers	44	8
Kinésithérapeutes	cabinet de kinésithérapie	1	0
	cabinet de physiothérapie	1	1
	TOTAL	75	25

Tableau 8: Situation des structures sanitaires privées en janvier 1990.
(Réf: 30)

L'analyse de ces données permet de constater que quatre ans après l'autorisation de l'exercice privé de la médecine, d'une part très peu de médecins ont su procéder à leur installation, d'autre part la ville de Bamako a attiré la quasitotalité d'entre eux: à l'exception des deux agréments délivrés aux "médecins de campagne", une seule installation a eu lieu en dehors de la capitale.

2-3-LA MEDECINE SOCIALE

2-3-1-Génèse d'une idée

* Dans l'esprit de beaucoup, la privatisation de la médecine a pour seul but de permettre aux médecins qui le désirent de conduire une activité à but essentiellement lucratif.

Reposant sur un paiement à l'acte à des tarifs relativement élevés compte tenu du pouvoir d'achat des populations africaines, il est admis qu'elle ne peut s'adresser qu'aux catégories sociales les plus favorisées et aux seules zones urbaines.

Et il viendrait à l'esprit de peu de gens que la privatisation de la médecine puisse s'inscrire dans le cadre d'une politique de santé publique ayant pour objectif fondamental d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population d'un pays appartenant à la catégorie des Pays les Moins Avancés (c'est à dire dont le P.I.B./habitant/an est inférieur à 300 US \$).

C'est pourquoi son autorisation a été considérée par certains comme un recul en matière de politique de santé, l'Etat acceptant officiellement l'existence de deux médecines:

- .l'une privée pour les riches,
- .l'autre publique pour les pauvres.

* Cette opinion n'est pas dénuée de fondement, car l'expérience de certains pays africains dans ce domaine montre que le développement du secteur privé se limite aux seules villes; les services fournis sont par ailleurs d'un prix si élevé qu'~~elles~~^{ils} ne bénéficient qu'aux privilégiés de la société et que les gens de couches populaires qui veulent y accéder sont obligés de faire des efforts financiers considérables pour obtenir des soins qui leur paraissent de meilleure qualité, parce que payants.

* En fait, nous estimons que le concept de privatisation est porteur d'une forte connotation idéologique.

Parmi les idées qui prévalent encore aujourd'hui, le secteur privé s'inscrit dans le cadre d'une optique libérale dans laquelle est privilégiée la réussite individuelle.

Inversement le secteur public caractérise un système de type égalitaire vis à vis duquel tous les hommes ont les mêmes droits et qui donne à l'Etat la responsabilité de répartir les services qu'il produit entre tous les citoyens du pays, quels que soient leurs revenus et leur lieu de résidence.

* Or il est possible de sortir d'un tel débat pour considérer les spécificités techniques propres à chacune des deux approches:

-la première, qui préconise le développement, met en avant la création d'unités autonomes: les entreprises.

Chacune de ces institutions a pour fonction de produire des services et de trouver, à travers leur vente, les ressources nécessaires non seulement à leur production, mais aussi à leur propre expansion.

-à l'inverse, la seconde considère que l'Etat doit assurer l'ensemble, ou au moins une grande partie, des charges de fonctionnement du système et qu'il est mieux placé que toute autre institution pour assurer la gestion des différentes unités sanitaires du pays.

* L'expérience a montré que si l'autonomie des entreprises est souvent à l'origine d'une simple recherche de profit, ignorant les catégories sociales qui n'ont pas accès aux services qu'elles produisent, les structures publiques nécessitent pour fonctionner:

- .d'une part une organisation parfaite,
- .d'autre part des ressources suffisantes.

Or très peu de pays sont à même d'assurer ces deux conditions:

.l'organisation du système de santé public semble très loin de ce qui pourrait être considéré comme le minimum souhaitable,

.les ressources que l'Etat est en mesure de lui accorder ne cessent de décroître.

* Si l'on s'écarte tant soit peu des réflexions d'ordre idéologique pour identifier les avantages et les inconvénients de chaque système, on peut constater que le secteur privé peut être d'un apport considérable à l'Etat.

Il permet en effet:

-au secteur public de concentrer ses activités et donc ses moyens sur ce qu'il sait faire de mieux, à savoir administrer, ou sur ce qu'il est le seul à pouvoir faire, c'est à dire gérer des structures qui ne sont pas à la portée du secteur privé (c'est le cas des hôpitaux, des centres de formation et des instituts de recherche).

-au secteur privé d'apporter ce qui fait sa spécificité, à savoir en particuliers sa souplesse et son aptitude à promouvoir productivité et rendement

Le fonctionnariat sur lequel s'appuie le secteur public offre des avantages indiscutables en assurant un esprit de justice et d'égalité entre les bénéficiaires, mais il a l'inconvénient de ne pas valoriser suffisamment la notion de responsabilité et d'introduire certaines rigidités dans le fonctionnement de ses services.

* Des efforts constants sont en train d'être réalisés par l'Etat malien pour améliorer le mode de fonctionnement de ses institutions. Il est à souhaiter qu'ils soient remplis de succès.

Par ailleurs, le secteur privé peut se développer en dehors des orientations purement lucratives qui le dominent habituellement.

Ses spécificités peuvent en effet lui donner les qualités que recherche en vain le secteur public, à condition qu'il adopte certains de ses objectifs et accepte certaines de ses contraintes.

* Il serait faux de prétendre qu'une telle option est dénuée de tout risque de voir certains médecins donner une place prédominante aux objectifs lucratifs de l'exercice privé de la médecine, mais l'enjeu est tel qu'elle vaut la peine d'être tentée

* C'est cette idée qui a conduit à initier une forme de "médecine sociale" s'appuyant sur le secteur privé.

Cette médecine sociale a pour objectif d'assurer à l'ensemble de la population d'un pays une accessibilité optimale aux soins tout en respectant les règles de l'exercice privé de la médecine.

2-3-2-Les différentes options en matière de médecine sociale au Mali

A ce jour, 3 orientations ont été définies pour développer les principes de médecine sociale évoqués ci-dessus:

- l'association
- la mutualité,
- la médecine de campagne.

a) L'association

L'orientation associative a été initiée dans le quartier de Bankoni à Bamako.

Elle est actuellement en voie d'extension à deux autres zones: le quartier de Sébéninkoro à Bamako et le Cercle de Kadiolo.

Elle résulte de l'initiative d'une association de quartier à but non lucratif, l'Association Santé Communautaire de Bankoni ou A.S.A.CO.BA. , qui a créé un centre de santé privé en plein coeur du plus grand (Bankoni compte près de 80 000 habitants) et probablement d'un des plus populaires quartiers de la capitale.

L'Association a recruté elle même l'ensemble de son personnel (dont deux médecins, une sage femme et des infirmières diplômées d'Etat) et le salaire à partir d'un système de recouvrement des coûts.

Chaque habitant de Bankoni a la possibilité d'adhérer à l'association en s'acquittant du prix d'une carte annuelle de 500 F pour l'ensemble de sa famille légale.

Les tarifs en vigueur sont à la portée des bourses de la plupart des ménages:

- .300 F la consultation de médecine générale pour les adhérents et leurs ayants droits; 500 F pour les non adhérents,

- .Soins infirmiers compris dans le prix de la consultation pendant une durée de 7 jours,

- .1 000 F l'accouchement,

- .500 F le carnet de maternité.

Toutes les consultations sont effectuées par un médecin et les prescriptions sont formulées en nom générique, conformément à la liste officielle des médicaments essentiels du Mali.

b) La mutualité

L'orientation mutualiste a été initiée par la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MuTEC) qui a créé un Centre de Santé mutualiste dans le quartier du Fleuve à Bamako.

Mis à part le fait qu'elle dispose d'une infrastructure plus sophistiquée que l'ASACOBA compte tenu du niveau social plus élevé de ses adhérents, elle n'en diffère que par le mode de contribution financière de ses bénéficiaires.

En effet, au lieu de provenir principalement du paiement à l'acte, l'essentiel des ressources est constitué à partir d'une cotisation de ses adhérents qui s'élève à 1000 F par famille et par mois.

c) La médecine de campagne

Elle fait l'objet de ce travail.

2-3-3-Les médecins de campagne

a) Présentation de l'idée directrice

* Dans les pays industrialisés, le développement sanitaire des zones rurales a non seulement bénéficié de l'amélioration de l'éducation, de l'information et des conditions de vie (électricité, eau courante, chauffage...) mais aussi de l'action de médecins qui vivaient au cœur même des populations et que l'on appelait les "**médecins de campagne**".

Avec les instituteurs, ils ont constitué une importante voie de pénétration d'idées nouvelles au sein de milieux conservateurs et relativement refermés sur eux mêmes, en faisant évoluer leurs croyances et leurs traditions.

Dès la fin du XIXème siècle, ils n'ont cessé de se multiplier, malgré de réelles réticences des jeunes diplômés sortants des Facultés de Médecine à quitter les villes pour aller vivre dans les campagnes.

* Leur métier devait être d'autant plus rude que les moyens de communication étaient à l'époque quasi-inexistants et que les conditions climatiques étaient souvent défavorables.

De plus, ils faisaient rarement fortune, car les populations de certaines zones étaient si déshéritées qu'elles n'étaient pas en mesure de leur verser de gros honoraires, et il n'existait pas encore de sécurité sociale...

* Pourtant l'histoire rapporte que ces hommes ont fait un travail considérable.

Ils étaient 24 heures sur 24 à la disposition de leurs malades, se levant parfois en pleine nuit pour parcourir plusieurs kilomètres en voiture à cheval, ou même à pied afin d'aller aider une femme en difficultés d'accouchement ou secourir un homme victime d'un accident vasculaire cérébral.

Et ces déplacements, il leur fallait souvent les faire sous la pluie et même dans la neige.

Il n'y avait pas de tarification officielle, et le montant des "honoraires" résultait effectivement d'une libre entente entre le médecin et son malade.

Lorsque ce dernier n'avait pas d'argent, le paiement se faisait en nature: oeufs, poulets, jambon ont souvent servi pour "honorer" ces praticiens qui s'efforçaient de soulager, même s'il ne parvenaient pas à guérir tous leurs patients.

* Ils devaient tout faire: depuis les consultations de médecine générale jusqu'aux accouchements.

L'hôpital était bien souvent inaccessible et ils étaient conduits à utiliser l'ensemble de leurs connaissances pour arracher à la mort des malades qui sans eux n'auraient pas pu lui échapper.

Il paraît même qu'on faisait appel à leurs services pour soigner des animaux malades...

* Dans les régions où les populations étaient relativement clairsemées, ces hommes rayonnaient sur plusieurs villages.

Pour faciliter leurs contacts avec leurs patients, ils effectuaient des tournées foraines: les jours de marché, ils se rendaient dans les villages voisins et tout le monde savait que tel jour, de telle à telle heure on pouvait les trouver dans l'arrière salle du café ou dans une des pièces de la mairie de tel village.

* Petit à petit, ces médecins ont fini par se faire connaître, puis par se faire accepter.

L'introduction de techniques médicales nouvelles, telles que l'utilisation des antibiotiques, les ont certainement aidés dans leurs tâches.

De même, l'introduction de la voiture, du téléphone et surtout de la sécurité sociale ont complètement transformé leur métier.

Quoiqu'il en soit, leur approche doit être considérée comme à l'origine de la pénétration non seulement de la médecine moderne au sein de populations qui en étaient démunies et avaient exclusivement recours à leurs pratiques traditionnelles, mais aussi d'attitudes nouvelles aptes à améliorer l'état de santé des populations.

En effet, le médecin de campagne était un **médecin de famille** qui avait la confiance de ses malades; il était mieux placé que quiconque pour faire passer des idées nouvelles, qui souvent étaient en totale contradiction avec les habitudes et croyances du milieu.

C'est ainsi qu'ils pouvaient même se permettre de faire preuve d'autorité devant une femme qui négligeaient de faire vacciner ses enfants.

* Cette réflexion sur l'histoire de l'action sanitaire dans les zones rurales des pays industrialisés nous conduit à réaliser combien les conditions de vie et les mentalités des paysans maliens sont proches de celles qui prévalaient encore il n'y a que quelques dizaines d'années dans certaines zones rurales d'Europe.

Jusqu'à présent, l'accès de tous les jeunes médecins à la fonction publique n'a conduit personne à envisager la possibilité de voir des jeunes diplômés s'installer dans des villages.

Mais aujourd'hui où l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie produit un nombre important de cadres qui doivent trouver un emploi, la situation devient différente.

80 % de la population du Mali vivant en zone rurale, c'est à dire dans des villages de moins de 5 000 habitants, la réussite de toute politique de santé consistera à voir des médecins aller vivre au coeur de ces mêmes populations.

Il n'est pas pensable de considérer que les docteurs en médecine sont réservés aux seules villes et les infirmiers, voire même les aides soignants et les matrones rurales aux campagnes.

* Bien évidemment, les premiers médecins ayant décidé de s'installer vont choisir les zones les plus favorisées du pays où les revenus monétaires, bien que limités, sont certainement capables de permettre l'apparition d'un marché. Mais leur réussite constituera un premier pas qui devra ouvrir la porte à d'autres solutions pour les zones les moins favorisées du pays.

b) Les dispositions réglementaires

L'installation des jeunes médecins à la campagne pose plusieurs problèmes d'ordre réglementaire. En effet l'arrêté n° 5107/MSP-AS/CAB du 5 Mai 1986 précise l'ensemble des modalités que doit respecter un médecin généraliste qui s'installe dans le secteur privé (voir annexe n°7).

-La limitation de ses activités:

Si l'on s'en tient à une application rigoureuse des textes, un médecin généraliste installé dans le privé doit limiter ses activités à des consultations de médecine générale.

Mais il est évident qu'un médecin vivant en zone rurale ne peut pas refuser de faire des injections ou des pansements à des malades auxquels il a prescrit un traitement nécessitant des soins infirmiers ou de participer à l'accouchement des femmes qui sollicitent ses services.

Un docteur en médecine est en mesure de procéder à l'ensemble des actes médicaux. Ainsi que nous l'avons déjà rappelé précédemment, il lui est fait seulement obligation de mettre à la disposition de ses malades l'ensemble des moyens scientifiques utilisables au Mali.

-Les problèmes de tarification:

Une consultation de médecine générale doit être tarifée à 4 185 F. Ce chiffre qui résulte d'une étude de faisabilité effectuée par un bureau spécialisé a été calculé en introduisant dans les charges d'un cabinet de consultations médicales des dépenses qui ne peuvent être réalisées qu'en zone urbaine (électricité, téléphone,...) et qui reposent sur des hypothèses discutables, telles que l'introduction d'une voiture de 4 800 000 F.CFA dans l'équipement de base (voir annexe n°8).

C'est ainsi qu'ont été prévus:

.un coût total d'investissement de 12 500 000 FCFA

.un coût annuel d'exploitation de 10 868 000 FCFA. (Réf: 3)

Ceci prouve l'inadaptation de la tarification en vigueur à la réalité du monde rural.

-Les déclarations fiscales:

Les textes prévoient qu'un médecin installé dans le secteur privé est imposé selon le régime du bénéfice réel. A ce titre, il doit donc être muni d'un quittancier.

Comment un médecin de campagne pourra-t-il s'accommoder de telles dispositions si des malades le payent en nature ou ne sont pas en mesure de lui payer immédiatement le moindre honoraire ?

Sur quelles bases devra-t-il donc être imposé ?

c-Les prises de position

*** Du Conseil de l'Ordre:**

Le Conseil de l'Ordre a non seulement manifesté un très grand intérêt à cette perspective d'installation des médecins en zone rurale, mais de plus il l'a activement soutenue.

Il a en effet demandé à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de se pencher sur ce problème, afin de l'aider à trouver les voies et moyens de telles installations.

Certains membres du Bureau National ont même effectué plusieurs déplacements auprès du premier médecin ayant accepté de tenter l'expérience.

Enfin, l'évolution des installations en cours a fait l'objet de plusieurs communications à des réunions du Conseil National de l'Ordre des Médecins et à certaines de ses assemblées générales.

* Du Ministère de la Santé:

Les Ministres de la santé qui ont eu à traiter de cette question, les membres de leurs cabinets et leurs directeurs nationaux ont toujours soutenu l'idée de ces installations.

Ils ont considéré qu'il s'agissait d'une expérience intéressante dont ils devaient respecter le caractère privé, mais dont la réussite devrait aller dans le sens des orientations actuelles définies par le Parti et par le Gouvernement.

Seule l'Inspection Générale de la Santé aujourd'hui disparue, a émis des réserves lorsqu'elle a appris que les médecins de campagne devaient effectuer des accouchements ou des soins infirmiers.

* Des médecins travaillant dans le cadre de la fonction publique:

Certains médecins appartenant à la fonction publique et travaillant dans des circonscriptions susceptibles d'être l'objet de telles installations ont manifesté certaines réserves quant à l'intérêt et à la faisabilité de ces projets.

Ce sont cependant eux qui d'une part ont le plus à gagner dans leur réussite, car non seulement ils se verront soulagés dans leurs tâches écrasantes (ils ne sont qu'un ou deux médecins pour environ 150 000 habitants), mais de plus ils pourront constater l'amélioration considérable du système de santé qui peut leur être liée.

Il faut espérer que les succès des premières installations sauront les convaincre du bien fondé d'une telle démarche.

De toute façon, nous ne doutons pas que nos aînés sauront soutenir leurs jeunes collègues dans une aventure où ils supportent la totalité des risques, eux qui n'ont à prendre aucun engagement financier dans leur vie professionnelle et qui ont la chance de recevoir chaque mois un salaire, modeste certes, mais garanti même en cas de maladie.

* Les partenaires financiers du Mali:

La Coopération Française, les Communautés Européennes, la Banque Mondiale et des Organisations Non Gouvernementales telles que Santé Sud ou l'Aide Odontologique Internationale ont manifesté leur soutien à une telle expérience.

3-L'EXPERIENCE DE NTOSONI

3-1-GENESE DE L'EXPERIENCE

3-1-1-Le candidat à l'installation

* Le premier candidat à l'installation comme médecin de campagne a soutenu sa thèse de Doctorat en Médecine à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali au mois de Février 1989.

D'ethnie minianka, il est originaire d'un village situé à environ 90 km de Ntosoni.

Ayant effectué sa sixième année de médecine dans un service de chirurgie générale, il a acquis une certaine pratique et un certain goût pour cette branche de la médecine dont il aimerait faire sa spécialité.

Agé d'une trentaine d'années, il est marié et père d'un enfant.
Il parle le Bambara et le Minianka en plus du Français.

* Désireux de pouvoir entrer le plus vite possible dans la vie professionnelle afin de pouvoir subvenir aux besoins de sa famille tout en exerçant le métier qu'il a choisi, il prit contact avec ses professeurs de Santé Publique, dont il avait entendu les propos incitant les jeunes diplômés à s'installer en zone rurale lors de conférences organisées à l'Ecole de Médecine.

* Ses professeurs lui firent part des possibilités d'installation qui étaient offertes aux candidats par la coopération française, à savoir l'octroi d'un prêt de 1,5 million de F.CFA, remboursable en 5 ans après 2 ans de différé, complété par une subvention non remboursable de 500 000 F.CFA.

Ils lui expliquèrent cependant la nécessité d'effectuer au préalable une étude de faisabilité, dont seules les conclusions positives pouvaient permettre le déblocage des fonds.

3-1-2-Le lieu d'installation

3-1-2-1- Les critères de choix

* Sans hésiter, le candidat à l'installation choisit la région de Sikasso, ou plus particulièrement le cercle de Koutiala dont il est originaire. Il se rendit auprès de la direction de la Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles (C.M.D.T.) pour avoir ses conseils.

* Le nom du premier village cité par la direction de la C.M.D.T. consultée fut celui de Ntosoni.

Le candidat accepta de procéder à une étude de faisabilité dans ce village, car il était à la fois suffisamment proche et suffisamment éloigné

de son village d'origine pour y travailler.

Il considérait en effet que son appartenance au même milieu socio-culturel lui faciliterait les contacts avec la population, mais que les 90 km qui le séparaient de ses parents étaient une garantie pour qu'ils ne viennent pas envahir sa consultation et lui poser des problèmes financiers insolubles.

3-1-2-2- Description de la zone d'installation

* Présentation du village

Ntosoni, peuplé en 1987 de 2 886 habitants est un village minianka situé à 15 km de Mpepassoba, son chef-lieu d'Arrondissement et à 45 de Koutiala son chef-lieu de Cercle. Il constitue le village principal d'une Zone Animation et d'Expansion Rurale (Z.A.E.R) de la C.M.D.T qui comprend 2 autres localités, celles de Bambougou et de Bamana.

Il dispose d'un centre de Santé avec dispensaire et maternité, d'une école de 6 classes, d'un centre d'alphabétisation fonctionnelle très actif, d'une Caisse d'Epargne et de Crédit Villageois, d'une Minotérie, d'un centre secondaire d'état civil, d'une résidence pour des volontaires du "Corps de la Paix", d'un barrage de retenue d'eau à 3 km du village et d'une grande mosquée.

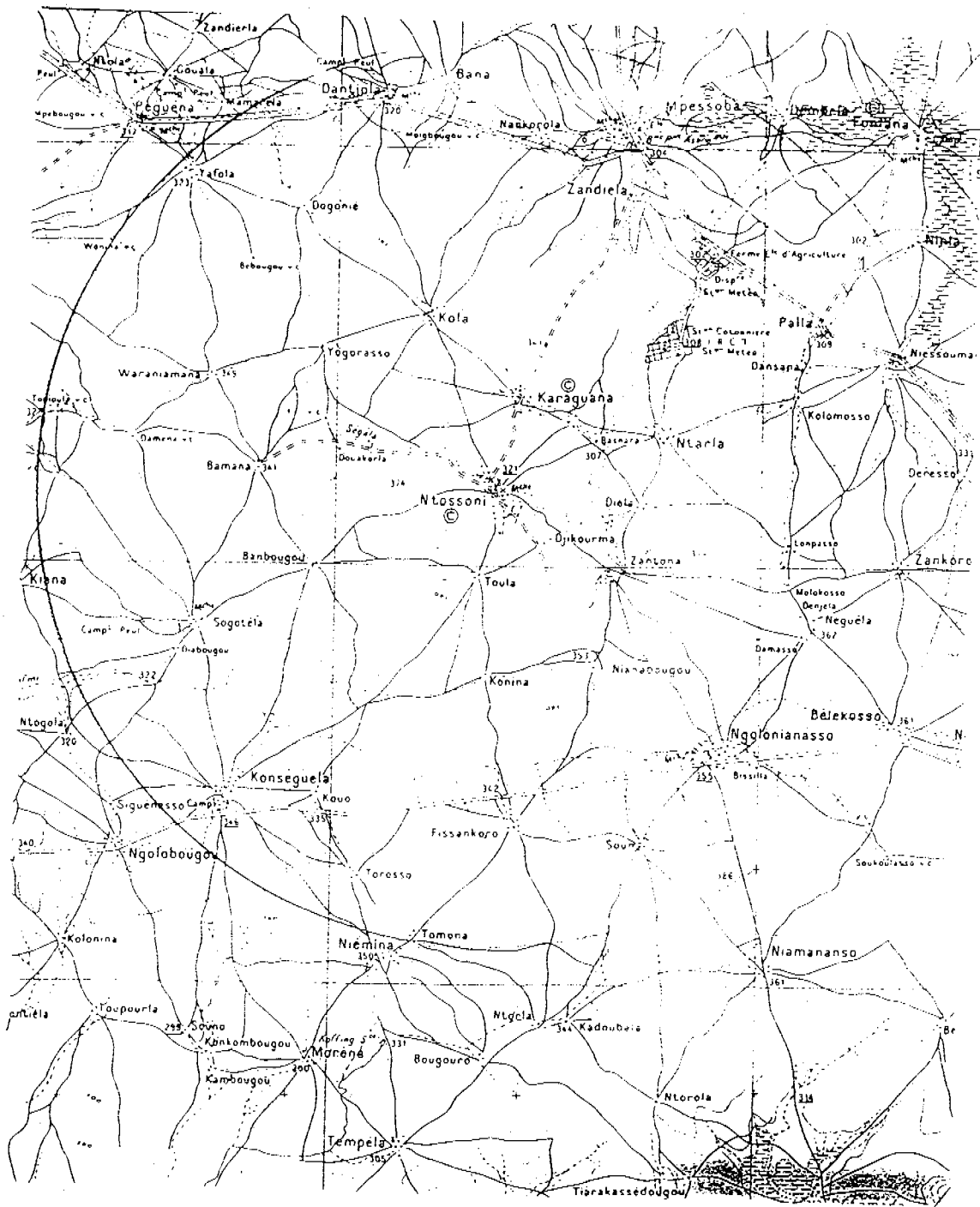
* Identification de sa zone d'influence

De toute évidence, la zone d'influence d'une formation sanitaire privée se définit d'elle même en fonction de la distance qui la sépare des villages qui l'entourent.

Pour la déterminer, nous avons tracé sur une carte au 1/200 000 ème un cercle de 20 km (soit 10 cm sur la carte) de rayon autour du village de Ntosoni à l'intérieur duquel nous avons identifié 37 villages (voir carte n°1).

Les distances réelles entre ces villages et Ntosoni ont bien sûr été parfois supérieures à 20 km, mais n'ont jamais atteint le chiffre de 30 km.

Le tableau n°9 fait état des distances réelles et de la population en 1987 des 37 villages concernés:



Carte n° 1: Villages situés dans la zone d'influence du cabinet médical de Ntosoni
(le cercle correspond à un rayon de 20 Km autour de Ntosoni)

- ==== = Voie bitumée
- } = Grande piste non bitumée
- } = Chemin
- = 10 km

Nom des villages	Distance du cabinet	Population en 1987
Ntosoni	0 km	2886
Karagouana	3	2183
Diéla	6	348
Ntarla	6	1157
Zantona	7	699
Konina	8	2476
Bambougou	9	484
Kola	9	1123
Nianabougou	9	327
Yogorasso	9	355
Bamana	10	498
Kolomouso	13	807
S.R.C.F.J.	13	581
Sogotéla	14	1900
Yaringamana	14	408
Zandiéla	14	969
Danzana	15	351
Finzankoro	15	1401
Palla	16	359
Mpessoba	16	6266
Néguéla	16	1325
Ferme agricole	17	435
Ngolonianasso	17	2328
Nankorola	18	1077
Nièssoumana	18	1174
Dintiola	19	1437
Zangorola	19	1431
Soun	21	617
Yafola	21	871
Tomina	22	635
Bana	23	1122
Konséguéla	23	3366
Darresso	24	3355
Bemdougou	25	378
M'pélékosso	25	976
Kwo	27	1386
Torosso	29	384
TOTAL		47875

Tableau n° 9: Distance de Ntosoni et population en 1987 des villages situés dans la zone d'influence théorique du cabinet médical.

(Réf: 16)

* La population

Distance du cabinet	Population en 1987	%
< 5 km	5069	10,6
5 - 9 km	6969	14,6
10 - 14 km	5163	10,8
15 - 19 km	17584	36,7
20 - 24 km	9966	20,8
25 - 29 km	3124	6,5
Total	47875	100

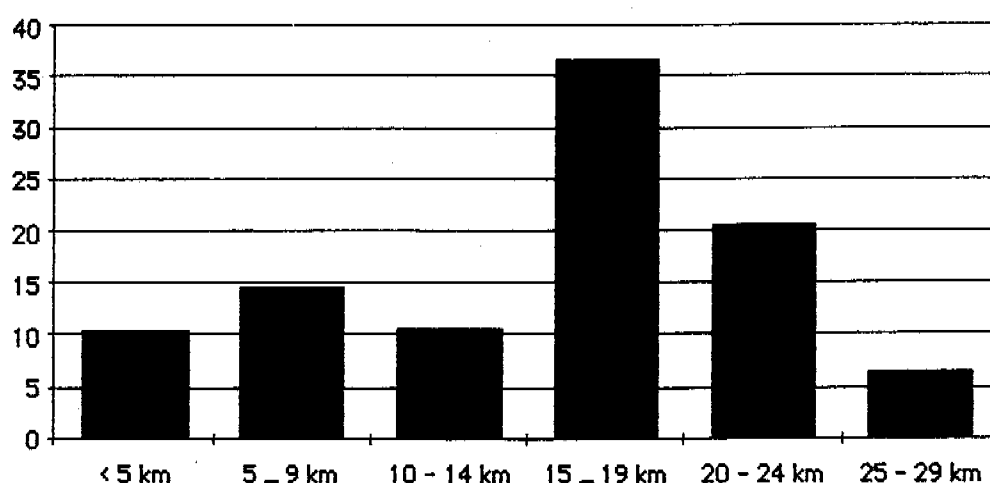


Tableau n° 10 et Graphique n° 2: Répartition de la population selon la distance par rapport à Ntosoni

(Réf: 16)

D'après ces données, la population de la zone s'élève à 47 875 habitants. Les Minianka suivis par les Djonka (Bambara) constituent les groupes ethniques les plus représentés, auxquels s'ajoutent des Peulhs et des Bobo. Les Minianka occupent la moitié Est de la zone, les Bambara dominent à l'Ouest.

Les langues les plus couramment utilisées sont le Bambara et le Minianka tandis que l'histoire de cette zone nous apprend que la population dominante, les "Malé", est venue de Souroufing, village situé à 10 km de Bla et trouverait ses origines les plus lointaines dans le Mandé.

Au sein de cette population, animistes et musulmans cohabitent parfaitement. Les fétiches les plus rencontrés sont le "Nya" (le masculin et le féminin), le "SériKolo" et le NamaKoro".

*** L'activité économique**

La zone de Ntosoni est l'objet d'une activité économique intense. Encadrée par la C.M.D.T, elle applique la plupart des recommandations de l'agriculture moderne.

Sa production repose sur une quadruple activité:

- .la culture du coton,
- .la culture du mil,
- .la culture du maïs,
- .l'élevage.

Le tableau n°11 fait état des résultats enregistrés par la Z.A.E.R de Ntosoni à l'issue de la campagne agricole de 1989.

Campagnes agricoles	Ntosoni	Bamana	Bambougou	Total Z.A.E.R.
80 - 81	753	139	110	1002
81 - 82	781	124	136	1041
82 - 83	817	239	144	1200
83 - 84	803	250	179	1232
84 - 85	598	156	137	891
85 - 86	540	137	144	821
86 - 87	617	99	127	843
87 - 88	448	90	89	627
88 - 89	597	153	125	875
Moyenne annuelle	661,5 tonnes	154,1 tonnes	132,3 tonnes	948 tonnes
Population en 1987	2886	498	484	3868
Productivité moyenne par habitant et par an	0,23 tonne	0,31 tonne	0,27 tonne	0,25 tonne

Tableau n° 11 : Production et productivité cotonnières de la Z.A.E.R. de Ntosoni au cours de l'actuelle décennie. :

(Ref:1)

En termes financiers, la C.M.D.T. a versé aux populations de la zone les montants suivants, auxquels il faut bien évidemment soustraire le remboursement des intrants qu'a nécessité la campagne ainsi que les prêts d'équipement (achat de charrue, de semoir, de charette,...):

		Bilan financier			
		maximum	minimum	dernier	moyenne
		83 - 84	87 - 88	88 - 89	de 80 à 89
Ntosoni	vente	60225000	38080000	50545000	52716777
	crédit	10577000	11016500	15795750	12545126
	bénéfice	49648000	27063500	34749250	40171655
	population en 1987	2886	2886	2886	2886
	bénéfice/habitant/an	17200	9375	12040	13920
Bamana	vente	18750000	7650000	13005000	12263888
	crédit	2851500	2109750	3733500	2924682
	bénéfice	15898500	5540250	9271500	9339206
	population en 1987	498	498	498	498
	bénéfice/habitant/an	31920	11125	18615	18750
Bambougou	vente	13425000	7765000	10625000	10638333
	crédit	2104375	1246250	3109865	2421675
	bénéfice	11320625	6518750	7515135	8216658
	population en 1987	484	484	484	484
	bénéfice/habitant/an	23385	13465	15525	16975
Total	vente	92400000	53495000	74175000	75618998
	crédit	15532875	14372500	22639115	17891483
	bénéfice	76867125	39122500	51535885	57727519
	population en 1987	3868	3868	3868	3868
	bénéfice/habitant/an	19870	10110	13320	14920

Tableau n° 12 : Eléments du bilan financier des campagnes agricoles de cette décennie dans la
Z.A.E.R. de Ntosoni
(Ref:1)

* Les moyens de communication

Ils sont très limités (voir carte n° 1).

La voie bitumée la plus proche passe à Mpressoba qui se trouve à 15 km de Ntosoni; elle relie la ville de Koutiala à celle de Bla. Vers le Sud, une grande piste non bitumée relie la ville de Koutiala à celle de Dioïla en passant par Konséquéla, chef lieu d'Arrondissement situé à 23 km de Ntosoni.

Mise à part ces deux axes, il n'y a que des chemins qui sont difficilement praticables pendant l'hivernage.

* L'état de santé de la population

L'étude effectuée par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie en 1984 (Réf: 18) permet d'avoir des informations précises sur l'état de santé de la population. Les indicateurs suivants en sont le reflet:

*Taux de natalité: 47 naissances vivantes pour 1000 habitants.

* Taux de mortalité:

- .néonatale tardive: 31 pour 1 000,
- .post-néonatale: 105 pour 1 000,
- .infantile: 133 pour 1 000 ,
- .juvénile: 37 pour 1 000 .

* Principales causes de décès infanto-juvénils:

-Causes de mortalité néonatale:

- .Le tétanos néonatal est à lui seul à l'origine de 60 % des décès survenant dans les premières semaines de la vie.
- .Les dystocies sont responsables de 13 % de ces décès.

-Causes de mortalité post-néonatale:

- .Diarrhées: 29 % des décès,
- .Convulsions fébriles: 23 %,
- .Rougeole: 17 %.
- .Pneumopathies: 14 %,

-Causes de mortalité juvénile: par ordre d'importance ce sont:

- .Rougeole: 21,5 % des décès,
- .Convulsions fébriles: 19 %,
- .Diarrhées: 16 %,
- .Pneumopathies: 3,5 %.

* L'étude a par ailleurs permis de saisir l'importance de certaines affections telles que:

.Le paludisme: L'indice splénique relevé au niveau des enfants de 2 à 9 ans a été de l'ordre de 40 % tandis que 18,5 % des enfants avaient fait un accès fébrile dans le mois précédant l'enquête.

.Les maladies diarrhéiques: Taux d'incidence annuelle chez les enfants de moins de 5 ans: 14,3 %.

.La poliomyélite: Taux de prévalence globale: 74,8 pour 100 000 tandis que l'incidence annuelle de ses séquelles a été de 21 pour 100 000 habitants.

.La rougeole: Incidence annuelle: 34,7 pour 1 000, létalité de 7,3 pour 100.

.L'état nutritionnel des enfants: 26 % des enfants âgés de moins de 5 ans accusent un déficit pondéral par rapport à leur taille supérieur à 20 % des normes de Harward.

* L'infrastructure sanitaire et le personnel sanitaire

La couverture de la zone en personnels et infrastructures sanitaires est faite à l'image du schéma d'implantation des Soins de Santé Primaires (S.S.P.) dans la région de Sikasso. En effet grâce au projet Mali Sud d'appui aux S.S.P, la plupart des villages possèdent une équipe de santé comprenant un hygieniste secouriste et une accoucheuse traditionnelle recyclée.

Par ailleurs la zone de Ntosoni bénéficie de la présence de plusieurs Centres de Santé:

- deux Centres de Santé d'Arrondissement comprenant un dispensaire et une maternité et disposant d'un infirmier d'Etat à Mpeçsoba (15 km) et à Konséguéla (23 km),
- un Centre de Santé au niveau du Centre d'Apprentissage Agricole (C.A.A) de la ferme agricole de Mpeçsoba comprenant un dispensaire et une maternité et disposant d'un infirmier d'Etat,
- un Centre de Santé au niveau de la station de recherche de Ntarla (S.R.C.F.J) comprenant un dispensaire et disposant d'un infirmier de Santé,
- des Centres de Santé de Secteur de Développement comprenant un dispensaire et une maternité construits par la population et disposant d'un aide soignant et d'une matrone rurale. Il s'agit de:

- .Ntosoni
- .Karagouana (3 km)
- .Kola (9 km)
- .Finzankoro (15 km)
- .Ngolonianasso (17 km).

Les Centres de Santé de Cercle les plus proches de Ntosoni se trouvent:

- à Koutiala (60 km). Il dispose d'un bloc opératoire et de 3 médecins dont un médecin compétent en psychiatrie,
- à Dioïla (158 km). Il dispose d'un bloc opératoire et de 2 médecins,
- à Bla (49 km). Il dispose d'un bloc opératoire et de 2 médecins.

Les hôpitaux régionaux de référence se trouvent à Sikasso (198 km) et à Ségou (160 km). Leur degré de développement et leur mode de fonctionnement sont plus que limités: toute évacuation sur une structure hospitalière autre que Koutiala ne peut être faite à l'heure actuelle que sur Bamako (370 km).

3-2-L'ETUDE DE FAISABILITE

* Notre étude de faisabilité a consisté à faire une simulation technique et financière du fonctionnement du cabinet de Ntosoni.

Elle s'est appuyée sur un certain nombre d'hypothèses que nous avons formulées avec le candidat à l'installation après avoir pris l'avis de plusieurs spécialistes en Santé publique travaillant au Mali.

Il s'agit d'une véritable étude de marché dont les résultats ont permis de savoir si les risques à encourir valaient la peine d'être pris.

3-2-1-Formulation des hypothèses

a) Les besoins à satisfaire

L'étude s'est appuyée sur une première série d'hypothèses concernant les **besoins de la population**, qui nous ont conduit aux données suivantes:

* En ce qui concerne les activités de soins:

-Consultations de médecine générale: 1 nouvel épisode par personne et par an,

-Soins infirmiers (injections, pansements,...): 2 soins infirmiers par nouvel épisode,

-Interventions de petite chirurgie: 2 interventions pour 100 nouveaux épisodes,

* En ce qui concerne les activités de santé de la mère et de l'enfant:

-Accouchements: 0,045 naissance vivante par habitant (d'après le taux de natalité admis couramment en zone rurale au Mali (Réf:18)

-Consultantes prénatales: 0,046 grossesse par habitant (3% de plus que le taux de natalité) pour tenir compte de la mortalité intra-utérine).

Chaque femme bénéficiera en moyenne de 2 consultations pendant sa grossesse.

-Consultations postnatales: 1 consultation par naissance vivante,

-Consultations de planning familial: 2 consultations par femme en âge de procréer et par an.

Les femmes de 18 à 44 ans représentent 26 % de la population (Réf: 14).

-Consultations des enfants sains: en moyenne 2 visites par enfant et par an pendant les 6 premières années de leur vie, les enfants de 0 à 6 ans représentant 20 % de l'ensemble de la population (Réf:14).

-Vaccinations:

Chaque enfant né vivant doit être vacciné contre les 6 maladies du P.E.V. avant l'âge de 1 an.

La proportion des enfants à vacciner doit être égale au taux de natalité soit 0.045 % .

En ce qui concerne les femmes enceintes, la proportion est égale à celle de toutes les consultantantes prénatales, soit 0.046 femme par habitant et par an.

Les enfants nécessitent 5 injections vaccinales, les femmes enceintes 2.

* En ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles:

-Tuberculose: nous avons considéré que le taux de prévalence était de 0,5 % (Réf: 5),

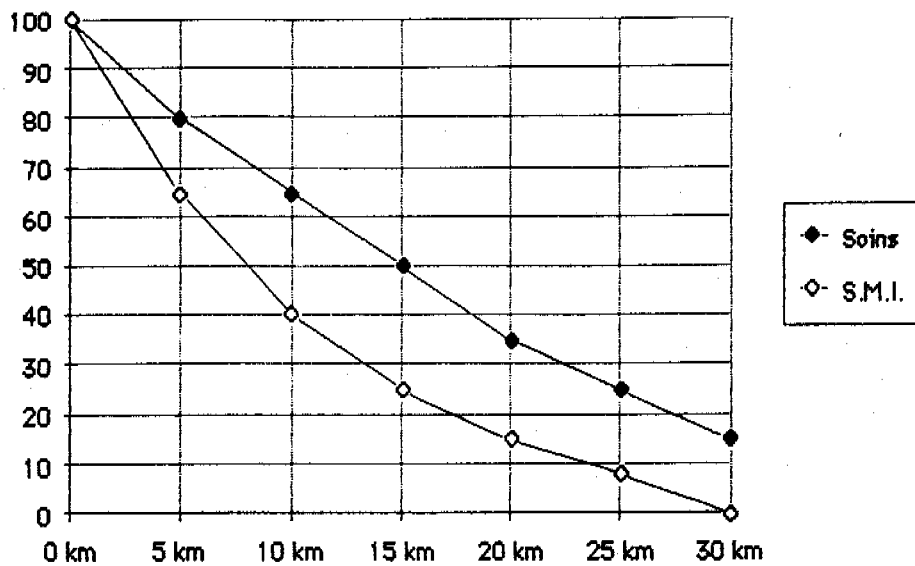
-Lèpre: nous avons considéré que le taux de prévalence était également de 0,5 % (Réf: 2, 7, 8).

b) Les hypothèses de fréquentation

Ont été pris en considération 3 types de facteurs limitatifs de la fréquentation:

- .le facteur distance,
- .les facteurs d'ordre socio-économique.
- .les facteurs que nous avons appelés "connaissance et confiance"

-En ce qui concerne le rôle de la distance sur les activités du cabinet, nous avons émis deux hypothèses à partir d'études de la fréquentation dans des formations sanitaires publiques en zone rurale (Réf: 23) : l'une porte sur les actes médicaux, l'autre sur les activités de S.M.I.



Graphique n° 3: Courbes de variations des activités du cabinet selon la distance.

Toutes deux montrent une décroissance exponentielle de la fréquentation en fonction de la distance, cette décroissance étant plus rapide pour les secondes que pour les premières.

Ainsi a-t-il été possible de quantifier les variations de la fréquentation selon les hypothèses suivantes:

	Soins	S.M.I.
< 3 km	100 %	100 %
3 - 4 km	85 %	70 %
5 - 9 km	70 %	50 %
10 - 14 km	55 %	30 %
15 - 19 km	40 %	20 %
20 - 24 km	30 %	10 %
25 - 29 km	20 %	5 %

-En ce qui concerne les facteurs d'ordre socio-économique, il a été estimé qu'au terme des trois premières années d'exercice, il n'était pas possible que la population cherche à satisfaire la totalité de ses besoins.

Ceci a conduit à fixer les objectifs de fréquentation suivants:

.Consultations médicales	40 %
.Soins	40 %
.Accouchements	30 %
.Prénatales	30 %
.Postnatales	30 %
.Enfants sains	20 %
.Planning familial	5 %
.Vaccinations	60 %
.Dépistage lèpre et tuberculose	50 %
.Traitement lèpre et tuberculose	30 %

-En ce qui concerne les facteurs que nous avons intitulés "connaissances et confiance, il a été estimé que la fréquentation devait connaître une progression constante au fur et à mesure que le médecin était connu par la population et qu'il obtenait sa confiance.

Une durée minimale de deux ans a été jugée nécessaire pour que le médecin se constitue "une clientèle".

Ceci a débouché sur les hypothèses suivantes:

	Activités régulières	Activités contractuelles
Première année		
Premier trimestre	20 %	0 %
Deuxième trimestre	30 %	0 %
Troisième trimestre	40 %	0 %
Quatrième trimestre	50 %	0 %
Deuxième année		
Premier trimestre	60 %	20 %
Deuxième trimestre	70 %	40 %
Troisième trimestre	80 %	60 %
Quatrième trimestre	90 %	80 %
Troisième année	100 %	100 %

c) Les propositions de tarification

Compte tenu d'une part du pouvoir d'achat des populations, d'autre part du coût de production des différentes prestations et de la nécessité d'assurer au médecin des revenus suffisants, ont été proposés les tarifs suivants:

.consultation externe au cabinet	500 F.
.consultation externe à domicile	1 000 F.
.soin infirmier	50 F.
.petite chirurgie	5 000 F.
.accouchement	2 000 F.
.carnet de consultation prénatale (pour toute la surveillance de la grossesse)	500 F.
.carnet de consultation des enfants	500 F.

d) Les allocations contractuelles

Pour pouvoir les intégrer dans les comptes prévisionnels du cabinet, nous avons défini un ordre de grandeur hypothétique concernant leur montant.

.Enfant complètement vacciné	1 000 F.
.Tuberculeux dépisté	5 000 F.
.Lépreux dépisté	2 000 F.
.Tuberculeux traité	6 000 F.
.Lépreux traité	6 000 F.

A ces chiffres doivent s'ajouter la fourniture des vaccins et des contraceptifs, des médicaments antituberculeux et antihanseniens.

3-2-2-La quantification des activités

Pour quantifier les activités en fonction des différentes hypothèses, nous avons utilisé le tableur d'un logiciel "excel" installé sur un microordinateur Macintosh.

a) Présentation du tableur

Nous avons défini six parties correspondant chacune à une page du tableur (voir annexes n°1 à 6)

-Dans la partie n°1 ont été formulées les différentes hypothèses et données de base,

-Dans la partie n°2 ont été calculés les facteurs de pondération propres aux activités de soins en tenant compte de la distance et de la concurrence pouvant être exercées par deux structures de santé situées moins loin du village que le cabinet médical.

La deuxième structure n'a été prise en compte que dans la mesure où son personnel responsable était plus qualifié que celui de la première.

-Dans la partie n°3 a été calculée l'évolution trimestrielle des consultations de médecine générale au cours des 3 premières années d'activités du cabinet.

-Dans la partie n°4 ont été calculés les facteurs de pondération propres aux activités de S.M.I., selon les mêmes principes que la partie n°2.

-Dans la partie n°5 a été calculée l'évolution trimestrielle des consultantés prénatales.

-Dans la partie n°6 a été regroupée l'évolution trimestrielle de l'ensemble des activités.

b) Présentation des résultats

Les résultats ainsi obtenus ont permis de faire les prévisions d'activités suivantes:

	année 1					année 2					année 3
	t.1	t.2	t.3	t.4	total	t.1	t.2	t.3	t.4	total	
MEDECINE DE SOINS											
1 Consultations de médecine générale	215	323	431	538	1507	646	754	861	969	3230	4307
2 Soins infirmiers	430	646	862	1076	3014	1292	1508	1722	1938	6460	8614
3 Actes de petite chirurgie	4	6	9	11	30	13	15	17	19	64	86
SANTE MERE ET ENFANT											
4 Consultantes prénatales	5	7	9	12	33	14	16	18	21	69	92
5 Consultations prénatales	10	14	18	24	66	28	32	36	42	138	184
6 Accouchements	5	7	9	12	33	14	16	18	21	69	90
7 Consultations postnatales	5	7	9	12	33	14	16	18	21	69	90
8 Enfants sains consultés	13	20	27	35	95	40	46	52	61	199	268
9 Consultations enfants sains	26	40	54	70	190	80	92	104	122	398	536
10 Consultantes planning familial	4	6	8	10	28	12	14	16	18	60	80
11 Consultations planning familial	8	12	16	20	56	24	28	32	36	120	160
12 Actes de vaccination antitétanique	0	0	0	0	0	28	32	36	42	138	184
13 Enfants à vacciner	0	0	0	0	0	21	41	62	83	207	413
14 Actes de vaccination	0	0	0	0	0	103	206	310	413	1032	2249
MALADIES TRANSMISSIBLES											
15 Lепreux à dépister	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	14
16 Lепreux à traiter	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	8
17 Tuberculeux à dépister	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5	14
18 Tuberculeux à traiter	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	8

Tableau n°13: Prévision d'activités au niveau du cabinet médical de Ntosoni au cours des trois premières années de fonctionnement.

En plus de ces données a été également envisagée la réalisation de commissions d'office par le médecin. L'évolution qui a été prévue pour cette activité est la suivante:

- première année: 0
- deuxième année: 3 commissions d'office
- troisième année: 6 commissions d'office.

3-2-3-Le calcul des dépenses

* Les différents types de dépenses:

-Les dépenses d'investissement:

Elles ont concerné:

- .l'aménagement des locaux pour les rendre aptes à servir de cabinet médical,
- .l'acquisition d'un équipement médical et de mobilier,
- .l'acquisition d'une motocyclette,

-Les dépenses de fonctionnement:

Elles ont regroupé:

.le paiement des salaires du personnel auxiliaire: ont été prévus un aide soignant et une matrone rurale à raison d'un montant brut de 20 000 F. CFA par mois chacun,

.les frais de déplacement lors des tournées dans les villages pour les consultations foraines ou des déplacements à Koutiala ou à Bamako. Ils ont été estimés à 7 200 km la première année et à 10 200 km les années suivantes.

année n°1

52 semaines X 80 km = 4 160 km

12 déplacements à Koutiala à 100 km A.R., soit 1 200 km

2 déplacements A.R pour Bamako à 600 km A.R., soit 1 200 km

imprévus: 640 km

Total: 7 200 km

années suivantes:

52 semaines X 130 km = 6 760 km

12 déplacements à Koutiala à 100 km A.R., soit 1 200 km

2 déplacements A.R pour Bamako à 600 km A.R., soit 1 200 km

imprévus: 1 040 km

Total: 10 200 km

Ces frais ont été évalués sur la base d'une consommation aux 100 km de 6 litres d'essence à 330 F. CFA le litre, d'une consommation d'huile de 1 litre aux 100 km. à 300 F. CFA le litre.

Le coût de l'assurance et de la vignette est de 20 000 F. CFA par an, soit environ 2 F par kilomètre parcouru.

Les frais d'amortissement ont été calculés sur la base d'une durée de vie de la motocyclette de 50 000 km pour un prix d'achat de 400 000 F. CFA. Quant aux frais de réparation, ils ont été estimés à un coût équivalent à celui de l'amortissement.

Le coût moyen du kilomètre parcouru a donc été :

.essence	19,8 F.
.huile	3,2 F.
.amortissement	8 F.
.entretien	8 F.
.assurance, vignette	2 F.
.imprévus	9 F.
soit au total	50 F. par kilomètre.

L'étude a estimé que les frais de déplacement à domicile pour répondre à l'appel d'un malade devaient être payés par sa famille à prix coûtant, selon le kilométrage parcouru. N'ayant pas su estimer leur importance, elle les a ignorés, estimant qu'ils devraient figurer à chiffre égal aussi bien en recettes qu'en dépenses.

.les frais de location des locaux ont été estimés à 20 000 F. CFA par mois,

.les frais d'entretien des locaux (petites réparations, retouches périodiques de peinture, propreté quotidienne,...) ont été estimés à un montant moyen de 5 000 F. CFA par mois,

.les frais de carburant du réfrigérateur ont été estimés à 1 litre de pétrole par jour à 250 F. CFA le litre,

.Les frais de papeterie ont été estimés à un montant moyen de 5 000 F. CFA par mois,

.l'achat des carnets de consultation, qu'il s'agisse des consultations prénatales, des consultations des enfants sains ou des consultations de planning familial a été chiffré à une moyenne de 100 F. CFA par carnet.

.L'amortissement des équipements a été programmé à partir de la deuxième année et sur la base d'un montant total de 1 000 000 F. CFA et d'une durée moyenne de vie de cinq ans, soit 200 000 F. CFA par an.

.Le remboursement de l'emprunt initial a été programmé sur la base d'un differé de deux ans et d'une annuité de 300 000 F. CFA

* Présentation des résultats

	Nature Unité	Coût unit.	NOMBRE D'ACTIVITES			COUT TOTAL		
			année 1	année 2	année 3	année 1	année 2	année 3
AMORTISSEMENT								
Amortissement du matériel			-	-	-	0	200000	200000
Remboursement du prêt			-	-	-	0	0	300000
ACTIVITES MEDICALES								
Consultations médecine générale	1	100	1507	3230	4307	150700	323000	430700
Soins infirmiers	1	10	3014	6460	8614	30140	64600	86140
Actes de petite chirurgie	1	3000	30	64	86	90000	192000	258000
Accouchements	1	1000	33	69	90	33000	69000	90000
Consultations prénatales	1	100	66	138	184	6600	13800	18400
Consultations postnatales	1	100	33	69	90	3300	6900	9000
Consultations enfants sains	1	100	190	398	536	19000	39800	53600
Consultations planning familial	1	100	56	120	160	5600	12000	16000
Vaccinations	1 séance	20	0	1032	2249	0	20640	44980
Dépistage d'un tuberculeux	1	200	0	5	14	0	1000	2800
Dépistage d'un lépreux	1	100	0	5	14	0	500	1400
Traitement d'un tuberculeux	1 annuel	1000	0	3	8	0	3000	8000
Traitement d'un lépreux	1 annuel	1000	0	3	8	0	3000	8000
SALAIRES								
Aide soignant	mensuel	20000	12	12	12	240000	240000	240000
Matrone rurale	mensuel	20000	12	12	12	240000	240000	240000
LOCALS								
Frais de location	mensuel	20000	12	12	12	240000	240000	240000
Frais d'entretien	mensuel	5000	12	12	12	60000	60000	60000
LOGISTIQUE								
Carburant du réfrigérateur	jour	250	365	365	365	91250	91250	91250
Frais de déplacement	km	50	6300	10200	10200	315000	510000	510000
Papeterie	mensuel	5000	12	12	12	60000	60000	60000
Carnet de grossesse	unité	100	33	69	92	3300	6900	9200
Carnet d'enfant	unité	100	95	199	268	9500	19900	26800
Carnet de planning familial	unité	100	28	60	80	2800	6000	8000
TOTAL						1600190	2423290	3012270

Tableau n° 14 : Prévision des dépenses à effectuer par le médecin de Ntosoni au cours de ses trois premières années d'activités.

3-2-4-Le calcul des ressources

a) Les différentes ressources possibles et leur montant

Elles sont de deux types:

- .des ressources liées au paiement à l'acte,
- .des ressources résultant d'allocations contractuelles.

-Les ressources liées au paiement à l'acte concernent:

- .les consultations de médecine générale, dont nous avons estimé la valeur moyenne à 700 F. CFA,
- .les soins infirmiers,
- .les actes de petite chirurgie,
- .les accouchements,
- .les ventes de carnets de consultations, qu'il s'agisse des prénatales, des visites des enfants soins ou du planning familial.

-Les ressources résultant d'allocations contractuelles concernent:

- .les vaccinations,
- .le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

L'étude a considéré que compte tenu du caractère totalement nouveau de cette première expérience d'allocations contractuelles, elles ne pouvaient débiter qu'à partir de la deuxième année d'installation.

- .Des commissions d'office à raison de 1 000 F. CFA l'unité.

b) Présentation des résultats:

	PRIX UNITAIRE	NOMBRE D'ACTIVITES			RECETTES TOTALES		
		année 1	année 2	année 3	année 1	année 2	année 3
Consultations médicales	700	1507	3230	4307	1054900	2261000	3014900
Soins infirmiers	50	3014	6460	8614	150700	323000	430700
Actes de petite chirurgie	5000	30	64	86	150000	320000	430000
Accouchements	2000	33	69	90	66000	138000	180000
Carnet de grossesse	500	33	69	92	16500	34500	46000
Carnets d'enfant	500	95	199	268	47500	99500	134000
Carnets de planning familial	500	28	60	80	14000	30000	40000
Enfants totalement vaccinés	1000	0	207	413	0	207000	413000
Tuberculeux dépistés	5000	0	5	14	0	25000	70000
Tuberculeux traités	6000	0	3	8	0	18000	48000
Lépreux dépistés	2000	0	5	14	0	10000	28000
Lépreux traités	6000	0	3	8	0	18000	48000
Commissions d'office	1000	3	6	12	3000	6000	12000
TOTAL					1502600	3490000	4894600

Tableau n°15: Prévision du bilan financier du médecin de Mtosoni au cours de ses trois premières années de activités.

3-2-5-Les résultats:

	Année 1	Année 2	Année 3
Recettes	1 502 600	3 490 000	4 894 600
Dépenses	1 600 190	2 423 290	3 012 270
Résultats	-97 590	+ 1 066 710	+ 1 882 330

L'étude de faisabilité a donc permis de conclure:

- à un déficit d'exploitation de 97 750 F. CFA la première année,
- à un excédent de 1 066 710 F. CFA la deuxième ,
- et à un excédent de 1 882 330 F. CFA la troisième.

3-2-6-Les besoins de financement

Ils sont apparus doubles:

-un apport en trésorerie de 700 000 F. CFA devant permettre:
 .d'une part d'assurer un fonds de roulement pour la première vague de dépenses de fonctionnement (frais de déplacement, papeterie, salaires, entretien,...),
 .d'autre part de garantir au médecin un revenu de l'ordre de 50 000 F. CFA par mois pendant toute la durée de la première année.

-un apport en investissement qui, pour des raisons liées au montant de l'aide financière française, ne peut pas excéder 1 300 000 F. CFA.

Le médecin doit prévoir:

.l'achat d'une motocyclette	400 000 F. CFA
.l'achat de mobilier et équipements	500 000 F. CFA
.des travaux d'aménagement des locaux	200 000 F. CFA
.une sécurité pour frais divers	200 000 F. CFA

A cela, l'organisation non gouvernementale "Santé Sud" a prévu d'ajouter un don en matériel médico-chirurgical essentiel, grâce auquel le médecin devait pouvoir ouvrir son cabinet.

3-2-7-Conclusion de l'étude de faisabilité

Malgré les incertitudes multiples liées à la formulation des hypothèses, l'étude de faisabilité a permis:

.d'une part au médecin de décider de s'installer dans le village de Ntosoni.
 .d'autre part à la Coopération Française de lui accorder son apport financier.

3-3-L'INSTALLATION

3-3-1-Modalités d'installation

a) Le médecin s'est rendu à 4 reprises à Ntosoni avant son installation:

.une première fois en Avril 1989 lorsque nous avons effectué ensemble l'étude de faisabilité de son projet .

.la deuxième en Juin 1989 pour décider du choix définitif de Ntosoni, en informer la population et obtenir l'agrément du conseil de village et de l'Association Villageoise quant à certains aspects, tels que la location des locaux et l'emploi du personnel en place,

.la troisième en Août 1989 pour apporter son équipement,

.la quatrième en Septembre 1989 pour démarrer ses activités

b) L'aide financière au démarrage:

Le médecin a pu s'installer:

.d'une part grâce à un apport de la coopération française comprenant 75 % de prêt et 25 % de don,

.d'autre part grâce à des aides ponctuelles d'amis personnels et d'une O.N.G. française " Santé Sud".

* L'apport de la coopération française s'est inscrit dans le cadre de l'aide à l'installation des médecins de campagne qui prévoit l'octroi d'un montant de 2 millions de FCFA, dont 1,5 million remboursable en 5 ans après 2 ans de différé sans intérêt et 500 000 F. CFA de subvention, à titre d'encouragement pour les premiers médecins installés (en fait, il s'agit d'une remise de dette de 500 000 F. CFA qui ne peut intervenir qu'après le remboursement du million et demi).

Le premier versement de cette somme s'est élevé à 1 185 000 FCFA. Il a permis de réaliser les dépenses suivantes:

-motocyclette Yamaha 80 CC	422 000 FCFA
-accessoires de moto (casque, assurance, vignette, anti-vol, plaque d'adresse)	43 500 FCFA

-consommables de la motocyclette (essence et huiles mises en réserve)	48 750 FCFA
-50 litres de pétrole	12 500 FCFA
-meublement de bureau d'occasion (une table, une chaise en nylon, deux chaises métalliques).....	17 500 FCFA
-poubelles et bassines, seau et pot	17 500 FCFA
-meublement de fabrication locale (un placard, une porte, deux potences , une table de petite chirurgie, un escabeau, un para-vent, trois tables à instrument)	200 000 FCFA

Ceci représente un total de 762 000 FCFA.

Les autres dépenses ne nous ont pas été communiquées.

* Les aides ponctuelles sont venues de relations personnelles du médecin et lui ont permis d'obtenir gratuitement les équipements suivants:

- une boîte à curetage comprenant:
 - . un jeu incomplet de bougies de Heggør (cinq pièces manquantes)
 - .deux curettes mousses,
 - .trois spéculums,
 - .une pince de Pozzi,
- une boîte de cure de hernie et d'hydrocèle comprenant:
 - .six pinces de Kocher,
 - .deux pinces à champ,
 - .deux paires de ciseaux dont une de Mayo et une de Metzemboum,
 - .un porte-aiguille ,
 - .deux pinces à disséquer sans et avec griffes ,
 - .une paire d'écarteurs de Faraboeuf,
 - .une manche de bistouri,
- des boîtes à instruments vides comprenant:
 - .un plateau,
 - .une grande boîte à instrument,
 - .onze petites boîtes à instrument,
- un forceps
- une abaisse-langue
- un spéculum obstétrical
- une boîte à ponction lombaire
- une table d'examen gynécologique

- des consommables et accessoires de laboratoire
- une boîte d'instruments odonto-stomatologiques comprenant:
 - .cinq pinces de Davier déjà utilisées,
 - .une seringue à carpule
 - .dix-huit carpules vides ,
 - .trois pinces stomatologiques à disséquer,
 - .trois pinces de Syndesmotom,
 - .dix aiguilles pour seringues à carpule,

* L'aide apportée par " Santé Sud " lui a permis d'obtenir gratuitement les équipements suivants:

- un haricot
- un plateau
- un otoscope
- un tensiomètre
- deux stéthoscopes
- une boîte de huit pinces de Davier
- deux paquets de lame de bistouri
- un marteau à reflexes
- une microtoise
- un pèse-bébé
- un sac de tournée
- des échantillons médicaux
- une documentation comprenant:
 - .un dictionnaire Vidal
 - .un livre de Gynéco-obstétrique
 - .un livre de Chirurgie
 - .un livre de Médecine générale

3-3-2-L'infrastructure

a) Les locaux

Le cabinet médical de Ntosoni est situé dans les locaux construits en dur par l'Association Villageoise du village et comprend:

- .un dispensaire construit en 1986 pour une somme de 1 800 000 F,
- .une maternité construite en 1983 pour une somme de 1 950 000 F,

Ces montants ne tiennent pas compte de la main d'oeuvre fournie gratuitement par les villageois

Ils lui ont été loués par l'Association pour une somme mensuelle de 10 000 F, somme qu'il a commencé à payer à partir du mois de janvier 1990.

Ils comprennent (voir plans: pages 58 et 59):

-un dispensaire de 8 pièces composé de:

.un bureau de 7,5 m²

.une salle d'examen de 6 m²

.une salle d'attente faite de deux pièces de 7,5 m² et

12 m²

.une salle d'injections de 9 m²

.une salle de pansements de 6 m²

.deux pièces de 10,50 et 12,25 m² pour recevoir des malades nécessitant des soins continus

.une pharmacie de 10,5 m² , qui est utilisée par l'Association Villageoise comme dépôt pharmaceutique.

-une maternité de 4 pièces composée de:

.une salle d'accouchements de 12 m²

.une salle d'hospitalisation des accouchées de 40 m²

.une salle de PMI de 16 m²

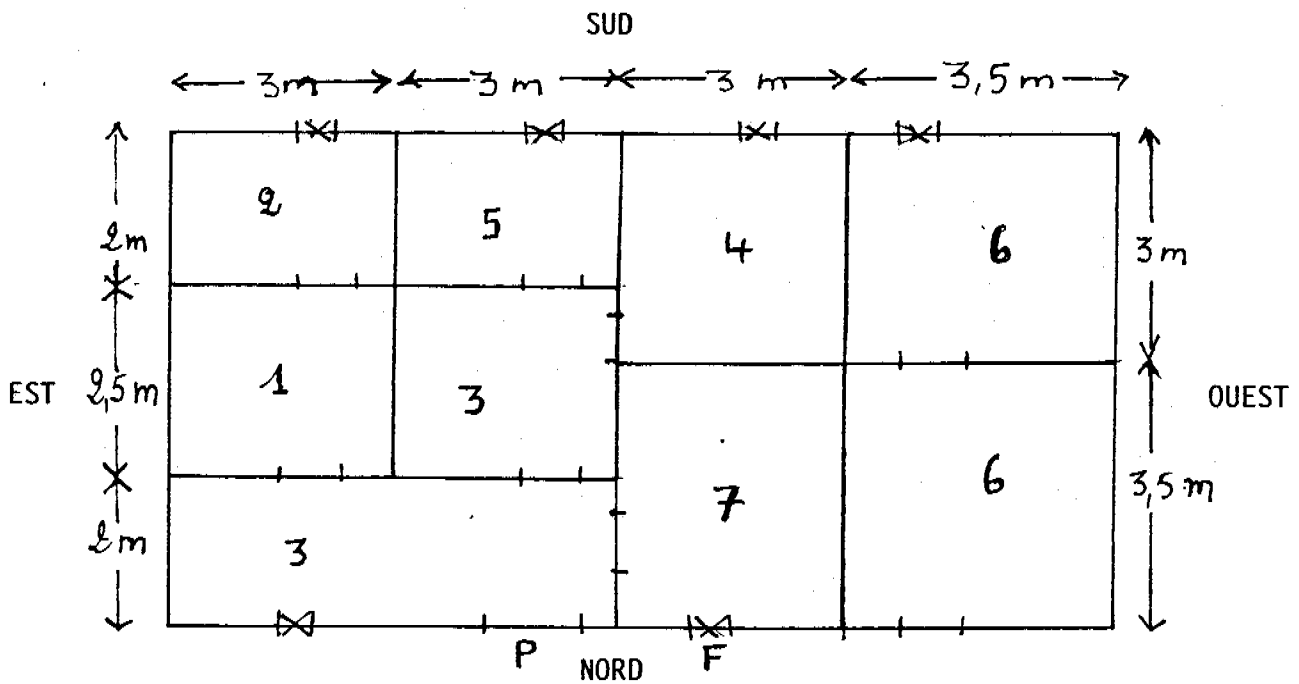
.une salle de petite chirurgie (ancienne salle de travail des parturientes) de 12 m²

-une latrine

-deux lieux de toilette

-une cuisine

-un puits



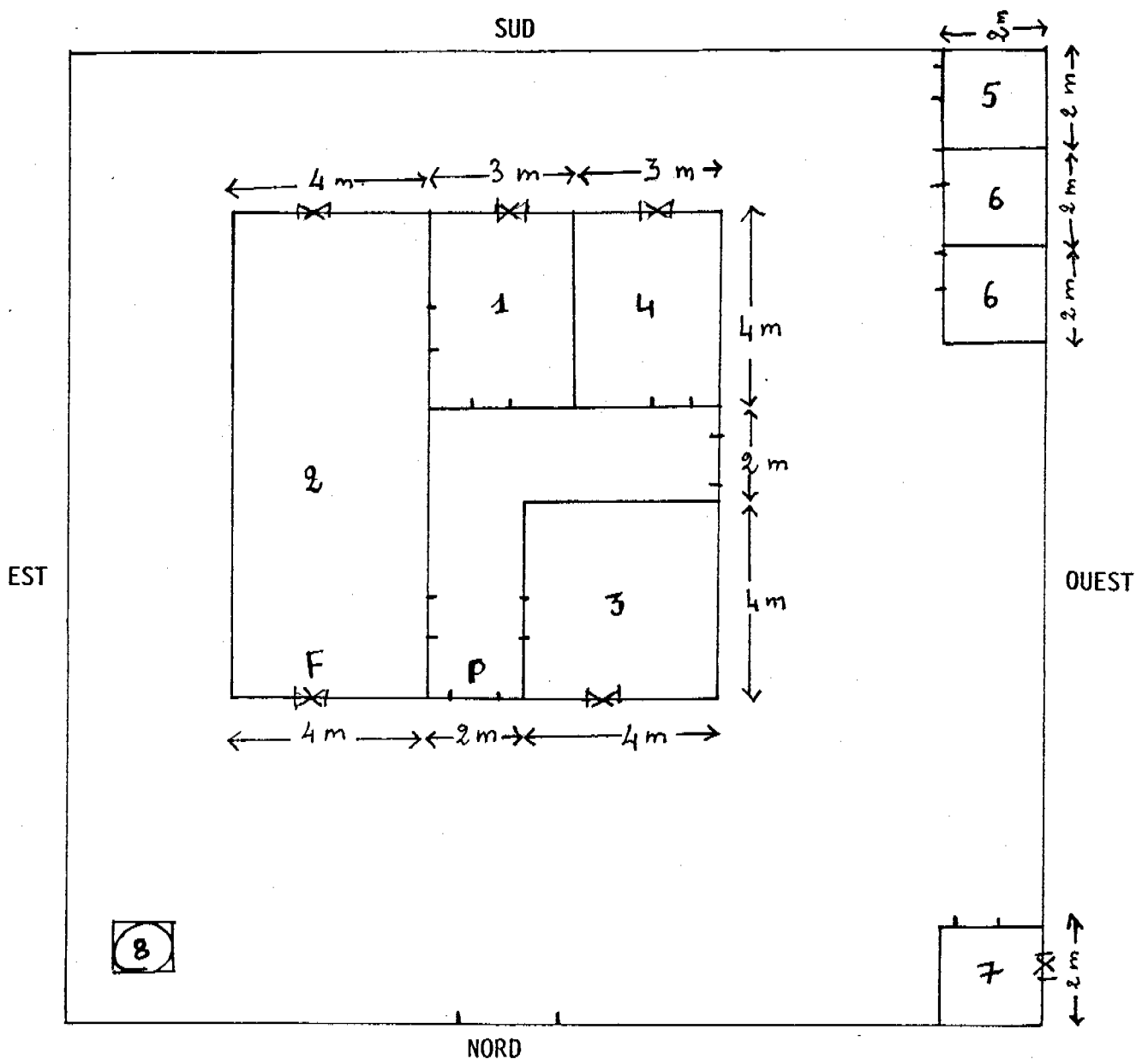
1. Bureau
2. Salle d'examen
3. Salle d'attente
4. Salle d'injection
5. Salle de pansement
6. Salle d'observation
7. Pharmacie

E: 1cm = 1m

P = Porte

F = Fenêtre

Schema n°1 : Plan du Dispensaire de NTosoni



1. Salle d'accouchements
2. Salle d'hospitalisation des accouchées
3. Salle de P.M.I.
4. Salle de petite chirurgie

E : 1,5cm = 2m

P = Porte

F = Fenêtre

5. Latrine
6. Lieux de toilette
7. Cuisine
8. Puits

Chema N°2 : Plan de la Maternité de NTosoni

b) L'équipement

Le cabinet dispose de l'équipement suivant:

* Propriété de l'Association Villageoise, mis à la disposition du médecin:

-Mobilier:

Dans l'enceinte du dispensaire:

- .une table à instruments
- .trois tabourets
- .deux chaises en bois
- .deux bancs en bois
- .une table à pansements
- .deux lits métalliques
- .un matelas mousse
- .une armoire métallique

Dans l'enceinte de la pharmacie:

- .une table en bois
- .une chaise en bois
- .des étagères

Dans l'enceinte de la maternité:

- .huit lits
- .trois matelas mousse usés
- .une table d'accouchement
- .une bureau en bois
- .une jarre

- Equipement médical

Dans l'enceinte du dispensaire:

- .une poissonnière
- .un plateau
- .un haricot
- .une boîte à gant
- .un mètre ruban

Dans l'enceinte de la maternité:

- .un bassin de lit
- .un haricot
- .une boîte à gant
- .un tensiomètre
- .un stéthoscope obstétrical
- .un mètre ruban

* Propriété du médecin:

-Mobilier

- .cinq poubelles
- .quatre tables à instrument en bois
- .un escabeau en bois
- .un porte-manteau
- .un caisson pour dossiers
- .un rideau et un paravent
- .une chaise
- .deux chaises métalliques
- .un banc
- .une table d'opération
- .deux potences
- .des balais
- .un sceau et un pot.
- .une serviette (essuie-mains)

-Equipement médical:

- .un microscope
- .des accessoires de laboratoire
- .un haricot
- .une petite boîte de pansement à cordon ombilical
- .une pince de Kocher
- .trois pinces à disséquer
- .trois paires de ciseaux
- .des lames de bistouri
- .des aiguilles
- .une sonde cannelée
- .des consommables de chirurgie (fil de suture, seringue à aspiration)

- .un stéthoscope
- .un tensiomètre
- .une rame de papier et un ordonnancier

A cette liste s'ajoute celle des aides reçues par le médecin provenant de ses relations personnelles et de "Santé Sud", que nous avons dressée plus haut.

c) Le personnel

Le médecin a recruté lui même deux des agents qui travaillaient au Centre avant son arrivée. Il s'agit d'un aide soignant et d'une matrone rurale.

* L'aide soignant est âgé de 26 ans . Il a été scolarisé jusqu'en classe de neuvième année fondamentale et a reçu sa formation technique au Centre de Santé de Koutiala en 1986 .

Il a pour tâches de:

- .assurer l'accueil des malades qui arrivent au cabinet
- .entretenir les locaux du dispensaire
- .effectuer les soins prescrits par le médecin et figurant sur ses ordonnances (injections, pansements, etc...).

Il est payé mensuellement par le médecin 15 000 F. CFA.

* La matrone rurale est âgée de 23 ans environ. Elle a été scolarisée jusqu'en classe de sixième année fondamentale et a reçu sa formation technique au Centre de Santé de Koutiala en 1988.

Elle a pour tâches de:

- .assurer l'accueil des femmes qui se rendent à la maternité
- .entretenir les locaux de la maternité
- .effectuer les soins prescrits aux femmes par le médecin,
- .effectuer la surveillance des femmes en travail et appeler le médecin pour qu'il procède lui même à l'accouchement.
- .effectuer certains gestes des consultations de S.M.I (tels que la pesée ou les analyses d'urine à la recherche de sucre et d'albumine).

Elle est payée mensuellement par le médecin 7 500 F.

* Un deuxième aide soignant faisait partie du personnel du Centre. Il est resté au compte de l'Association Villageoise pour assurer la vente de médicaments. L'A.V. le paye mensuellement 15 000 F. CFA.

Le médecin dit faire parfois appel à ses services lorsqu'il a besoin d'une aide complémentaire, notamment pour effectuer certaines interventions de petite chirurgie.

En fait nous avons constaté que les deux aides soignants alternent tous les deux jours. Il n'y a donc pas de titulaire défini du poste d'aide soignant, bien que l'un soit payé par le médecin et l'autre par l'A.V.

3-3-3-Les activités

a) Le médecin a entrepris les activités suivantes:

* Des consultations de médecine générale

C'est son activité principale.

Les malades s'installent à partir de 7 h 30 dans la salle d'attente du cabinet après avoir été accueillis par l'aide soignant.

Ils sont reçus séparément par le médecin qui tout d'abord les fait asseoir à son bureau pour remplir une fiche individuelle dont le modèle figure en annexe n°9.

Il procède à son interrogatoire systématique, puis l'introduit dans la salle d'examen qui est attenante au bureau.

Le malade est invité à se déshabiller puis à se coucher et est examiné de façon systématique, appareil par appareil.

Il est ausculté et sa tension artérielle est mesurée après un temps de repos.

Les examens particuliers tels que l'observation de la gorge et du tympan chez les enfants fébriles, le toucher vaginal chez les femmes et le toucher rectal chez les hommes sont effectués lorsque nécessaires.

Il se rehabilite tandis que le médecin l'attend dans son bureau en établissant une ordonnance puis en remplissant sa fiche.

Il l'invite à s'asseoir auprès de lui et lui donne les explications nécessaires avant de lui remettre une éventuelle ordonnance.

* Des soins infirmiers

Ils varient selon la pathologie traitée au niveau de chaque patient: injections (I.V., I.M., I.D), ponctions, pansements, sutures, ...

* Des actes de petite chirurgie:

Il n'y a pas de petite chirurgie, nous a-t-on appris. Nous avons cependant utilisé ce terme car toutes ses activités sont faites sous anesthésie locale.

Il s'agit d'interventions que le médecin a appris à effectuer lors de ses stages dans les services de chirurgie des Hôpitaux du Point G, de Kati et Gabriel Touré:

- .hernies inguinales selon la technique de Shouldice
- .hydrocèles
- .ablations de kyste et de lipôme
- .avulsions dentaires
- .révisions utérines

Il effectue lui-même ses anesthésies en utilisant deux types de produits soit de la xylocaïne dosée à 1 % ou à 2 %, soit de la procaine dosée à 1 % ou à 2 %

Lors de chaque intervention, le médecin se fait aider par l'un des deux aides soignants.

* Des accouchements

Ils ont lieu dans la salle d'accouchement de la maternité.

Lorsque une femme arrive à la maternité pour y accoucher, elle est reçue par la matrone qui l'examine.

Compte tenu de son expérience antérieure, elle confirme ou infirme le début du travail et appelle le médecin lorsque nécessaire après avoir installé la femme sur la table d'accouchement.

Le médecin effectue lui-même l'accouchement puis la délivrance.

Il examine le bébé et vérifie la sortie complète du placenta avant de laisser à la matrone le soin de s'occuper de la nouvelle maman et de son bébé selon les instructions qu'il lui a données.

Il est conseillé à la parturiente de rester au moins une semaine à la maternité.

Lorsque le médecin est absent, la matrone est bien évidemment autorisée à effectuer elle-même les accouchements.

* Des activités de laboratoire

Le médecin les a pratiquées jusqu'au début de son huitième mois d'activités. Mais il les a arrêtées devant le peu de résultats qu'il obtenait: en effet la quasi-totalité s'est avérée négative.

* Des activités de S.M.I.

Le médecin avait prévu de les réaliser lui même.

Il n'a pas cependant osé les prendre en charge car elles étaient déjà effectuées par la matrone avec l'aide de l'O.N.G. "Vision Mondiale", qui soutient un projet pour " la survie de l'enfant " dans le Cercle de Koutiala. Ces activités concernent aussi bien les visites prénatales, que les visites systématiques des enfants.

Sont également réalisées par la matrone la réhydratation des enfants par voie orale et l'éducation nutritionnelle des mères.

Quant aux vaccinations, elles sont également réalisées avec l'aide de "Vision Mondiale" qui se rend de façon périodique à Ntosoni pour appliquer les recommandations du P.E.V..

* Autres activités

Le médecin a prévu d'entreprendre d'autres activités, telles que le dépistage et le traitement de la tuberculose et de la lèpre.

Il envisage pour cela de prendre contact avec les services compétents lors d'un prochain séjour à Bamako.

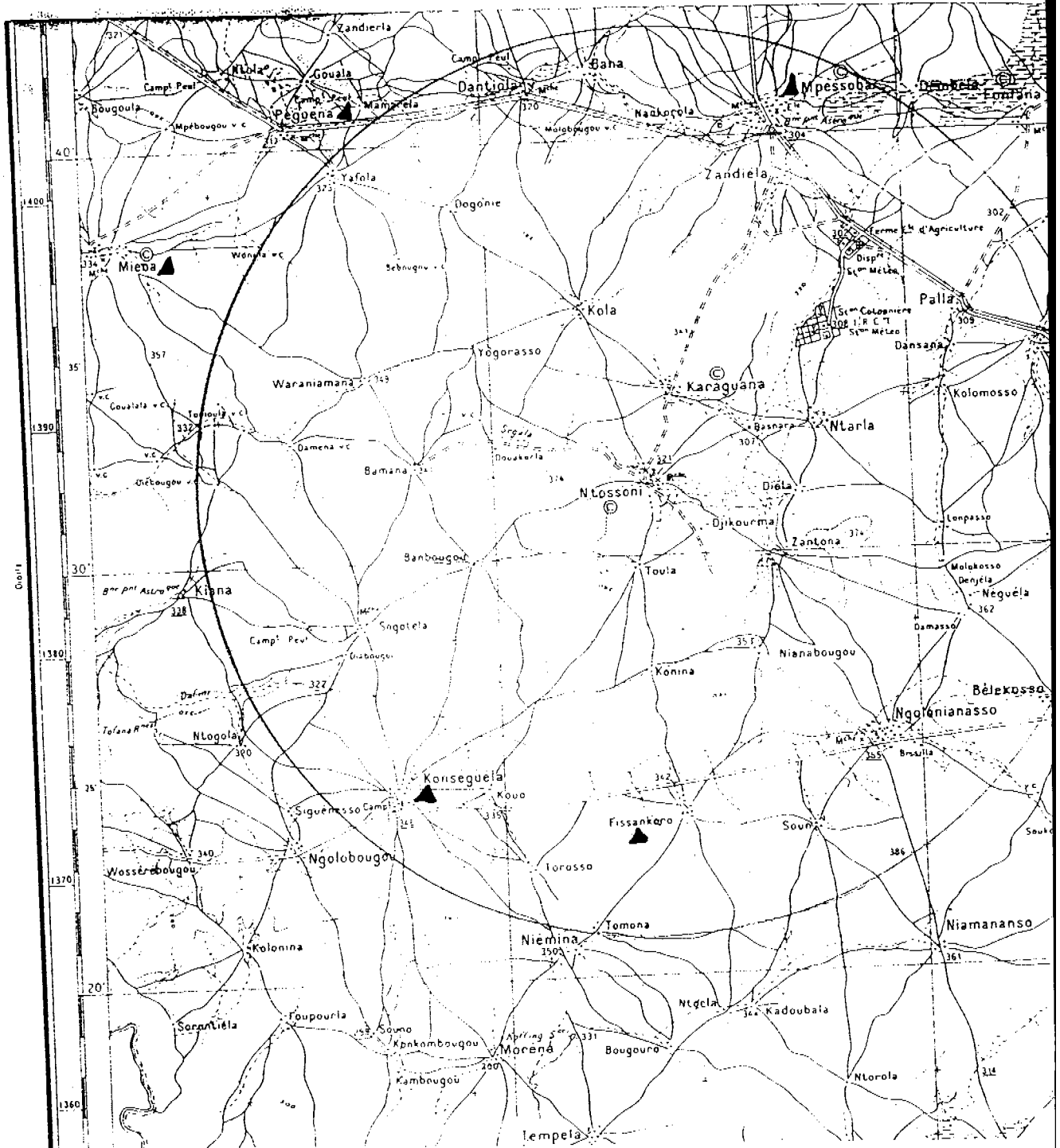
b) Organisation des activités

* Contrairement aux principes arrêtés lors de l'étude de faisabilité, le médecin s'est limité pendant très longtemps à la réalisation d'activités en poste passif.

Il s'est donc contenté d'attendre les malades dans son cabinet, espérant que la rumeur publique suffirait à le faire connaître et apprécier.

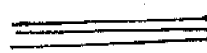
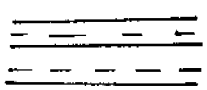

Tout au plus, s'est-il déplacé quelques fois dans certains villages périphériques et dans certains foyers de Ntosoni pour aller y soigner des malades à la demande des familles.

Ce n'est qu'en Septembre 1990, après un an d'activités, qu'il a commencé à effectuer des consultations foraines programmées dans cinq villages.



Carte N°2: La zone de Ntosoni et les autres villages concernés par les consultations foraines.

————— = 10 Km

-  = Voie bitumée
-  = Grande piste non bitumée
-  = Chemin

Ceci a permis d'établir le calendrier suivant:

	Sept. 90	Oct.90	Nov. 90	Dec. 90	Jan. 91
M'péssoba:	2	7	4	2	6
Konséguéla	10	8	12	10	14
Péguéna	24	22	26	24	28
Mièna	7	5	2	7	4
Finzankoro	15	20	17	15	19

* Tous les matins avant de commencer l'activité principale du jour , le médecin fait la visite des malades opérés ou mis en observation. Cette visite est suivie par le pansement des opérés qui est soit effectué par le médecin dans la salle d'opération, soit par l'aide soignant au domicile des malades qui sont logés dans le village de Ntosoni.

* Pendant les heures de fermeture, aucun système n'a été prévu pour permettre aux malades de savoir à qui ils peuvent s'adresser.

3-3-4-L'approvisionnement pharmaceutique

* Le dépôt qui était en place avant l'arrivée du médecin est resté entre les mains de l'Association Villageoise.

Celle ci a continué à le gérer comme auparavant, dans le même local qui se trouve à l'intérieur du dispensaire.

L'aide soignant qui en avait la charge est resté employé de l'Association Villageoise.

Le médecin n'a rien à voir avec sa gestion. Il est seulement consulté lors de l'établissement des commandes de médicaments.

* Le dépôt, ouvert en 1987, a démarré avec un fonds de 15 000 FCFA qui a progressivement atteint le chiffre de 500 000 FCFA à partir de fonds provenant des caisses des Associations Villageoises de Bambougou et de Ntosoni.

Après l'installation du médecin et grâce à un engagement de la seule A.V. de Ntosoni, le fonds de roulement a été porté à un million de francs CFA pour pouvoir augmenter la gamme des produits disponibles. Le dépôt s'approvisionne tous les quinze jours auprès d'une pharmacie privée de Koutiala qui lui fait une remise de 10 % sur le prix de la Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M.). Les produits sont vendus avec une majoration de 15 % sur le prix de la P.P.M.

Nous n'avons pas procédé à son évaluation, mais nous pouvons faire part de notre impression:

- le chiffre d'affaire dépasse 500 000 FCFA par mois,
- les prescriptions sont très en dehors de la liste des médicaments essentiels du Mali,
- le coût des ordonnances est souvent très élevé et peut atteindre plusieurs milliers de francs CFA .

Selon nous une amélioration de la prescription allant dans le sens de l'utilisation des médicaments essentiels et d'une diminution du coût des ordonnances s'impose.

Elle aura sûrement des effets très positifs sur la qualité des services rendus et la fréquentation du cabinet.

-En fin, il nous semble que la localisation du dépôt au sein du dispensaire et le fait qu'il y ait alternance des aides soignants pour travailler avec le médecin ou pour vendre les médicaments laisse croire aux clients que le dépôt appartient au médecin; nous estimons que ceci est préjudiciable à la bonne marche de son travail.

3-3-5-La tarification des actes

Durant les quatre premiers mois d'activité, le médecin a fourni ses services sans instituer de tarification des actes. Il laissait alors le paiement de ses prestations fluctuer selon le gré et les capacités de ses patients.

C'est ainsi que ses honoraires ont varié de la façon suivante:

- .consultation de médecine générale: de 100 à 1 000 FCFA
- .cure de hernie: de 3 000 à 15 000 FCFA.

Il a par ailleurs enregistré de nombreux paiements en nature (poulet, mouton, céréales...).

Perfusions

- * solutés simples isotoniques 500 F
- * solutés additionnés de produits pharmaceutiques 1 000 F

Petite chirurgie-Autres manoeuvres

- * peau et tissu cellulaire souscutané 7 500 F
- * hernie de l'aîne de première intention (*):
 - hernie inguinale unilatérale 20 000 F
 - hernie inguinale bilatérale 30 000 F
 - hernie crurale unilatérale 20 000 F
 - hernie crurale bilatérale 30 000 F
- * hydrocèle vaginale :
 - unilatérale 10 000 F
 - bilatérale 20 000 F
- * circoncision 3 000 F
- * révision utérine (curetage) 7 500 F
- * accouchement eutocique 1 250 F
- * forceps et manoeuvre d'extraction obstétricale..... 1 250 F
- * avulsion dentaire 1 500 F

Examens de laboratoire

- * selles P.D.K : (méthode directe au Lugol et méthode de Kato)... 2 500 F
- * recherche de parasites (shistosomes) dans les urines par filtration 1 500 F
- * dosage du sucre dans les urines (Glucotest) 1 000 F

(*) = Ces tarifs incluent la fourniture de tous les produits nécessaires à l'intervention qui s'élève au environ de 12 000 F.

**4-BILAN APRES
1 AN D'ACTIVITES**

4-1-Bilan technique

4-1-1- Les consultations médicales

a) Variations selon le mois

Au cours de cette première année d'activités, le cabinet de consultation a reçu 1 532 consultants qui ont présenté 1 598 nouveaux épisodes de maladie, pour lesquels le médecin a effectué un total de 2 013 consultations.

Le cabinet a enregistré l'évolution suivante au cours des 12 premiers mois d'activités:

	TOTAL CONSULTANTS	NOUVEAUX EPISODES	ANCIENS EPISODES	TOTAL CONSULTATIONS
SEPT.	102	114	45	159
OCT.	88	91	8	99
NOV.	72	75	7	82
DEC.	96	96	24	120
JANV.	121	125	21	146
FEV.	157	164	43	207
MARS	203	210	39	249
AVR.	153	157	66	223
MAI	201	205	72	277
JUIN	132	140	38	178
JUIL.	93	100	23	123
AOUT	106	113	29	141
SEPT.	8	8	1	9
TOTAL	1532	1598	415	2013

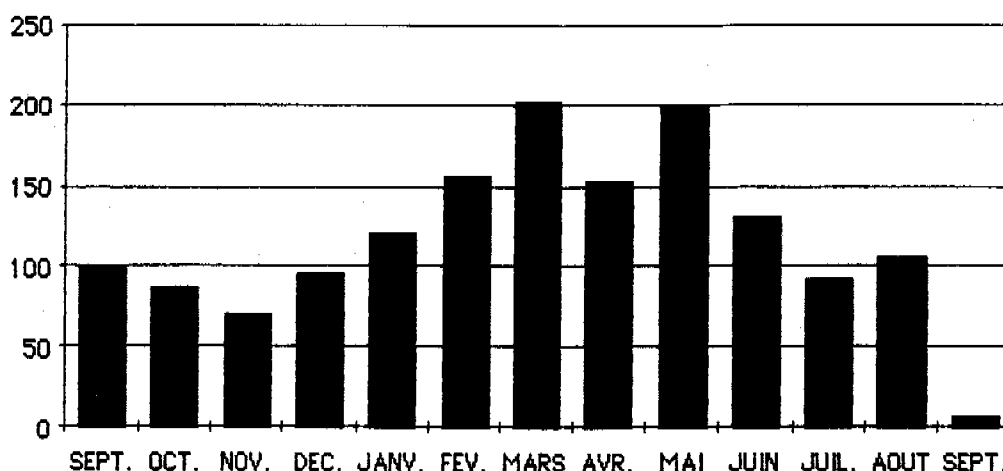
Tableau n°16: Variations du nombre de consultants, de nouveaux épisodes et de consultations pendant les 12 premiers mois de fonctionnement du cabinet médical.

Le médecin de Ntosoni a débuté ses activités professionnelles le 4 Septembre 1989.

Dans un premier temps, il s'est limité aux consultations de médecine générale, aux soins infirmiers et aux actes de petite chirurgie.

Plus tard il commencera à prendre en charge les accouchements, les consultations prénatales restant confiées à la matrone rurale qui les assure sous le cadre d'un programme soutenu par l' O.N.G. "Vision Mondiale Internationale". Mais toute fois le médecin est consulté devant les cas difficiles.

Enfin, le 2 Septembre 1990, il entreprendra des consultations foraines dans cinq villages environnants.



Graphique n°4: Évolution du nombre de consultants au cours des 12 premiers mois d'activités.

On peut constater à l'examen de ce graphique une augmentation progressive du nombre de consultants jusqu'au mois de Mars. A partir de Juin, apparait une baisse d'activité qui peut être liée:

- à l'arrivée de l'hivernage,
- au remplacement du médecin au mois de Juillet par un de ses collègues,
- à l'éloignement de la période de commercialisation pendant laquelle les paysans ont de l'argent.

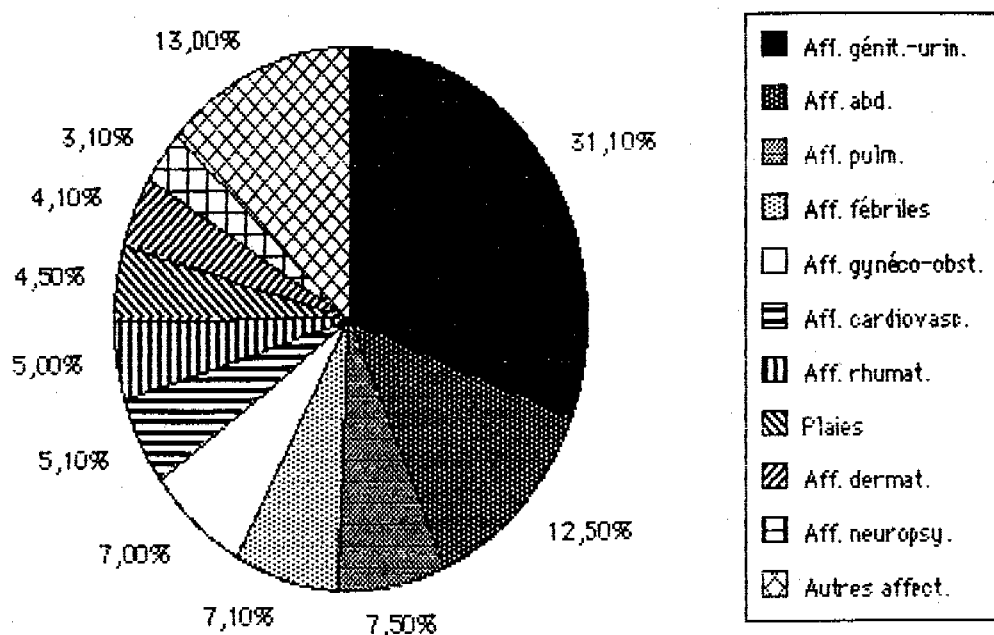
b) Variations selon la pathologie

Un total de 1 805 diagnostics ou motifs de consultation ont été recensés. Il se sont répartis de la façon suivante:

AFFECTIONS TRAITEES,	< 5 km	5-14 km	15 km +	TOTAL	%
Affections génito-urinaires					
Infections	65	67	156	288	
Hernies	14	20	126	160	
Hydrocèles	6	10	43	59	
Bilharz. urinaire	2	1	2	5	
Autres affections	11	9	29	49	
Total	98	107	356	561	31,1
Affections abdominales					
Syndromes dysentériques	2	2	5	9	
Gastro-enterites	10	7	4	21	
Syndromes ulcéreux	1	5	14	20	
Douleurs +parasites	32	24	92	138	
Tumeurs abdominales	4	8	4	16	
Cirrhoses du foie	0	1	4	5	
Syndromes appendiculaires	1	4	8	13	
Diarrhées	0	2	0	2	
Syndromes chol�rifformes	2	0	0	2	
Total	52	53	121	226	12,5
Affections pulmonaires					
Non tuberculeuses	73	22	27	122	
Tuberculeuses	4	1	9	14	
Total	77	23	36	136	7,5
Maladies infectieuses					
Paludisme	70	12	7	89	
Syndromes typhiques	6	4	0	10	
Syndromes méningés	7	3	3	13	
Varicelle	2	0	0	2	
Syndromes infectieux sévères	1	0	6	7	
Tétanos	2	1	3	6	
Trypanosomiase	0	0	1	1	
Total	88	20	20	128	7,7
Affections gynéco-obstétricales					
St�rilit�s	7	7	20	34	
Dysgravidies	3	2	4	9	
Troubles ménopause	3	2	5	10	
Fibromes /cancer	14	12	31	57	
Avortements spontanés	5	3	2	10	
Dystocies	1	0	1	2	
Fistules vésico.vaginales	1	0	1	2	
Total	34	26	64	124	7
Affections cardiovasculaires.					
HTA	11	8	18	37	
Insuffisances cardiaques	7	7	17	31	
autres	8	2	14	24	
Total	26	17	49	92	5,7
Affections rhumatismales					
	11	19	60	90	5

Plaies					
Traumatiques	26	10	4	40	
Brûlures	8	1	0	9	
Morsures de chien	1	0	0	1	
Autres	20	2	10	32	
Total	55	13	14	82	4,5
Affections dermatologiques					
Affections diverses	33	22	15	70	
Onchocercose	0	1	1	2	
Lèpre	0	0	2	2	
Total	33	23	18	74	4,7
Affections neuropsychiâtriques					
Affections neurologiques	10	12	23	45	
Affections psychiâtriques	3	3	6	12	
Total	13	15	29	57	3,7
Affections odontologiques					
	17	8	21	46	2,5
Affections ORL					
	19	11	9	39	2,2
Affections de petite chirurgie					
Kystes et lipomes	1	3	8	12	
Hémorroïdes	1	2	8	11	
Fistules anales	0	1	4	5	
Fractures	0	1	1	2	
Luxation	1	0	0	1	
Total	3	7	21	31	1,7
Malnutrition					
	14	7	2	23	1,3
Affections oculaires					
Conjonctivites	4	1	3	8	
Cécité	0	2	0	2	
Autres	1	1	5	7	
Total	5	4	8	17	1
Affections du sang					
Anémies	4	1	3	8	
Crises drépanocytaires	1	1	2	4	
Total	5	2	5	12	0,6
Affections néphrologiques					
	2	2	5	9	0,5
Autres affections					
Asthénies sexuelles	4	1	9	14	
Malformations congénitales	4	8	6	18	
Hyperthyroïdies	1	0	0	1	
Goîtres non hyperthyroïdiens	3	0	7	10	
Céphalées isolées	2	1	3	6	
Diabète sucré	0	1	0	1	
Hypoglycémie	0	0	1	1	
letère	0	2	1	3	
Intoxicat. et intolérances aliment.	1	1	0	2	
Corps étrangers narines	1	0	0	1	
Constipation	1	0	0	1	
Total	17	14	27	58	3,2
TOTAL	569	371	865	1805	100
%	31,5	20,5	48	100	

Tableau n°17: Répartition des affections traitées selon leur nature et selon la distance entre le lieu d'habitation des malades et le cabinet.



Graphique n°5: Principaux groupes d'affection traités au cours des 12 premiers mois d'activités.

De ces données, se distingue le rôle majeur des affections génito-urinaires, et plus précisément celui des infections et des hernies.

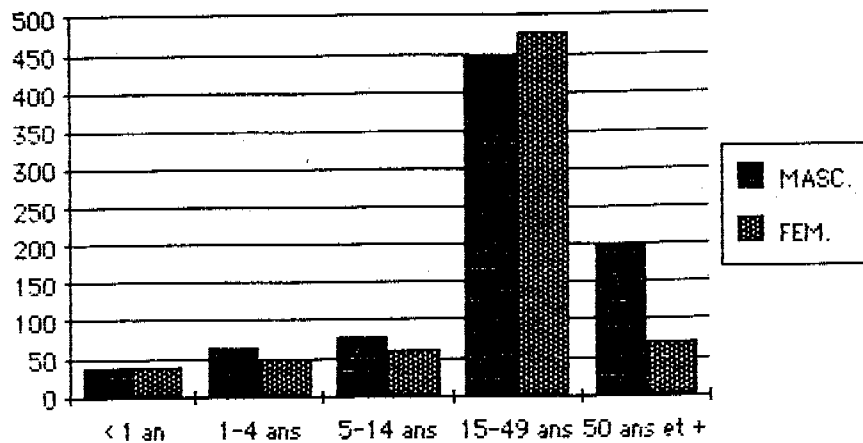
L'importance de ces hernies s'explique aisément par le fait que le médecin de Ntosoni les opère; quant à celle des infections, elle traduit probablement une réalité épidémiologique et exprime un besoin nettement ressenti par la population.

c) Variations selon l'âge et le sexe des malades

La variation du nombre des consultants selon l'âge et le sexe au niveau du cabinet médical figure dans le tableau qui suit:

CLASSE D'ÂGE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	%	SEXE RATIO
< 1 an	39	40	79	5,1	0,97
1 - 4 ans	63	52	115	7,5	1,21
5 - 14 ans	77	60	137	8,9	1,28
15 - 49 ans	452	480	932	61	0,94
50 ans et +	199	70	269	17,5	2,84
TOTAL	830	702	1532	100	1,18
%	54,2	45,8	100		

Tableau n°18: Répartition des malades selon leur âge et leur sexe.



Graphique n°6: Répartition des malades selon leur âge et leur sexe.

L'analyse du tableau n°18 et du graphique n°6 permet de constater la nette prédominance du sexe masculin chez les sujets de 50 ans et plus.

Il est tout à fait possible d'affirmer que l'excès de personnes âgées de sexe masculin sur celles de sexe féminin est du d'une part au fait que le médecin de Ntosoni est un homme, d'autre part aux opérations qu'il effectue et qui pour la plupart concernent des hernies et des hydrocèles, donc des affections concernant les hommes de plus de 50 ans.

La comparaison entre la pyramide des âges des personnes traitées au cabinet et celle de la population malienne vivant en zone rurale permet de constater une nette sous représentation des enfants de 1 à 14 ans, qui est compensée par une surreprésentation des enfants de moins de 1 an et des adultes, particulièrement de ceux de 50 ans et plus.

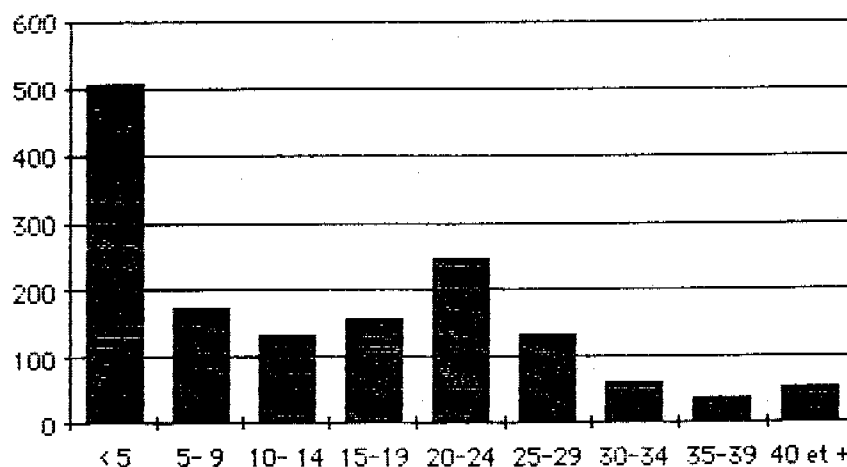
	%		
	NTOSONI	MALI	NTOSONI/MALI
< 1 an	5,1	3,59	1,42
1 - 4 ans	7,5	14,75	0,51
5 - 14 ans	8,9	25,4	0,3
15 - 49 ans	61	43,71	1,39
50 ans et +	17,5	12,34	1,42

Tableau 19: Comparaison entre la pyramide des âges des personnes traitées au cabinet et celle de la population malienne vivant en zone rurale.

d) Variations selon la distance entre le lieu de résidence et le cabinet:

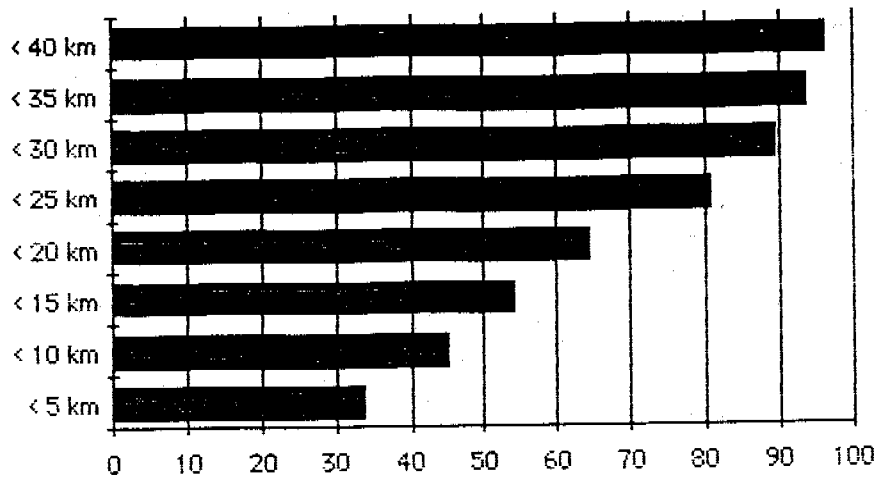
Distances	CONSULTANTS			NOUVEAUX EPISODES		ANCIENS EPISODES	
	Nombre	%	% cumulé	Nombre	%	Nombre	%
Ntsoni = 0 km	431	28,4	28,4	466	29,3	108	26
Hors Ntsoni < 5 km	80	5,3	33,7	80	5	13	3,1
5 - 9 km	175	11,5	45,2	181	11,4	31	7,5
10 - 14 km	136	8,9	54,1	147	9,2	47	11,3
15 - 19 km	158	10,4	64,5	163	10,3	61	14,7
20 - 24 km	247	16,2	80,7	251	15,8	70	16,9
25 - 29 km	134	8,8	89,5	136	8,6	38	9,2
30 - 34 km	64	4,2	93,7	68	4,3	24	5,8
35 - 39 km	39	2,6	96,3	42	2,6	17	4,1
40 km et plus	56	3,7	100	55	3,5	6	1,4
Sous total	1520	100		1589	100	415	100
Distance non connue	12			9		0	
Total	1532			1598		415	

Tableau n°20: Evolution du nombre de consultants, de nouveaux épisodes et d'anciens épisodes selon la distance entre le lieu de résidence et le cabinet.



Graphique n°7: Evolution du nombre de consultants selon la distance entre le lieu de résidence et le cabinet.

L'étude de ce graphique montre le rôle réel de la distance qui agit de façon négative sur la fréquentation des consultations de médecine générale. Il confirme le fait que le centre draine des malades jusqu'à quarante (40) kilomètres et même au delà (3,7 % d'entr' eux).



Graphique n°8: Variations du nombre cumulé de consultants selon la distance.

La lecture du tableau n°20 et du graphique n°8 permet de constater que plus de la moitié des consultants habitent des villages situés à moins de 15 km de Ntosoni, les deux tiers à moins de 20 km et 80 % à moins de 25 km.

e) Variations selon la distance et la population:

	Nombre de villages	Population		Nombre consultants	Nombre Nouveaux épisodes	Taux d'attraction	Nombre cumulé	Taux cumulé
		totale	cumulée					
< 3 km (Ntosoni)	1	2886	2886	431	466	0,15	431	0,15
3 - 4 km	1	2183	5069	80	80	0,04	511	0,1
5 - 9 km	8	6969	12038	183	190	0,03	694	0,06
10 - 14 km	6	5163	17201	132	143	0,03	826	0,05
15 - 19 km	11	17584	34785	195	200	0,01	1021	0,03
20 - 24 km	6	9966	44751	170	173	0,02	1191	0,03
25 - 29 km	4	3124	47875	14	14	0,004	1205	0,03
Total	37	47875		1205	1266			

Tableau n°21: Variations du nombre de consultants selon la distance et selon la population.

N.B: Ces données ne concernent que la liste des villages définie par le cercle de 20 km de rayon tracé sur une carte.

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, l'attraction des consultations s'exerce principalement sur les habitants de Ntosoni.

On remarquera que cette diminution des taux d'attraction en fonction de la distance est considérable, puisque le taux d'attraction est 5 fois plus élevé à Ntosoni que dans les villages situés entre 5 et 9 km de ce village.

On remarquera également que ces taux d'attraction sont extrêmement faibles: ils montrent d'une part que des efforts très importants doivent encore être faits vis à vis de la population du village de Ntosoni, d'autre part qu'il est urgent que le médecin développe ses consultations foraines: en effet seul le fait de se rendre périodiquement au devant des populations sera en mesure de créer une demande de services et donc de développer un marché.

L'étude du taux d'attraction des populations vivant en deçà d'une distance donnée permet d'obtenir les variations suivantes:

	Taux d'attraction
< 3 km	0,15
< 5 km	0,1
< 10 km	0,06
< 15 km	0,05
< 20 km	0,03
< 25 km	0,03
< 30 km	0,03

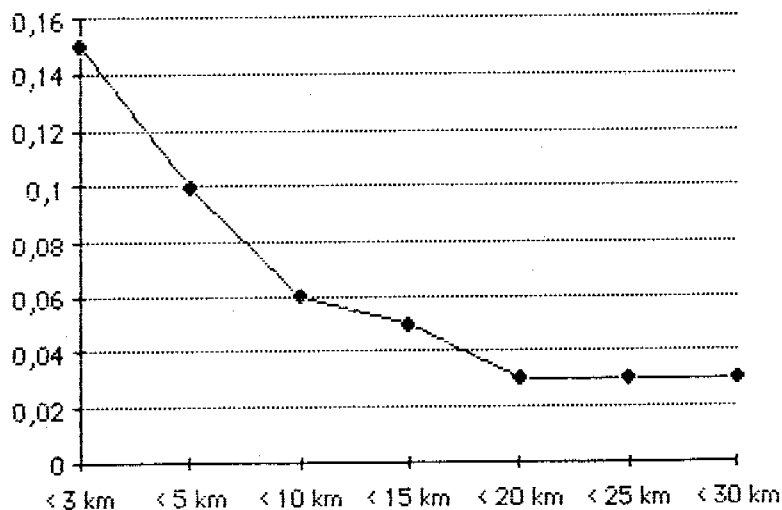


Tableau n°22 et graphique n°9: Variations du taux d'attraction par le cabinet sur la population vivant à moins d'une distance donnée.

L'examen du graphique n°9 est particulièrement éloquent: il montre le caractère exponentiel de la décroissance du taux d'attraction en fonction de la distance.

A 10 km du cabinet, le taux de fréquentation du cabinet a déjà diminué de plus de la moitié !

L'étude du taux d'attraction des populations situées au niveau de certains intervalles de distance permet d'obtenir les résultats suivants:

	Taux d'attraction
< 3 km	0,15
3 - 4 km	0,04
5 - 9 km	0,03
10 - 14 km	0,03
15 - 19 km	0,01
20 - 24 km	0,02
25 - 29 km	0,004

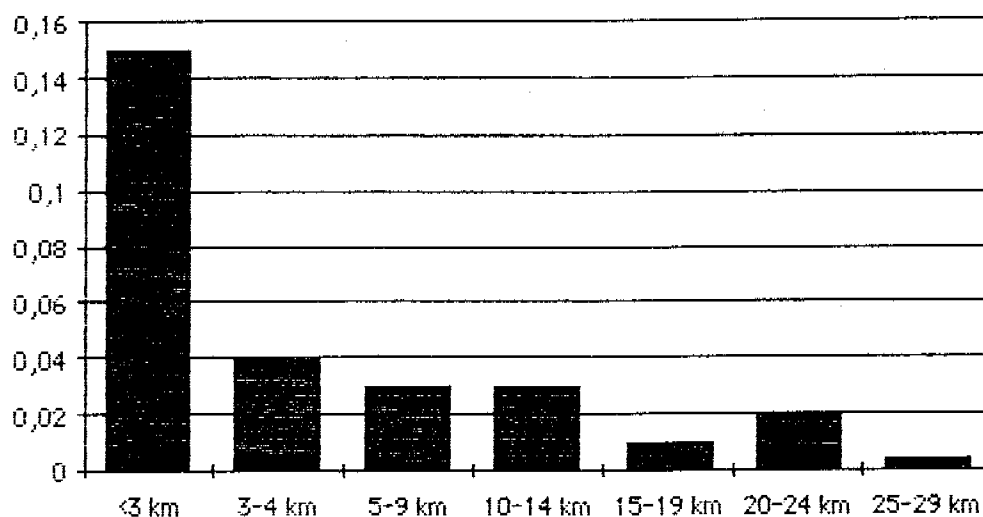


Tableau n°23 et Graphique n°10: Variation du taux d'attraction par le cabinet sur la population vivant au niveau de certains intervalles de distance.

Là encore la chute rapide du taux d'attraction en fonction de la distance est mise en évidence.

* Les consultations foraines

Elles ont débuté le 2 Septembre 1990 et n'ont donc pas pu influencer les données figurant dans ce travail.

Elles ont pour but de répondre aux problèmes de distance. Le nombre des consultants enregistré dans les villages concernés jusqu'à la date du 11 Novembre 1990 a été le suivant:

M'pessoba (3 passages) :	4 consultants
Miéna (3 passages)	17 consultants
Konséguéla (2 passages)	15 consultants
Finzankoro (1 passage)	4 consultants
Péguéna (1 passage)	10 consultants

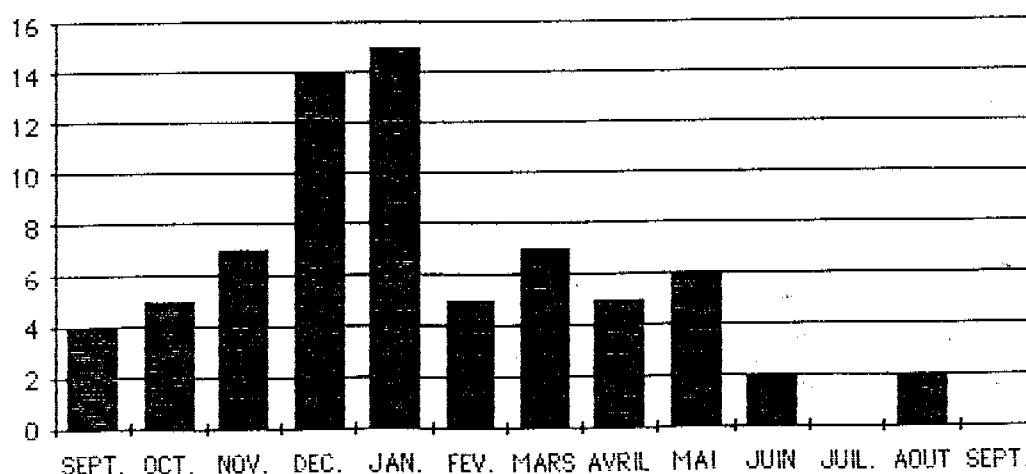
Ces chiffres qui sont encore très limités témoignent de la nécessité de multiplier les contacts du médecin avec la population.

4-1-2- Interventions chirurgicales

a) Variations selon leur nature et le mois de l'année:

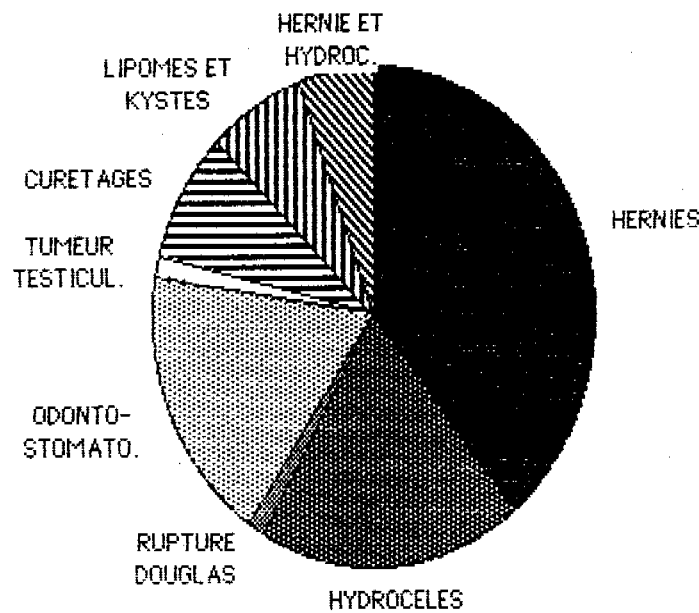
NATURE DES INTERVENTIONS	NATURE DES INTERVENTIONS												TOTAL	%	
	SE.	OC.	NO.	DE.	JA.	FE.	MA.	AV.	MA.	JU.	JU.	AO.			
HERNIES	0	2	4	9	7	1	0	1	3	1	0	0	0	28	39
HYDROCELES	0	0	1	0	1	2	4	4	1	1	0	0	0	14	19,4
ODONTO-STOMATO.	0	3	1	0	3	1	2	0	1	0	0	2	0	13	18
CURETAGES	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	8,3
LIPOMES, KYSTES,	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	7
HERNIE + HYDROC.	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	5,5
RUPTURE DOUGLAS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4
TUMEUR TESTICUL.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4
TOTAL	4	5	7	14	15	5	7	5	6	2	0	2	0	72	100

Tableau n°24 : Evolution du nombre des interventions effectuées tout au long des 12 premiers mois d'activité du cabinet.



Graphique n°11 : Evolution du nombre des interventions effectuées tout au long des 12 premiers mois d'activité du cabinet.

Alors que l'on assistait à une évolution croissante du nombre des interventions au cours des trois premiers mois, une chute s'est produite en Février; elle est d'autant plus difficile à expliquer qu'elle correspond à la fin des travaux champêtres, c'est à dire au moment où les paysans sont les plus disponibles. Le remplacement du médecin par un collègue explique l'absence de cas au mois de Juillet.



Graphique n°12: Répartition des interventions selon leur nature.

On peut constater la prédominance des interventions pour hernies accompagnées ou non d'hydrocèle (44.5%) et pour hydrocèles accompagnées ou non de hernies (25%).

Ceci correspond certainement à une réalité épidémiologique, mais aussi au fait que ces interventions peuvent se faire sous anesthésie locale et correspondent particulièrement aux compétences du médecin de Ntosoni.

b) Variations selon la distance:

NATURE INTERVENTION	DISTANCE VILLAGE - CABINET				TOTAL
	< 5 km	5 - 14 km	15 km et +	non précis	
HERNIES	2	1	25	0	28
HYDROCELES	1	2	11	0	14
ODONTO-STOMATOLOGIE	9	1	3	0	13
CURETAGES	3	3	0	0	6
LIPOMES, KYSTES, ...	1	1	3	0	5
HERNIE + HYDROCELE	0	1	3	0	4
RUPTURE DU DOUGLAS	0	0	0	1	1
TUMEUR TESTICULAIRE	0	0	1	0	1
TOTAL	16	9	46	1	72
%	22	13	64	1	100

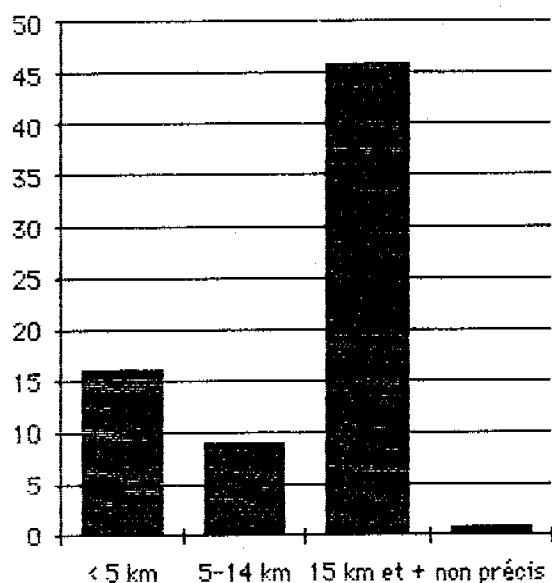


Tableau n°25 et graphique n°13: Origine des personnes opérées au cabinet en fonction de la distance.

A la lecture du graphique n°13 il apparait que la très grande majorité des malades opérés (64 %) viennent d' au delà de 15 km.

Cependant l'étude de la variation du ratio "nombre d'intervention/population" qui figure dans le tableau n°26 montre la prédominance des malades opérés vivant à proximité du cabinet médical.

	< 5 km	5-14 km
Nb. d'interventions	16	9
Population	5069	11433
Ratio Nb. interventions/distance	31,5	7,9

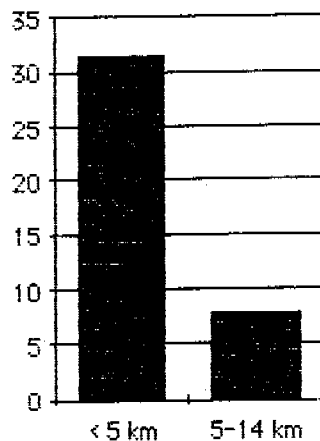


Tableau n°26 et graphique n°14 : Variations du ratio Nombre d'intervention/Population de référence.

Il n'a malheureusement pas été possible de conclure sur l'attraction des interventions chirurgicales au delà de 15 km par manque d'informations sur l'importance de la population de référence.

c) Variations selon les suites opératoires:

	Bonnes	Complicées	Total	%
Hernies	25	3	28	10
Hernies + hydrocèle	4	0	4	0
Hydrocèles	14	0	14	0
Tumeur testiculaire	1	0	1	0
Kystes-lipomes	4	1	5	20
Curetages	5	1	6	16,7
Odontostomatologie	13	0	13	0
Rupture Douglas	1	0	1	0
Total	67	5	72	6,9

Tableau n°27 : Répartition des suites opératoires selon le type d'intervention.

L'analyse du tableau n°27 montre le faible taux de complications survenues au décours des interventions.

Les cinq qui ont été constatées ont été dûes à des infections de la plaie opératoire.

4-1-3- Les accouchements

Pendant la première année d'activités du cabinet, 96 accouchements y ont été effectués.

Malgré la présence d'une matrone rurale qui jusqu'à l'installation du médecin assistait elle même les accouchements, le médecin affirme avoir effectué personnellement la majorité des accouchements ayant eu lieu à la maternité. Cette information n'a cependant pas été consignée dans le registre d'accouchements.

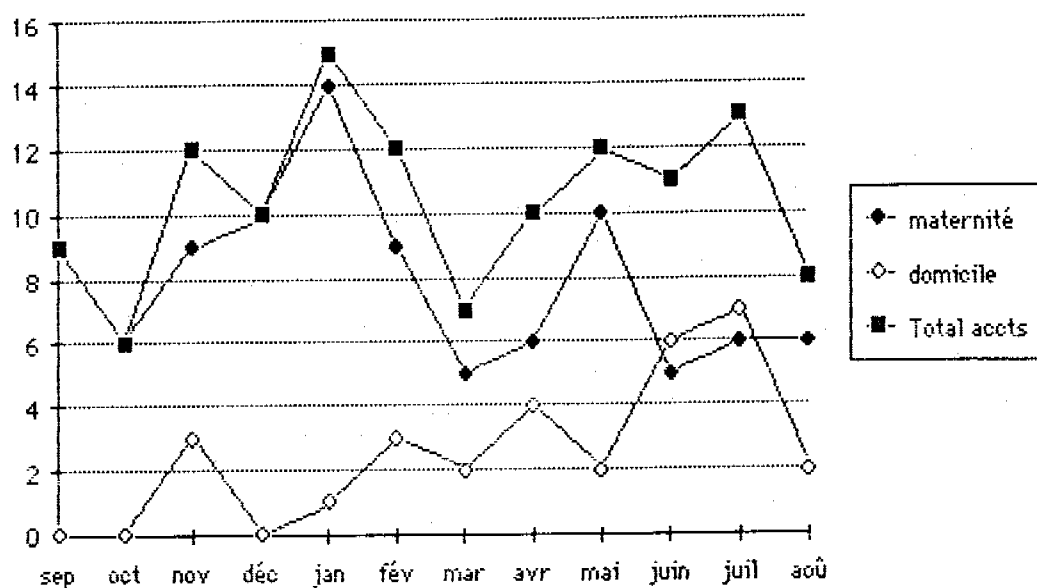
Ce chiffre est nettement supérieur aux 37 accouchements attendus par l'étude de faisabilité.

Cependant, on ne doit pas oublier que la maternité fonctionne déjà depuis plusieurs années, alors que l'étude de faisabilité considérait qu'il s'agissait d'une activité nouvelle.

a) Etude selon le mois:

lieu d'accouch.	sep	oct	nov	dec	jan	fev	mar	avr	mai	juin	juil	aoû	sep	total
maternité	9	6	9	10	14	9	5	6	10	5	6	6	1	96
domicile	0	0	3	0	1	3	2	4	2	6	7	2	0	30
Total	9	6	12	10	15	12	7	10	12	11	13	8	1	126

Tableau n°28: Variations du nombre d'accouchements à la maternité et à domicile déclarés selon les mois.



Graphique n°15: Variations du nombre d'accouchements déclarés selon les mois de Septembre 1989 à Août 1990.

On peut constater une augmentation croissante du nombre d'accouchements à domicile déclarés, tandis que la somme des deux types d'accouchement est à peu près constante.

L'explication la plus probable concerne des erreurs d'inscription qui ont indiqué que certains accouchements avaient eu lieu à la maternité, alors qu'ils avaient eu lieu à domicile. IL semble en effet que l'intérêt du médecin pour la maternité ne s'est développé qu'au bout de quelques mois, ceci expliquant cela.

b) Etude selon les villages ayant fréquenté la maternité:

	Distance	Population	Accouch. théor.	Accouch. enregistrés			Taux d'accouch.	
				au centre	à domic.	Total	au centre	enregist.
Mtsoni	< 2 km	2886	130	86	30	116	0,66	0,89
Zantona	7 km	699	31	5	0	5	0,16	0,16
Nianabougou	9 km	321	15	2	0	2	0,13	0,13
Bambougou	9 km	484	22	2	0	2	0,09	0,09
Konséguéla	23 km	3366	151	1	0	1	0,006	0,06
Total		7762	349	96	30	126	0,27	0,36

Tableau n°29: Taux d'attraction du cabinet sur les accouchements selon le village d'origine des femmes enregistrées.

Seules les femmes de cinq villages se sont rendues à la maternité pour y accoucher (ou peut être pour y déclarer la naissance de leur enfant). Les chiffres d'attraction sont une fois encore inversement proportionnels à la distance qui sépare les villages de Ntosoni. Ce tableau montre également que seulement les deux tiers des femmes de Ntosoni viennent accoucher à la maternité.

c) Etude selon l'ensemble de la population cible

DISTANCE	Popul.	Accouch. théor.	Accouch. enregistrés			Taux d'accouch.	
			au centre	à domicile	Total	au centre	enregist.
< 5 km	5069	228	86	30	116	37,7	50,9
5-9 km	6969	314	9	0	9	2,9	2,9
10-14 km	5163	232	0	0	0	0	0
15-19 km	17584	791	0	0	0	0	0
20-24 km	9966	448	1	0	1	0,2	0,2
TOTAL	44751	2013	96	30	126	4,8	6,3

Tableau n°30 : Taux d'attraction du cabinet sur les accouchements selon la distance séparant la population cible de Ntosoni.

Si l'on rapporte ces accouchements à l'ensemble de la population cible, c'est à dire à tous les accouchements survenus pendant la même période dans les villages situés à moins de 25 km de distance du cabinet, on peut affirmer l'absence d'impact de la maternité au delà de son village d'implantation.

On doit par ailleurs insister sur le fait que seulement 37 % des accouchements survenus dans la population vivant à moins de 5 km de Ntosoni ont accouché au cabinet. L'existence d'une maternité rurale à Karagouana situé à 3 km de Ntosoni explique une partie de cette sous fréquentation.

Il faut enfin rappeler que la plupart des villages de la zone d'influence du cabinet dispose d'une accoucheuse traditionnelle recyclée.

4-1-4-Les consultations prénatales

Contrairement aux propositions faites par le médecin dans l'étude de faisabilité, elles ont été effectuées en totalité par la matrone, dans les locaux de la maternité (Réf: 6).

Elles ont été limitées au seul Vendredi, qui correspond au jour de foire de Ntosoni.

a) Variations selon le mois:

		Sept. à Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aoû.	Sep.	Total
Nouvelles consultantes	Nb.	0	6	6	20	3	3	6	8	0	52
	%	0	11,5	11,5	38,5	6	6	11,5	15	0	100
Consultations prénatales	Nb.	0	6	20	36	28	21	16	15	0	142
	%	0	4	14	25	20	15	11	11	0	100

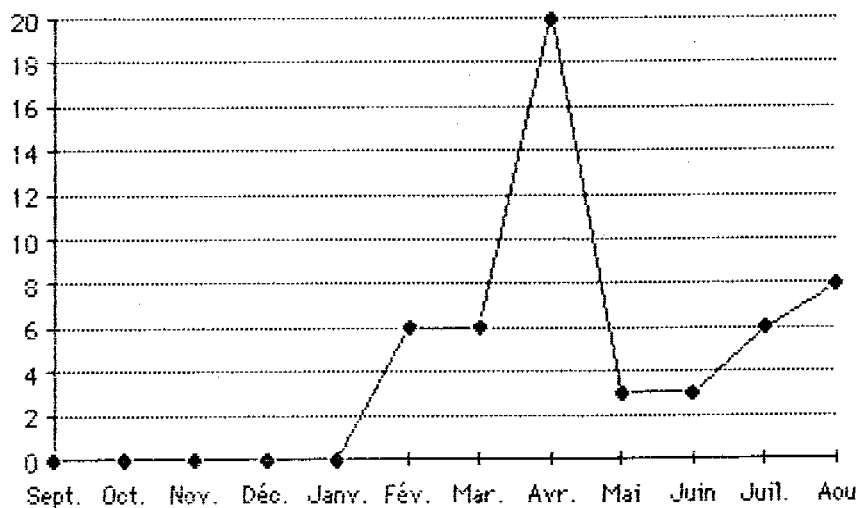


Tableau n°31 et graphique n°16 : Evolution du nombre de consultantes et des consultations prénatales effectuées par le cabinet au cours de ses 12 premiers mois d'activités.

Ces consultations prénatales n'ont en fait débuté qu'en Février 1990 et à l'exception du mois d'Avril au cours duquel elles ont connu un véritable afflux, elles se sont maintenues entre 3 et 8 nouvelles consultantes par mois.

b) Variations selon la distance de la fréquentation des consultations prénatales.

-Etude selon les villages dont des femmes enceintes ont fréquenté les prénatales:

Villages	Distances	Populations	Grossesses théoriques	Consultantes		Consultations		Taux d'attraction
				Nombre	%	Nombre	%	
Ntosoni	0 km	2886	133	42	80,8	123	86,6	0,32
Zantona	7 km	699	32	5	9,6	14	9,9	0,16
Kela	9 km	1123	52	1	2	1	0,7	0,02
Bamana	10 km	498	23	2	3,8	2	1,4	0,09
Kenséquela	23 km	3366	155	2	3,8	2	1,4	0,01
Total		8572	395	52	100	142	100	0,13

Tableau n°32: Variations du taux d'attraction des consultations prénatales sur la population des villages les ayant fréquentées.

(NB: Les effectifs théoriques ont été calculés sur la base d'une durée de 3 mois).

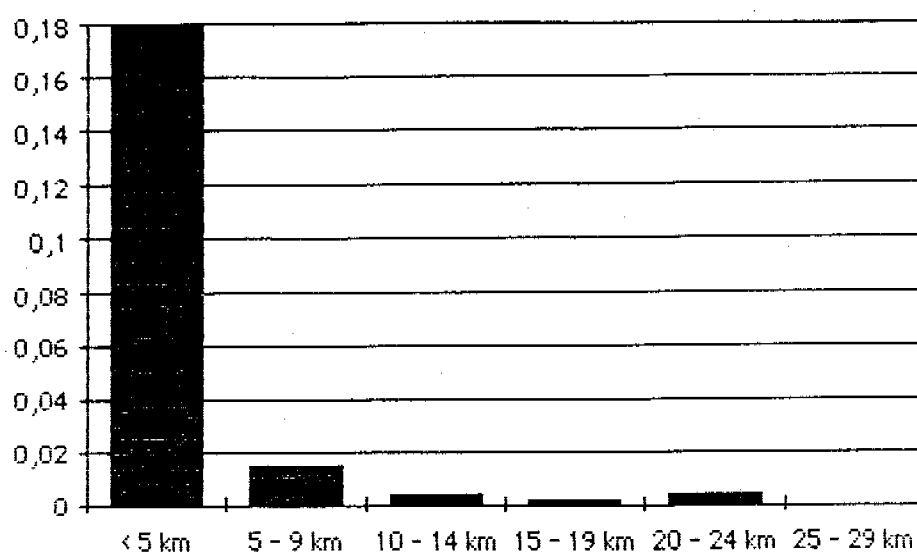
Seules les femmes de 5 villages ont fréquenté les consultations prénatales. Le rôle négatif de la distance sur l'attraction de cette activité est une fois encore très visible.

On peut également remarquer que seulement le tiers des femmes enceintes de Ntosoni se sont rendues en prénatales.

-Etude selon la population cible (population vivant à moins de 30 km du cabinet):

DISTANCES	POPULATION	Consultantes		Taux d'attraction
		Théorique	Examinées	
< 5 km	5069	233	42	0,18
5 - 9 km	6969	320	5	0,015
10 - 14 km	5163	237	1	0,004
15 - 19 km	17584	809	2	0,002
20 - 24 km	9966	458	2	0,004
25 - 29 km	3124	144	0	0
Total	47875	2201	52	0,023

Tableau n°33: Variations du taux d'attraction des consultations prénatales selon la distance.



Graphique n°17: Variations du taux d'attraction des consultations prénatales selon la distance

La lecture du tableau n°33 et du graphique n°17 montre de façon très claire que les consultations prénatales n'ont aucun impact sur les femmes enceintes vivant en dehors du village d'implantation du cabinet.

4-1-5- Références de malades vers des Centres spécialisés

Au cours de cette période d'activités, 117 malades ont été orientés par le médecin vers des formations sanitaires publiques.

Il s'est agi d'affections nécessitant les compétences de centres spécialisés, telles que tumeurs digestives, prolapsus génitaux, dystocies,...

Leur nombre a suivi l'évolution suivante:

DESTIN.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aoû.	Sep.	Total	%
Koutiala	2	0	4	9	9	13	12	22	19	5	2	2	0	99	85
Bamako	1	4	3	0	1	1	2	2	1	1	0	2	0	18	15
Total	3	4	7	9	10	14	14	24	20	6	2	4	0	117	100

Tableau n°34: Variations du nombre de références selon les mois.

La lecture du tableau n°34 nous apprend que 85 % des évacuations de malades partant du cabinet médical de Ntosoni ont été orientés vers le Centre de Santé de Cercle de Koutiala qui est à 60 km. Les autres 15 % ont été orientés vers les hôpitaux de la capitale. L'hôpital régional de Sikasso qui n'est qu'à 200 km du cabinet et qui dispose de certains services spécialisés n'a donc pas été sollicité par le médecin de Ntosoni. Ces références de malades ont représenté 7,6 % de l'ensemble des consultants; leurs variations figurent dans le tableau n°35 et au niveau du graphique n°18:

	Références	Consultants	Références /consultants(%)
Septembre	3	102	2,94%
Octobre	4	88	4,54%
Novembre	7	72	9,72%
Décembre	9	96	9,37%
Janvier	10	121	8,26%
Février	14	157	8,92%
Mars	14	203	7%
Avril	24	153	15,70%
Mai	20	201	10%
Juin	6	132	4,54%
Juillet	2	93	2,15%
Août	4	106	3,77%
Septembre	0	8	0%
Total	117	1532	7,63%

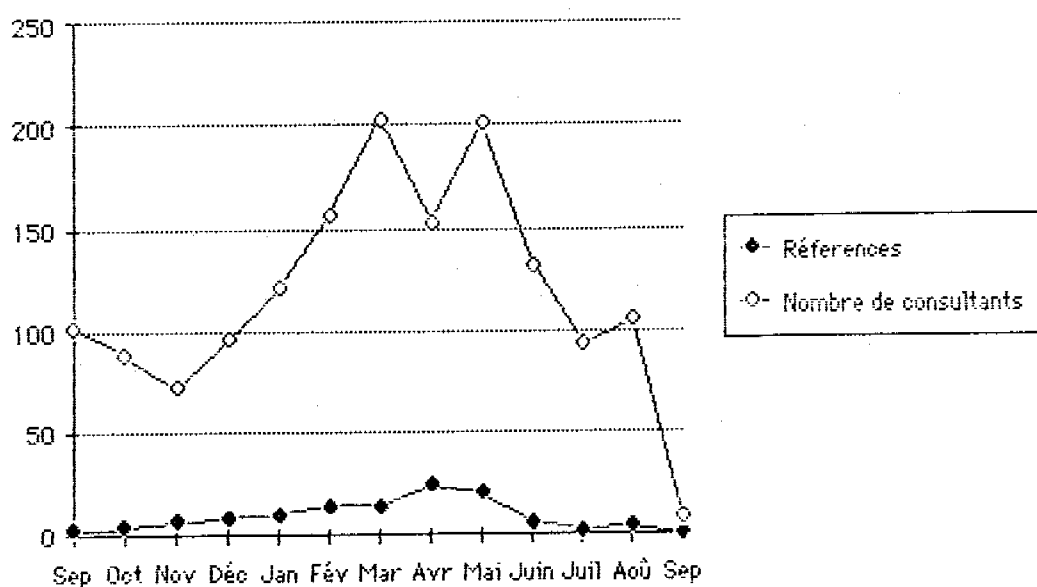


Tableau n°35 et Graphique n°18: Etude comparée des références et des consultations effectuées au niveau du cabinet pendant sa première année de fonctionnement.

L'importance des références de malades vers de Centres plus spécialisés semble bien épouser celle du nombre de consultants dans son ensemble.

4-1-6-Les examens de laboratoire

Leurs variations au cours de l'année figurent dans le tableau n°36.

	Selles P.O.K	Parasites urinaires	Snipp	Glycosurie	TOTAL
Sept.	0	0	0	0	0
Oct.	5	4	0	0	9
Nov.	0	0	0	0	0
Déc.	1	2	2	0	5
Janv.	8	1	0	0	9
Fév.	6	0	0	0	6
Mars	2	2	0	0	4
Avril	1	1	0	1	3
Mai	0	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0	0
Juil.	0	0	0	0	0
Aout	0	0	0	0	0
Sept.	0	0	0	0	0
Total	23	10	2	1	36

Tableau n°36: Evolution des activités de laboratoire pendant les 12 premiers mois d'activité du cabinet.

Ne parvenant pas à obtenir de résultats positifs, le médecin s'est mis à douter de la qualité de ses techniques et a décidé de ne plus faire d'examens biologiques au cours du mois d'Avril.

4-2-Bilan financier

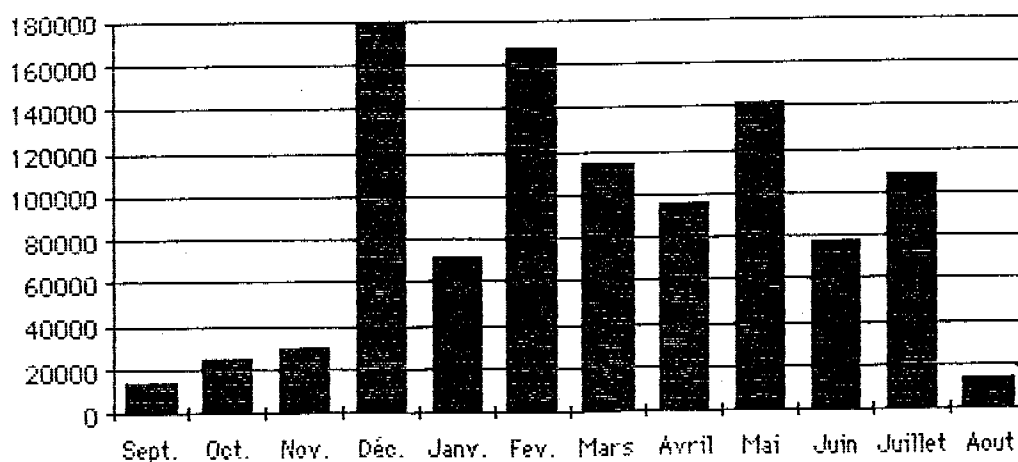
4-2-1- Les ressources

* Les recettes

L'évolution des recettes enregistrées au cours de cette première année d'activité du cabinet figure dans le tableau n°37 et le graphique n°19:

	Consulta- -tions	Petite chirurgie	Actes dentaires	Actes de laboratoire	Accouche- -ments	Soins infirmiers	Total
De Sept à Nov	?	?	?	?	?	?	70000
Déc.	?	?	?	?	13500	?	180000
Jan.	20000	20000	3000	5000	12000	12300	72300
Fév.	32000	106500	1500	2500	13750	12100	168350
Mars	34500	56000	2500	0	7500	15300	115800
Avril	28000	49000	3000	0	10000	9600	99600
Mai	44000	72500	1500	0	12500	11800	142300
Juin	24500	30000	0	0	12500	11150	78150
Juil	?	?	?	0	14750	?	109000
Août	?	0	0	0	8500	6400	14900
Sept	1500	0	0	0	0	?	1500
Total	184500	334000	11500	7500	105000	78650	1051900

Tableau n°37: Evolution des recettes enregistrées par activité.



Graphique n°19: Evolution des recettes enregistrées au cours de la première année de fonctionnement du cabinet.

Au cours de cette première année d'exercice, le médecin a obtenu un total de recettes en espèces de 1 051 900 F. CFA. A cela doivent s'ajouter les paiements en nature (une quarantaine de poulets, un mouton, 100 kg de céréales.) et des crédits qui ont été accordés à certains malades et qui nous le verrons plus tard, se sont élevés à 188 980 F. CFA.

C'est au mois de Décembre qu'a été enregistré le maximum de recettes puisque son montant s'est élevé à 180 000 F. CFA.

* Origine de ces recettes

La répartition des recettes enregistrées par types d'activité figure dans le tableau n°38:

	Consulta- -tions	Petite Chirurgie	Actes dentaires	Actes de labo.	Accouche- -ments	Soins infirm.	Total
Janv.	20000	20000	3000	5000	12000	12300	72300
%	27,7	27,7	4,1	6,9	16,6	17	
Fév.	32000	106500	1500	2500	13750	12100	168350
%	19	63,2	1	1,5	8,1	7,2	
Mars	34500	56000	2500	0	7500	15300	115800
%	29,8	48,3	2,2	0	6,5	13,2	
Avril	28000	49000	3000	0	10000	9600	96600
%	28,7	49,2	3	0	10	9,6	
Mai	44000	72500	1500	0	12500	11800	142300
%	30,9	51	1	0	8,8	8,3	
Juin	24500	30000	0	0	12500	11150	78150
%	31,3	38,4	0	0	16	14,3	
Total	183000	334000	11500	7500	68250	72250	676500
%	27	49,4	1,7	1,1	10,1	10,7	

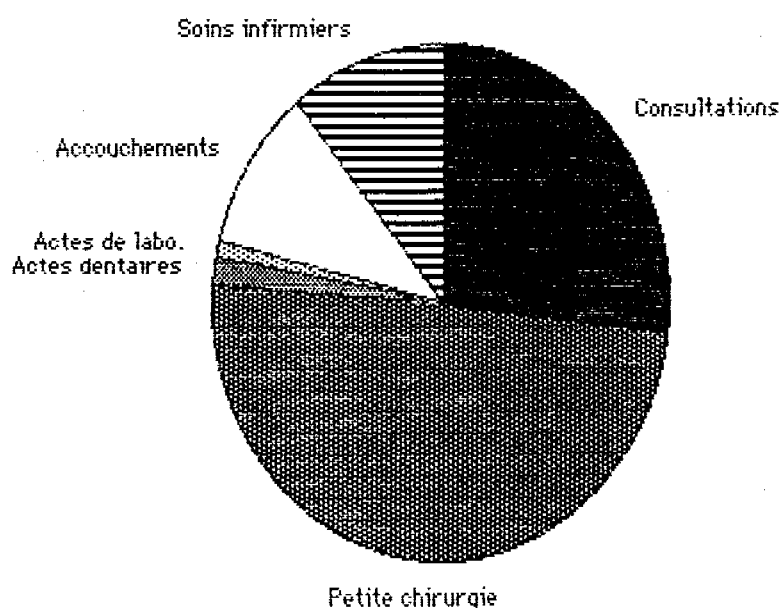


Tableau n°38 et graphique n°20 : Origine des recettes.

(l'insuffisance de la comptabilité n'a pas permis d'analyser les 4 premiers mois d'activité).

Près de la moitié des recettes effectives ont été dues aux activités de petite chirurgie. Viennent ensuite les activités de médecine générale qui regroupent consultations et soins infirmiers. Elles qui devraient normalement constituer l'essentiel des recettes n'en représentent en fait que 37,7 %.

Il faut rappeler que compte tenu de leur nouveauté, les consultations foraines n'ont pas influencé ce bilan financier. Elles n'ont occasionné qu'une recette de 2 800 F. pour une dépense de 2 050 F. CFA.

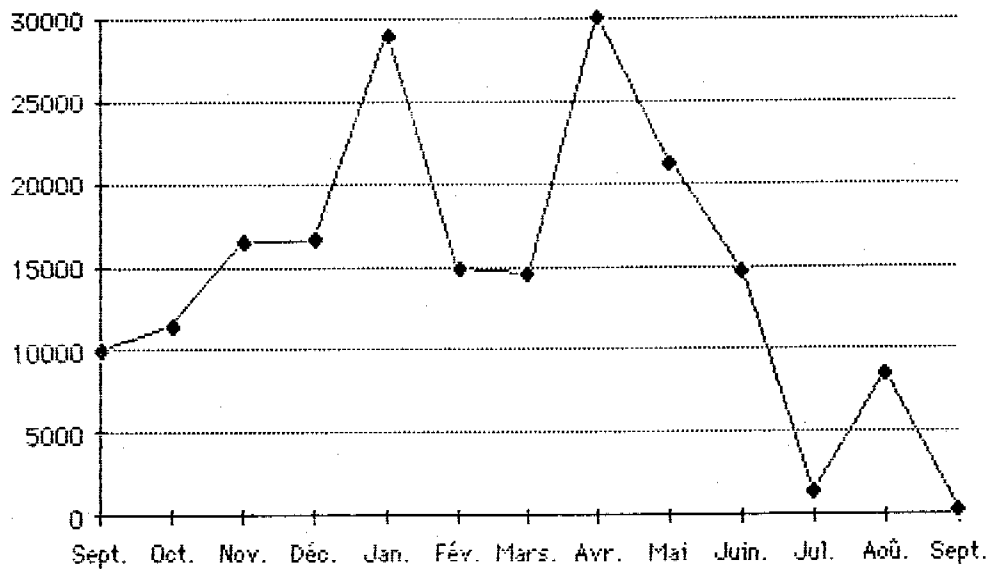
* Les créances sur malades

De nombreux malades ont obtenu du médecin qu'il leur fasse crédit. La plupart d'entr'eux ne se sont jamais acquittés de leurs dettes.

Leur montant a suivi l'évolution suivante:

	Soins				Total	TOTAL CUMULE
	Infirmiers	Consultations	Petite chirurgie	Autres		
Sept.	0	400	9000	600	10000	10000
Oct.	0	600	10000	900	11500	21500
Nov.	0	500	15000	1000	16500	38000
Déc.	0	5450	11180	0	16630	54630
Jan.	3700	4000	20000	1200	28900	83530
Fév.	3400	1500	10000	0	14900	98430
Mars	5700	3500	0	5250	14450	112880
Avr.	2000	3000	25000	0	30000	142880
Mai	16950	3000	0	1250	21200	164080
Juin	2150	6500	0	0	14650	178730
Jul.	?	?	?	1500	1500	180230
Août.	3500	3500	0	1500	8500	188730
Sept.	250	0	0	0	250	188980
Total	43650	31950	100180	13200	188980	

Tableau n°39: Evolution des créances sur malades apparues au cours de la première année d'activités.



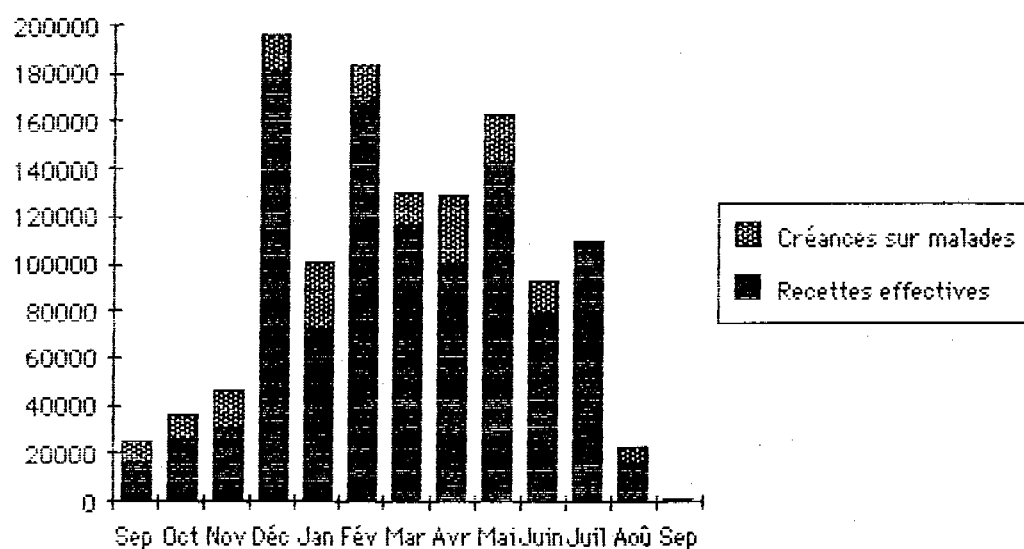
Graphique n°21 : Evolution des créances sur malades apparues au cours de la première année d'activités.

L'analyse du tableau n°39 et du graphique n°21 nous enseigne que c'est pendant les mois de Janvier et d'Avril 1990 que le médecin a accordé le plus de crédits aux malades. Ceci est surprenant en ce qui concerne le mois d'Avril, car à cette période, les revenus provenant de la commercialisation du coton avaient déjà été acquis par les paysans. Par ailleurs la chute des crédits au mois de Juillet s'explique par le remplacement du médecin de Ntosoni par un de ses collègues.

Cette étude des créances accordées aux malades nous a permis de faire une projection des recettes théoriques du médecin dans le tableau qui suit:

	Recettes effectives	Créances sur malades	Recettes théoriques	%
De Sept. à Nov.	70000	38000	108000	8,7
Décembre	180000	16630	196630	15,8
Janvier	72300	28900	101200	8,2
Février	168350	14900	183250	14,8
Mars	115800	14450	130250	10,5
Avril	99600	30000	129600	10,4
Mai	142300	21200	163500	13,2
Juin	78150	14650	92800	7,5
Juillet	109000	1500	110500	8,9
Août	14900	8500	23400	1,9
Septembre	1500	250	1750	0,1
Total	1051900	188980	1240880	100

Tableau n°40: Evolution des recettes effectives et théoriques au cours des 12 premiers mois d'activités.



Graphique n°22: Evolution des recettes théoriques au cours des 12 premiers mois d'activités.

L'analyse du tableau n°40 et du graphique n°22 nous permet de voir que ce sont les mois de Décembre, Février et Mai qui ont permis d'enregistrer les recettes les plus élevées. L'importance des activités de petite chirurgie permet d'expliquer les chiffres élevés du mois de Décembre.

* Etude des consultations foraines

Debutées tardivement par le médecin, leur évolution figure dans les tableaux n°41 et n°42:

	Nb. Consultants	Recettes	Dépenses	Solde
Sept.	28	19600	10650	8950
Oct.	16	11200	3500	7700
Nov.	6	4200	2700	1500
Total	50	35000	16850	18150

Tableau n°41 : Résultats financiers des consultations foraines selon les mois
(non compris l'amortissement du matériel utilisé)

VILLAGES	Nbre. de sorties	Consultants	Recettes	Dépenses	Solde
Mpessoba	3	4	2800	5350	-2550
Konséquéla	2	15	10500	2000	8500
Péguéna	1	10	7000	3300	3700
Mièna	3	17	11900	3900	8000
Fizankoro	1	4	2800	2300	500
Total	10	50	35000	16850	18150

Tableau n°42 : Résultats financiers des consultations foraines selon les lieux de consultation
(non compris l'amortissement du matériel utilisé)

Ces consultations sont beaucoup trop récentes pour qu'on puisse tirer la moindre conclusion.

L'examen de ces tableaux montre cependant qu'elles sont réalisables techniquement.

4-2-2- Les dépenses

Compte tenu des insuffisances de la gestion du médecin de Ntosoni, il ne nous a pas été possible de faire état des dépenses effectuées au cours de cette première année de fonctionnement du cabinet. Nous savons seulement que le médecin a une charge fixe de 32 500 F. CFA constituée par les salaires du personnel (15 000 F. pour l'Aide Soignant et 7 500 F. pour la matrone) et les frais de location du Centre (5 000 F. pour la maternité et 5 000 F. pour le dispensaire).

Le médecin n'ayant commencé à régler ses frais de location qu'à partir de Janvier 1990, ces charges fixes ont représenté pour lui une dépense de 350 000 F. au cours de sa première année d'activité dont 270 000 F. de salaire et 80 000 F. de frais de location.

4-3-Evaluation de la connaissance du cabinet médical par la population environnante.

4-3-1-Objectifs

Cette enquête s'est donnée pour objectifs de savoir quel était le degré de connaissance et la perception du cabinet médical par la population vivant dans un rayon de 30 km alentour.

4-3-2-Méthode

Pour procéder à cette évaluation, nous avons procédé au tirage au sort selon la méthode des effectifs cumulés de 8 grappes, dont les membres devaient être représentatifs de l'ensemble de la population concernée.

La population enquêtée s'est répartie de la façon suivante:

Distances	Villages	Population	15-29 ans		30-49 ans		50 ans et +		Total
			M	F	M	F	M	F	
<5km	Riesoni	2886	2	1	1	2	2	1	9
	Karagouena	2183	1	2	1	1	1	0	6
5-9km	Zantona	699	2	2	1	1	1	1	8
	Nonobougou	327	2	2	1	1	2	1	9
10-14km	Sagotéle	1900	2	3	2	2	1	2	12
15-19km	Mpessoba	6266	5	4	4	3	2	2	20
	Zangorele	1431	4	4	3	3	2	2	18
20-29km	Mpélékossa	976	4	4	3	3	2	2	18
TOTAL		16668	22	22	16	16	13	11	100

Tableau n°43: Répartition de la population enquêtée selon la distance, selon le village, selon le sexe et l'âge.

Pour procéder à l'enquête, nous avons établi les critères suivants:

-Concernant la fréquentation du cabinet:

A été considérée comme ayant fréquenté le cabinet toute personne qui s'y est rendue soit pour se faire examiner, soit pour accompagner un malade.

-Concernant l'existence du cabinet:

Elle a été considérée comme :

.connue, lorsque ont été connus: la qualification du médecin, les services produits au niveau du cabinet, le statut privé du médecin;

.mal connue, lorsque seulement une ou au plus deux de ces trois informations ont été correctement données par la personne enquêtée;

.inconnue, lorsqu'aucune des trois informations n'a été fournie.

-Concernant la connaissance des tarifs:

Elle a été considérée comme:

.exacte, lorsque plus de trois tarifs ont été correctement connus par la personne enquêtée;

.bonne, lorsqu'un ou deux tarifs ont été correctement connus;

.mauvaise, lorsque les tarifs ont été donnés de façon approximative ou avec erreurs;

.nulle, lorsque la personne n'a eu aucune idée des tarifs.

-Concernant les opinions à l'égard du cabinet:

L'opinion à l'égard du cabinet a été considérée comme:

.bonne, lorsqu'une bonne appréciation a été faite sur la personne du médecin, sur les services produits au niveau du cabinet ainsi que sur leurs tarifs;

.mauvaise, lorsqu'une mauvaise appréciation a été faite par la personne enquêtée;

.non exprimée, lorsque la personne a préféré garder le silence.

Le modèle de la fiche d'enquête figure en annexe n°4.

4-3-3- Présentation des résultats

a) Etude du taux de fréquentation du cabinet:

Distances	Effectif interrogé			Personnes ayant fréquenté le Cabinet			%
	M	F	T	M	F	T	
Ntosoni = 0 km	5	4	9	4	2	6	66.7
Hors Ntosoni < 5 km	3	3	6	1	1	2	33.3
5 - 9 km	9	8	17	4	2	6	35.3
10 - 14 km	5	7	12	1	0	1	8.3
15 - 19 km	20	18	38	2	0	2	5.3
20 - 29 km	9	9	18	0	0	0	0
TOTAL	51	49	100	12	5	17	17

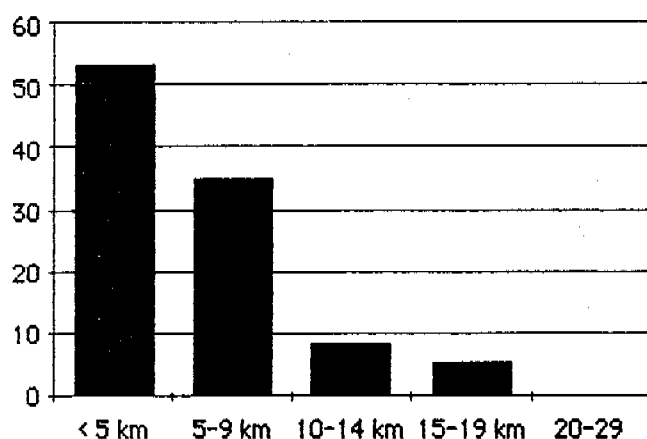


Tableau n°44 et Graphique n°23: Variation du taux de fréquentation du cabinet selon la distance, d'après les déclarations des personnes enquêtées.

La lecture de ce tableau permet de retrouver la rapide décroissance exponentielle du taux de fréquentation en fonction de la distance. Après une véritable chute à partir de 10 km, il est nul à 20 km.

b) Etude du taux de connaissance de l'existence du cabinet:

Distances	Effectif interrogé			Cabinet											
	M	F	T	Connu				Mal connu				Inconnu			
	M	F	T	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
Ntosoni = 0 km	5	4	9	4	2	6	67	1	2	3	33	0	0	0	0
Hors Ntosoni < 5 km	3	3	6	2	2	4	67	1	1	2	33	0	0	0	0
5 - 9 km	9	8	17	5	3	8	47	2	1	3	18	2	4	6	35
10 - 14 km	5	7	12	3	0	3	25	2	1	3	25	0	6	6	50
15 - 19 km	20	18	38	5	0	35	13	9	6	15	40	6	12	18	47
20 - 29 km	9	9	18	1	0	1	6	6	0	6	33	2	3	11	61
TOTAL	51	49	100	20	7	27	27	21	11	32	32	10	31	41	41

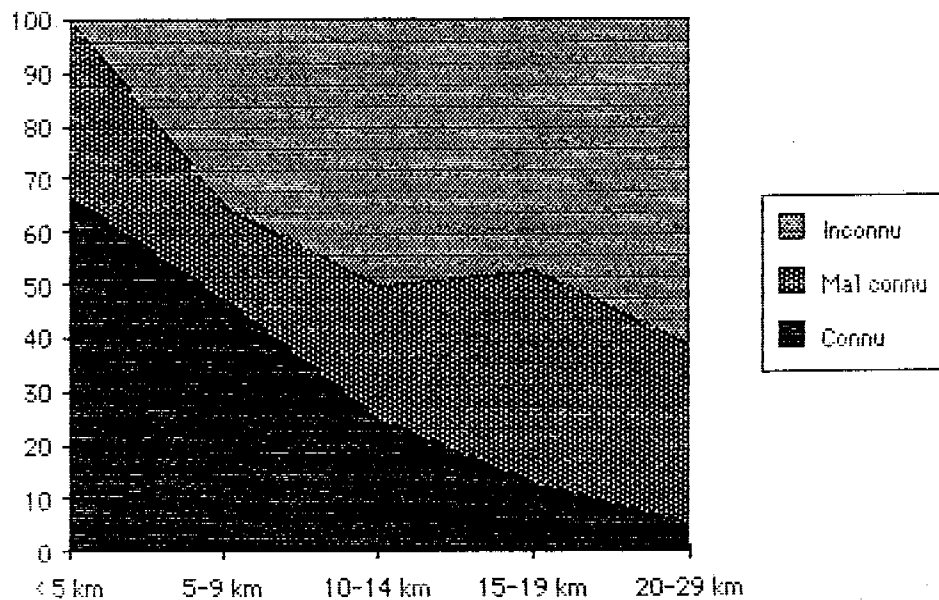


Tableau n°45 et Graphique n°24: Variations du taux de connaissance de l'existence du cabinet en fonction de la distance.

La lecture de ce graphique permet d'affirmer le très faible degré de connaissance du cabinet dès que l'on s'en éloigne. Dans le village de Ntosoni même, 33 % de la population le connaissent mal et déjà entre 5 et 9 km, 35 % de la population n'ont aucune connaissance de son existence.

c) Etude du taux de connaissance des tarifs pratiqués:

Distances	Effectif interrogé			CONNAISSANCE DES TARIFS															
				Exacte				Bonne				Mauvaise				Nulle			
	M	F	T	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
Nioseni	5	4	9	1	0	1	11	3	1	4	44.5	0	0	0	0	1	3	4	44.5
Hors Nioseni < 5 km	3	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6	100
5 - 9 km	9	8	17	0	0	0	0	3	1	4	23	0	1	1	6	6	6	12	71
10 - 14 Km	5	7	12	0	0	0	0	2	0	2	17	0	0	0	0	3	7	10	83
15 - 19 km	20	18	38	0	0	0	0	2	1	3	8	1	0	1	3	17	17	34	89
20 - 29 km	9	9	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	18	100
TOTAL	51	49	100	1	0	1	1	10	3	13	13	1	1	2	2	39	45	84	84

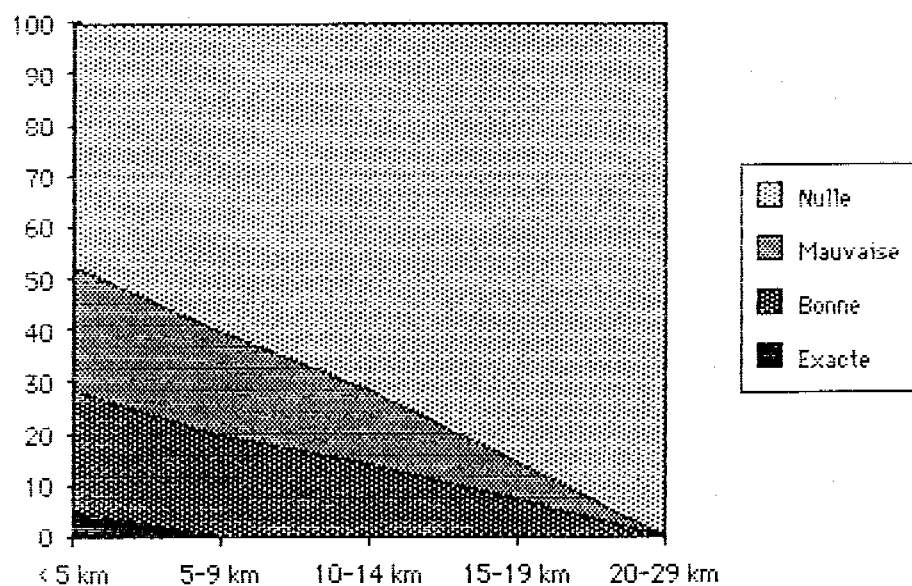


Tableau n°46 et Graphique n°25: Variations du taux de connaissance des tarifs pratiqués par le cabinet en fonction de la distance.

La très mauvaise connaissance des tarifs est évidente, même à proximité du cabinet.

d) Etude des opinions sur le cabinet:

Distances	Effectif interrogé			OPINIONS SUR LE CABINET											
	M	F	T	Bonne				Mauvaise				Non exprimée			
	M	F	T	M	F	T	%	M	F	T	%	M	F	T	%
Ntsoni	5	4	9	4	2	6	67	0	0	0	0	1	2	3	33
Hors Ntsoni < 5 km	3	3	6	2	3	5	83	0	0	0	0	1	0	1	17
5 - 9 km	9	8	17	5	1	6	35	1	1	2	12	3	6	9	53
10 - 14 km	5	7	12	4	4	8	67	0	0	0	0	1	3	4	33
15 - 19 km	20	18	38	10	4	14	37	0	0	0	0	10	14	24	63
20 - 29 km	9	9	18	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	18	100
TOTAL	51	49	100	25	14	39	39	1	1	2	2	25	34	59	59

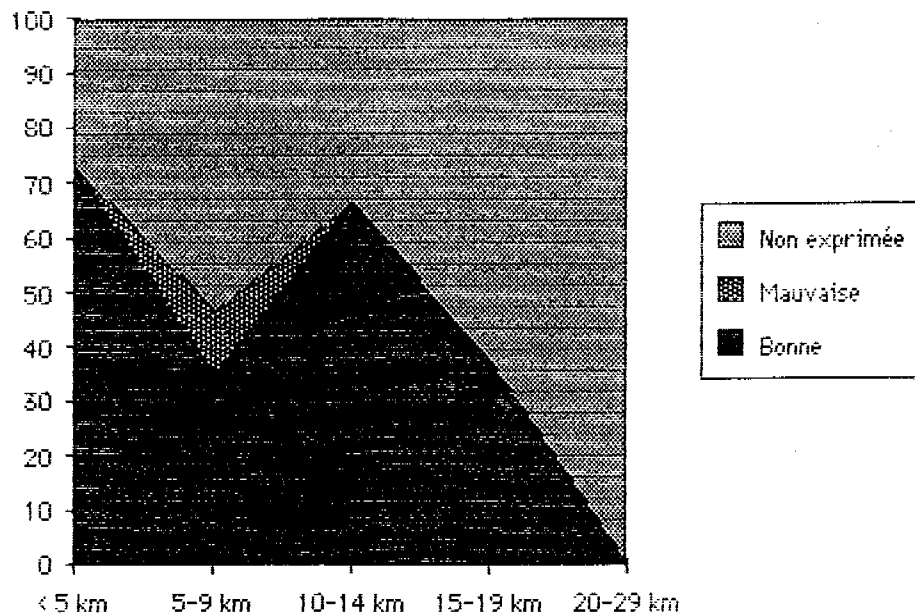


Tableau n°47 et Graphique n°26 : Etude des variations des opinions sur le cabinet en fonction de la distance.

Le taux de "mauvaises opinions" par rapport aux "bonnes" étant de moins de 5 %, on peut conclure à une très bonne image du cabinet au sein de la population enquêtée, tout en constatant que près de 60 % des personnes interrogées ne se sont pas exprimées.

Ceci est le reflet du faible taux de connaissance du cabinet.

**5-ANALYSE ET
RECOMMANDATIONS
POUR
L'INSTALLATION
FUTURE DES
MEDECINS DE
CAMPAGNE**

5-1-ANALYSE

5-1-1-Etude des résultats

5-1-1-1-Comparaisons entre les résultats enregistrés et les données de l'étude de faisabilité

a)-Les activités

-Leur évolution figure dans le tableau n°48:

ACTIVITES	RESULTATS	
	ATTENDUS	ENREGISTRES
MEDECINE DE SOINS		
Consultations médicales	1507	1532
Soins infirmiers	3014	?
Actes de petite chirurgie	30	72
SANTE MERE ET ENFANT		
Consultantes prénatales	33	52
Consultations prénatales	66	142
Accouchements	33	126
Consultations postnatales	33	0
Enfants sains consultés	95	0
Consultations enfants sains	190	0
Consultantes planning familial	99	0
Consultations planning familial	56	0
Actes de vaccination antitétanique	0	0
Enfants à vacciner	0	0
Actes de vaccination	0	0
MALADIES TRANSMISSIBLES		
Lépreux à dépister	0	2
Lépreux à traiter	0	0
Tuberculeux à dépister	0	14
Tuberculeux à traiter	0	0
COMMISSION D'OFFICE	3	0

Tableau n°48: Comparaison entre le nombre d'activités attendues pendant la première année et le nombre d'activités enregistrées.

A l'examen de ce tableau, on peut constater que les consultations externes correspondent globalement au nombre attendu.

Quant aux soins infirmiers, des insuffisances au niveau de leur enregistrement ne nous ont pas permis de les quantifier.

Concernant les actes de petite chirurgie, ils ont atteint le double du nombre attendu.

Concernant les activités de S.M.I., les consultations prénatales ont atteint le double et les accouchements le triple du nombre attendu. Par contre, le médecin n'a pas commencé les autres activités de S.M.I. Il en est de même pour la vaccination.

Quant aux maladies transmissibles, l'étude prévisionnelle considérait qu'elles ne devaient pas être abordées la première année en l'absence d'accord contractuel entre le médecin et l'Etat. Cependant 2 cas de lèpre et 14 cas de tuberculose ont été suspectés. Les données n'ont pas permis de cerner parmi ceux-ci les cas qui ont été confirmés après leur évacuation sur d'autres structures sanitaires.

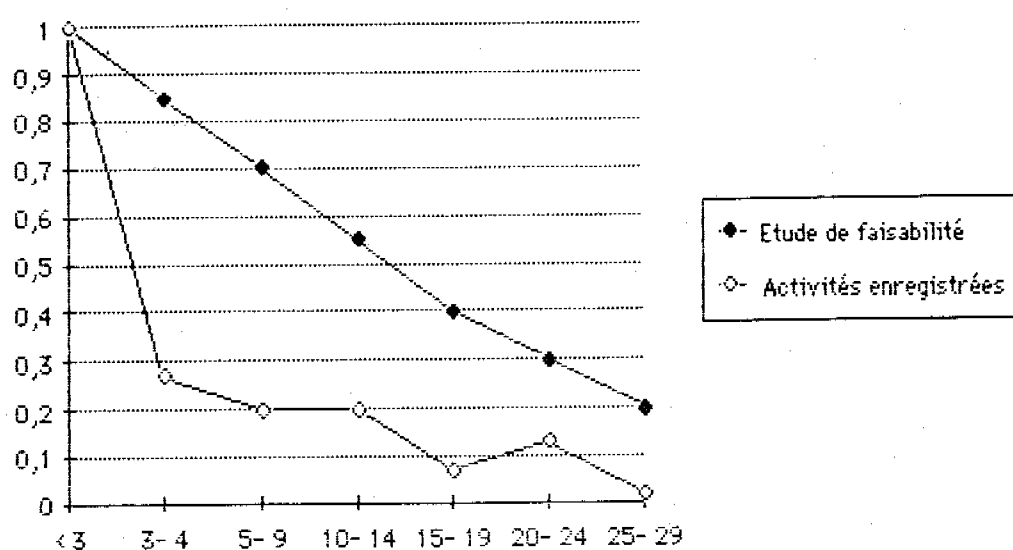
Les commissions d'office comme les autres activités dépendant d'un accord avec les services publics, n'ont pas débuté alors qu'un total de trois cas était prévu au cours de la première année.

-Le rôle de la distance sur les consultations externes

Son influence est illustrée par le tableau n°49 et le graphique n°27 qui suivent:

	Etude de faisabilité	Activités enregistrées
< 3 km	1	1
3 - 4 km	0,85	0,27
5 - 9 km	0,7	0,2
10 - 14 km	0,55	0,2
15 - 19 km	0,4	0,07
20 - 24 km	0,3	0,13
25 - 29 km	0,2	0,02

Tableau n°49: Comparaison du rôle de la distance sur les consultations externes entre l'étude de faisabilité et les activités enregistrées.



Graphique n°27: Comparaison du rôle de la distance sur les consultations externes entre l'étude de faisabilité et les activités enregistrées.

L'analyse de ces données montre que le rôle de la distance sur la fréquentation du Centre a été encore plus marqué que ce qui avait été prévu dans le cadre de l'étude de faisabilité.

b) Les recettes

Son évolution figure dans le tableau n°50:

TYPES DE RECETTE	MONTANTS
Recettes potentielles selon les activités enregistrées	1504500
Recettes effectivement enregistrées	1051900
Recettes théoriquement enregistrées	1240880
Recettes attendues selon l'étude prévisionnelle	1502600

Tableau n°50: Comparaison des différents aspects des recettes

N.B: -recettes théoriques = recettes effectivement enregistrées + créances sur malades
 -recettes potentielles = recettes qui auraient dû être enregistrées si tous les actes effectivement réalisés avaient été payés aux tarifs préalablement fixés.

Ces données permettent de comprendre que si le médecin de Ntosoni avait pu se faire payer de façon systématique pour tous ses services rendus, ses recettes au terme de cette première année d'exercice auraient exactement atteint celles qui avaient été calculées dans l'étude prévisionnelle.

Le tableau n° 51 permet de mieux saisir les différences qui sont apparues à l'expérience:

On peut en effet constater de façon manifeste que les recettes sur les consultations sont nettement insuffisantes et qu'elles n'ont pu être compensées que par une activité chirurgicale intense: il est frappant de constater qu'elles ont représenté 50% des recettes effectives alors qu'elles n'auraient pas dû dépasser 10%.

Quant aux activités de S.M.I., elles ont été quasi-inexistantes.

Il nous semble que ce constat est principalement lié à la personnalité du médecin qui:

- valorise la chirurgie,
- n'est pas très désireux de se déplacer,
- s'intéresse peu aux activités préventives.

ACTIVITES	ETUDE DE FAISABILITE			ACTIVITES ENREGISTREES		
	Prix unitaire	Nombre	Recettes	Prix unitaire	Nombre	Recettes
Consultations médicales	700	1507	1054900	500	1532	766000
Soins infirmiers	50	3014	150700	*	?	?
Petite chirurgie	5000	30	150000	*	72	504500
Accouchements	2000	33	66000	1250	126	157500
Carnets de grossesse	500	33	16500	-	0	0
Carnets d'enfant	500	95	47500	-	0	0
Carnets de planning familial	500	28	14000	-	0	0
Enfants totalement vaccinés	1000	0	0	-	0	0
Tuberculeux dépistés	5000	0	0	-	14	0
Tuberculeux traités	6000	0	0	-	0	0
Lépreux dépistés	2000	0	0	-	2	0
Lépreux traités	6000	0	0	-	0	0
Commissions d'office	1000	3	3000	-	0	0
Actes de laboratoire	-	-	-	*	36	76500
Total			1502600			1504500

Tableau n°51 : Evolution des recettes par activités selon l'étude prévisionnelle et les activités enregistrées

(*) = voir liste des tarifs

Mises à part les consultations médicales et les accouchements, les tarifs pratiqués par le médecin sont bien supérieurs à ceux de l'étude prévisionnelle.

Le volume des activités enregistrées dépasse très largement les nombres prévus par l'étude prévisionnelle. Ce fait a été très important avec les actes de petite chirurgie qui ont ainsi contribué pour près de 50 % des recettes (voir graphique n° 20).

Il est à noter que les examens de laboratoire qui figurent au compte des recettes, n'avaient pas été prévus par l'étude prévisionnelle.

c) Les dépenses

Les insuffisances de la tenue des comptes du médecin, ne nous ont pas permis d'analyser ses dépenses et donc de les comparer à celles qui étaient prévues par l'étude prévisionnelle.

d) Malgré toutes ces insuffisances comptables, il est certain que le bilan financier du médecin est positif et égale voire dépasse les prévisions qui ont été faites à ce sujet par l'étude de faisabilité.

5-1-1-2-La qualité du travail accompli par le médecin

Il ne nous appartient pas, à nous jeune étudiant sortant de l'Ecole de Médecine, de porter le moindre jugement sur les compétences d'un de nos aînés.

Pendant nous avons su identifier certaines qualités qui lui ont permis au cours de sa première année d'installation de créer un cabinet médical apparemment fonctionnel et viable:

- La rigueur dans la méthode:

Lorsque le médecin a décidé de faire quelque chose, il s'y tient. C'est ainsi qu'il respecte ses horaires de travail: il est toujours à l'heure à son travail et ne rentre chez lui qu'après son heure de fermeture.

Il veille à ce que les conditions d'aseptie soient respectées et interdit avec rigueur l'accès de sa salle de petite chirurgie en dehors des interventions.

- Le sérieux avec lequel il prend en charge ses malades:

Ses consultations sont complètes et systématiques. Il prend le temps d'interroger chacun de ses patients puis de les examiner comme nos maîtres nous l'ont appris. Il établit pour chacun d'eux une fiche individuelle qu'il complète lors des visites successives.

- Il est proche des populations dont il partage les conditions de vie. Il entretient des relations suivies avec les habitants de Ntosoni, le chef de village, les notables, les membres de l'Association Villageoise, les fonctionnaires qui y vivent.

5-1-1-3-Les problèmes rencontrés

Trois types de problème se sont posés au médecin:

- des problèmes d'ordre administratif,
- des problèmes d'ordre professionnel,
- des problèmes d'ordre technique.

a) Problèmes d'ordre administratif

-Si certains hauts responsables du Ministère de la Santé ont su faciliter le déroulement de son expérience en acceptant que l'ensemble des textes réglementaires ne soient pas appliqués à la lettre, compte tenu de son caractère innovateur, d'autres ont plutôt eu tendance à la freiner. Le silence du Ministère vis-à-vis de son installation n'a pas facilité les relations entre le médecin et les services de santé.

C'est ainsi qu'il semble qu'il n'ait pas trouvé auprès des médecins responsables de sa zone d'installation la compréhension et l'appui qu'il espérait trouver auprès d'eux.

Il est vrai qu'étant mal informé des procédures réglementaires à suivre, il s'était installé de façon un peu hâtive, sans disposer de toutes les autorisations indispensables. Mais il a toujours pris soin d'informer les responsables sanitaires de son installation.

Si d'un point de vue purement administratif, ces réserves sont compréhensibles, il aurait souhaité sentir davantage de soutien moral de la part de ses aînés.

Nous insistons sur ce point car nous estimons que les aspects psychologiques de l'installation d'un médecin privé en zone rurale sont très importants et conditionnent en grande partie sa réussite.

- En ce qui concerne le chevauchement inévitable lié à la présence de ce nouveau médecin au sein d'une zone où préexistait depuis longtemps de nombreux programmes, rien n'est encore prévu, pas plus un partage éventuel des tâches que la coordination de ses activités avec celles du Service de Santé de Cercle:

C'est ainsi que d'une part l'O.N.G. "Vision Mondiale" continue ses activités dans les locaux du Centre de Santé, comme auparavant, d'autre part rien n'est prévu en ce qui concerne le rôle du médecin dans la réalisation d'activités préventives ou promotives.

Il assiste, passif, aux activités du service de santé auquel il pourrait pourtant apporter une contribution non négligeable.

Il est certain qu'à priori les deux modes d'exercice de la médecine ont leurs propres spécificités:

-Pour le service public, c'est le respect des directives propres à chaque programme.

-Pour le médecin privé, c'est celui de son indépendance vis à vis de quiconque, à l'exception des institutions prévues par la loi.

Un médecin privé ne dépend que de lui même et n'a de compte à rendre qu'à ses malades, à la justice de son pays et à son Conseil de l'Ordre.

Il a seulement pour obligations:

- . de déclarer certaines maladies à déclaration obligatoire,
- . de répondre à toute réquisition.

- L'inadaptation des textes:

La plupart des textes qui définissent les modalités d'exercice de la médecine privée sont inadaptés à la pratique en zone rurale.

Fort heureusement, le Ministère de la Santé a adopté une attitude positive en considérant d'une part que l'expérience devait être poursuivie, d'autre part qu'il était impossible de modifier la réglementation actuelle tant que plusieurs installations de ce type n'auraient pas apporté les informations nécessaires à une nouvelle formulation.

b) Les problèmes d'ordre professionnel

Ils sont de deux ordres:

. Le manque de formation du médecin dans le domaine de la gestion et des examens de laboratoire.

. Son manque de méthode dans le domaine du "marketing".

* Le manque de formation du médecin dans le domaine de la gestion et des examens de laboratoire.

Dans le domaine de la gestion, le médecin avoue lui même avoir du mal à tenir une comptabilité.

Il s'efforce de tenir à jour ses statistiques d'activités mais n'a jamais pu en faire la synthèse.

Il lui est donc impossible de savoir quel est le montant réel de ses recettes et de ses dépenses et donc de ses revenus.

Il ne peut pas non plus comparer les tarifs qu'il pratique à ce que lui coûtent réellement ses actes.

Dans le domaine du laboratoire, l'absence de résultats positifs l'a conduit à abandonner sa première tentative. La raison la plus probable est liée au manque de maîtrise des examens de laboratoire courants dont souffrent selon nous tous les médecins sortants de l'Ecole Nationale de Médecine.

Il nous semble pourtant qu'il est très important pour un médecin de disposer d'un minimum d'examen complémentaires.

La réalisation d'un examen de selles ou d'urines pour éliminer ou confirmer une parasitose, la recherche de B.K. dans les crachats, le suivi d'un taux d'hémoglobine sont, entr'autres, des éléments importants dans l'obtention de bons résultats.

* Son manque de méthode dans le domaine du "marketing".

La réussite de toute entreprise privée repose non seulement sur la qualité de ce qu'elle offre et de sa gestion, mais aussi sur son aptitude à comprendre la psychologie de ceux à qui elle s'adresse.

Il est en effet le premier docteur en médecine à travailler dans la zone de Ntosoni et évolue au sein de populations qui ont à peine entrevu les possibilités de la médecine moderne.

Il doit donc dégager une stratégie appropriée pour arriver en quelques années à ce que la population utilise et paye ses services.

Son attitude est encore trop proche de celle d'un médecin fonctionnaire qui attend le malade dans son Centre de Santé.

Il est vrai que le simple "bouche à oreille" a une certaine efficacité, mais il est très lent.

C'est selon nous par une attitude active qu'il peut espérer se faire connaître par sa population cible, se faire apprécier et ainsi augmenter sa clientèle.

c) Les problèmes d'ordre technique

* Limites de l'activité chirurgicale

Le médecin de Ntosoni, qui a reçu une solide formation en chirurgie et qui présente un intérêt particulier pour cette activité, s'est toujours demandé qu'elles étaient les limites qu'il ne devait pas franchir dans ce domaine.

En effet, il est fortement sollicité par la population, qui souhaite pouvoir être opérée sur place et bénéficier de ses services, compte tenue des problèmes de distance et de coût des soins qu'elle rencontre.

Par ailleurs, ses professeurs de chirurgie qui lui ont rendu visite l'ont toujours incité à limiter au maximum ses activités chirurgicales.

En ce qui concerne le type d'intervention, il a décidé de s'en tenir aux interventions "superficielles", à savoir les hernies non compliquées, les hydrocèles, les ablations de kystes et les ouvertures d'abcès.

En ce qui concerne le temps à leur accorder, il s'est limité à une demi-journée opératoire par semaine.

Cette décision lui permet ainsi de continuer à exercer une pratique à laquelle il est attaché, de rendre un service essentiel à la population et de défendre à ses yeux son image de marque: il est certain que l'opération d'une hernie chez une personne d'un certain âge constitue la meilleure publicité qui puisse être envisagée.

En ce qui nous concerne, nous estimons que les hernies et les hydrocèles sortent du cadre de la simple petite chirurgie et que leur réalisation par un médecin de campagne doit être l'objet de discussions par des personnes avisées.

* Importance des créances et leur non remboursement

Après avoir bénéficié de leur traitement, de nombreux malades ont fait savoir au médecin qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour le payer et qu'ils le régleraient plus tard.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, le montant des crédits qu'il leur a ainsi accordés s'est élevé au cours de la première année à 188 980 F. CFA.

Il est plus que probable que la quasitotalité de ces créances ne sera jamais recouvrée.

Il s'agit là d'un problème important de l'exercice privé de la médecine: peut-on faire crédit à un malade ?

Notre réponse est d'emblée négative. Nous considérons en effet que ce serait ouvrir la porte à de nombreux abus; on verrait des personnes honnêtes et ayant peu de moyens s'endetter pour venir se faire soigner, alors que d'autres, moins scrupuleuses, bien que plus argentées, diraient ne pas avoir ce qu'il faut.

Le médecin n'a pas trouvé de solution à ce problème.

* Difficultés à tenir à jour un fichier bien conçu

Le médecin a du mal à retrouver les fiches de malades qui sont déjà venus le voir; ainsi certains d'entr'eux ont donc deux fiches.

* Difficultés d'approvisionnement en certains produits et en certains matériels

Si la plupart des médicaments prescrits aux malades sont disponibles auprès du dépôt communautaire, le médecin n'a pas pu obtenir tous les produits dont il avait besoin.

Il s'est agi notamment de fils de suture pour la petite chirurgie, de produits anesthésiques, de réactifs de laboratoire, de gants opératoires, de doigtiers,...

Par ailleurs le médecin fournit lui même certains produits d'urgence tels que diazepam, phénobarbital, methylergometrine, hydrocortisone, furosemide, deslanoside, ... Afin de réduire ses charges, il lui faudrait pouvoir acquérir ces produits en conditionnement hospitalier et non pas au tarif unitaire de la P.P.M.

De même, il lui est arrivé d'avoir besoin de certains matériels médicaux, tels que des pinces de Davier pour effectuer des extractions dentaires ou du matériel de laboratoire.

S'il n'avait pas obtenu un soutien d'Organisations Non Gouvernementales telles que Santé Sud ou l'Aide Odontologique Internationale il n'aurait pas pu les trouver.

Il est à signaler qu' il est toujours à la recherche d'un poupinel à pétrole.

Un tel problème d'approvisionnement se posera certainement souvent à lui.

d) Variations des activités et des ressources de la population selon la période de l'année

En zone rurale, les disponibilités financières de la population sont liées au calendrier agricole: on a de l'argent au terme de la période de commercialisation, c'est à dire vers Mars-Avril et on dispose de suffisamment de temps libre pour se faire soigner pendant la saison sèche, c'est à dire de Décembre à Mai.

Ainsi, le cabinet médical connaît-il des fluctuations qui posent des problèmes à son bon fonctionnement.

L'idée d'une carte d'abonnement que les chefs de famille achèteraient après la commercialisation a été évoquée: elle constituerait pour le malade une valeur permanente qui serait débitée au fur et à mesure des consultations. L'année suivante, le reliquat serait complété pour obtenir une nouvelle carte.

Quoi qu'il en soit, le médecin ne doit pas raisonner en terme de revenus mensuels, mais de revenus annuels. Il lui appartient donc de verser l'ensemble de ses recettes sur un compte bancaire et de le débiter selon ses besoins.

5-1-2-Analyse

* Trois conditions indispensables à la réussite d'une installation en zone rurale n'ont pas été respectées:

-L'information systématique des habitants des villages périphériques par la tenue de réunions publiques dans les différents villages de la zone d'influence.

-La réalisation de consultations foraines: le médecin a attendu le mois de Septembre 1990 pour debuter ses consultations foraines. Pendant un an, il a donc limité son travail à l'attente des malades dans son cabinet.

Une telle méthode est selon nous extrêmement lente et de toute façon ne parviendra pas au même niveau d'activité que des contacts directs avec la population par des déplacements réguliers et fréquents dans les villages périphériques.

-Les consultations prénatales et les accouchements n'ont pas bénéficié de l'importance qui aurait dû leur être accordée. La plupart d'entr'eux ont en effet été laissés à la matrone, alors que le médecin aurait dû les effectuer lui même.

Il est en effet important de montrer que ces actes sont bien des actes médicaux, qu'un médecin peut faire avec plus de compétences qu'un personnel auxiliaire qui se contente trop souvent d'accomplir des gestes répétitifs.

Aussi, n'oublions pas que 75 % de la clientèle potentielle est composé de femmes et d'enfants d'âge préscolaire: les activités de S.M.I. constituent l'un des motifs les plus importants du premier contact avec le médecin, contact qui est essentiel pour les inciter à fréquenter régulièrement le cabinet médical ou pour faire appel au médecin en cas d'urgence.

Nous estimons que si ces 3 points avaient été respectés, le médecin de Ntosoni aurait eu beaucoup plus de malades à sa consultation.

Par ailleurs nous avons effectué plusieurs constats:

* Concernant les tarifs, le médecin a dû procéder au bout de quelques semaines à un réajustement à la baisse de ses premiers tarifs. Il s'est en effet très vite rendu compte qu'il était important de débiter avec des tarifs bas pour créer une clientèle et qu'il serait toujours temps de les augmenter une fois la clientèle constituée.

* Concernant le personnel auxiliaire, son importance actuelle peut être justifiée par la réalisation d'interventions de petite chirurgie qui nécessitent sa présence.

Mais compte tenu de la masse salariale qu'il représente, on pourrait se demander s'il ne serait pas préférable qu'il n'y ait qu'un infirmier au lieu d'un aide soignant et d'une matrone.

En ce qui concerne Ntosoni, le fait que le médecin ait recruté l'ancien personnel du centre lui rendra difficile de procéder à leur éventuel licenciement si des difficultés se présentaient.

* Concernant le remplacement du médecin en cas d'absence, il serait utile qu'une organisation soit mise en place pour aider les médecins de campagne à trouver leur remplaçant, sans avoir à se rendre à Bamako.

Par ailleurs, ce serait certainement une bonne chose que les étudiants ayant validé leur 5ème année de médecine puissent remplacer un médecin.

* Concernant la localisation du dépôt pharmaceutique, le fait que le médecin fait alterner les deux aides soignants à la gestion de la pharmacie laisse croire à la population qu'il en est également le bénéficiaire. A notre avis, il est indispensable:

-que l'un des aides soignants soit définitivement affecté à la pharmacie et n'ait plus rien à voir avec le médecin.

-que l'Association Villageoise aménage un nouveau local pas trop éloigné du cabinet médical pour y installer le dépôt.

* Le fait que le dépôt pharmaceutique ne comporte que des spécialités constitue un des points les plus critiquables du cabinet de Ntosoni.

Leur approvisionnement en médicaments essentiels présentés sous leur Dénomination Commune Internationale aurait pour conséquence de réduire de façon considérable le coût des prescriptions.

Ceci aurait un effet favorable au fonctionnement du cabinet, car il augmenterait de façon significative sa fréquentation.

* Nous ne nous sommes pas penchés sur le fonctionnement interne de la pharmacie; il nous semble cependant que ses comptes sont inexistant, ce qui est certainement à l'origine d'une très mauvaise gestion (rupture, peremption, perte...) et laisse la porte ouverte à de très nombreux abus...

* Enfin il nous semble que le médecin ne gère pas au mieux son temps de travail.

Sa productivité moyenne annuelle qui est de 6 actes par jour est en effet très faible alors qu'il dit être débordé.

Ses activités actuelles n'ayant pas atteint le tiers (1/3) de ce qu'elles devront être dans l'avenir, comment peut-il envisager le développement de son cabinet ?

5-1-3-Les perspectives de développement du cabinet médical de Ntosoni

Au terme de ce travail nous nous sommes permis de faire quelques recommandations pour l'amélioration du cabinet médical de Ntosoni.

a) A court terme:

-Tenir une comptabilité rigoureuse,

-Ne pas faire de crédit (à l'exception des urgences vitales),

-Développer les activités de S.M.I.

Elles devront en principe être toutes faites par le médecin lui même.

Cela nécessitera notamment de prendre contact avec l'O.N.G. "Vision Mondiale" et le médecin chef de Cercle pour définir sa participation.

-Développer les consultations foraines: elles devront avoir lieu au moins 2 jours par semaine.

-Introduire les consultations prénatales au sein des consultations foraines.

-Effectuer des tournées d'information systématique dans chacun des villages situés dans la zone d'influence du cabinet.

Le médecin devra se présenter lui même au chef de village et lui demander de pouvoir rencontrer les chefs de famille, afin de leur expliquer qui il est, ce qu'il peut faire et dans quelles conditions il peut le faire.

Il leur demandera notamment quels jours et dans quelle localité ils souhaiteraient le voir venir en consultation foraine.

- Modifier l'organisation des locaux (voir plan)

Il nous semble important:

. de transformer la salle de S.M.I. en salle d'hébergement pour les accouchées.

. de diviser la grande salle des accouchées en deux pièces par la construction d'une cloison médiane et par l'ouverture d'une porte extérieure dans la deuxième salle: l'une sera destinée aux hospitalisations des hommes et l'autres à celle des femmes et des enfants.

-Rénover les locaux qui sont dans un état peu acceptable pour un médecin.

Il faudra pour cela demander à l'Association Villageoise de procéder en particulier à la réfection du plancher qui est creusé de grands trous, à la refecton des toitures qui ne sont pas étanches pendant la saison des pluies, à la construction d'un mur de clôture et de toilettes convenables.

Grâce à son reliquat de prêt le médecin devra faire repeindre l'ensemble des bâtiments.

-Affecter de façon définitive un des deux aides soignants au dépôt pharmaceutique.

b) A moyen terme:

-Remplacer toutes les spécialités du dépôt pharmaceutique par des médicaments essentiels en DCI.

-Déplacer le dépôt pharmaceutique dans un autre local, relativement proche du cabinet, mais indépendant.

-Acquérir un réfrigérateur à pétrole et proposer au médecin chef de Cercle de participer au Programme Elargi de Vaccination dans les villages de sa zone d'influence.

-Electrifier le Centre grâce à l'acquisition de panneaux solaires ou d'un groupe électrogène.

-Prendre en charge le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

- Réouvrir le laboratoire en le renforçant

5-2-RECOMMANDATIONS POUR L'INSTALLATION FUTURE DES MEDECINS DE CAMPAGNE AU MALI

5-2-1-Chronologie des étapes à respecter

Notre étude qui a porté sur cette première expérience nous a permis d'identifier et de classer les différentes étapes qui doivent conduire à l'installation d'un jeune médecin en zone rurale.

- 1° Choisir sa zone d'installation (zone cotonnière, zone de l'office du Niger,...).
- 2° S'informer sur le choix des localités possibles.
- 3° Etablir un classement de priorités.
- 4° Retenir si possible 3 localités.
- 5° Visiter les 3 et établir leur classement par ordre préférentiel.
- 6° Procéder à l'étude de faisabilité de la localité choisie en numéro 1.
- 7° En cas de résultat négatif, procéder à l'étude de la seconde voire de la troisième.
- 8° Effectuer une demande d'installation et une demande de financement auprès d'un organisme compétent.
- 9° Une fois les conditions réunies, informer les villageois de la décision d'installation.
- 10° Demander et obtenir son agrément.
- 11° Faire procéder à l'aménagement des locaux.
- 12° Acheter les équipements.
- 13° Procéder à l'installation.
- 14° Demander et obtenir sa licence.
- 15° Demarrer les activités.

5-2-2-Description de ces différentes étapes

*** Le choix du lieu d'installation:**

Le lieu d'installation doit être choisi selon plusieurs critères:

- .population supérieure à 1000 habitants,
- .présence d'un grand marché dans le village d'implantation,

.statut de chef lieu de Secteur de Développement (ce qui implique notamment la présence d'une école)

.assurance que la population dispose d'un minimum de revenus monétaires,

.faible probabilité de survenue d'un épisode de sécheresse susceptible de provoquer l'effondrement de ses revenus,

.présence d'une population minimale de 15 000 habitants dans un rayon de 20 km sur une carte autour du village d'implantation,

.absence de toute autre formation sanitaire publique dans la même localité,

.distance d'au moins 40 km de tout autre docteur en médecine,

.distance d'au moins 20 km de toute formation sanitaire confessionnelle,

Par ailleurs, plus la population du village d'implantation est importante, plus les chances de succès sont élevées.

* Les activités:

Les activités d'un cabinet médical peuvent comprendre:

- des consultations de médecine générale et des soins infirmiers,
- des activités de petite chirurgie:

La vocation d'un cabinet médical n'est pas de procéder à des interventions chirurgicales. Les malades doivent normalement être adressés dans une structure sanitaire équipée à cet effet (Centre de Santé de Cercle, Hôpital).

Il doit cependant effectuer des actes de petite chirurgie (ouvertures d'abcès, sutures de plaies, immobilisations de fractures...), dont les limites dépendent en fait du médecin lui même.

La réalisation d'interventions pour hernies ou pour hydrocèles comme c'est le cas à Ntosoni nous paraît discutable, mais il est vrai qu'elles sont fortement sollicitées par la population et qu'elles ont un impact non négligeable sur le développement du cabinet médical.

- des activités de S.M.I.:

Au Mali, les activités de S.M.I. sont en général considérés comme des actes secondaires qui ne relèvent pas directement d'un médecin.

S'il est vrai qu'elles peuvent être confiées à un personnel auxiliaire tel qu'une matrone rurale, nous estimons cependant qu'elles ne peuvent que tirer un large bénéfice de compétences médicales (médecin ou sage femme).

Dans la mesure où son programme de travail le lui permet, il est de loin préférable que le médecin s'aquite lui même de leur exécution. Il lui revient donc d'effectuer des accouchements, de faire des consultations prénatales, postnatales et de planning familial des visites d'enfants sains etc...

Ce n'est que lorsque son programme de travail ne lui permet pas de voir tout le monde qu'il peut mettre en place un système de filtrage: le médecin peut alors procéder lui même à la première consultation. Il distingue les femmes qu'il devra revoir personnellement de celles qu'il peut confier à la matrone pour qu'elle effectue les visites complémentaires et ne lui adresse que les femmes qui présentent certains signes ou symptômes. Pour les accouchements, il peut faire suivre le travail par la matrone mais doit rester à proximité de la salle d'accouchement pour faire des visites régulières et procéder lui même à l'accouchement (sauf bien évidemment lorsqu'il est absent).

-des activités relevant de la responsabilité de l'Etat.

La mise en place du principe **d'allocations contractuelles** doit être envisagée.

Au bout de quelques mois d'activités, le médecin doit être capable de définir ce qu'il est en mesure de réaliser et à partir de quel montant il est en mesure d'accepter.

Ce serait en effet regrettable de laisser un médecin travailler au sein de populations, dont il a acquis la confiance et ne pas lui demander de participer à sa protection par des actions préventives ou promotives.

* Organisation du travail:

Les activités du médecin doivent être de deux types:

des activités de type "**passif**" qui nécessitent que le malade se déplace spontanément vers le cabinet médical:

Il s'agit:

- des consultations de médecine générale au cabinet,
- des soins infirmiers,
- des activités de petite chirurgie,
- des accouchements,
- des consultations de S.M.I.

des activités de type "actif", qui conduisent le médecin à aller au devant des malades qui requièrent ses services. Elles sont essentielles dans le cadre de la médecine de campagne, car d'une part elles répondent à un besoin réel de la population (notamment en ce qui concerne les personnes âgées et celles qui ne peuvent pas se déplacer), d'autre part ce sont elles qui permettront au médecin de se constituer une clientèle dans les villages périphériques.

Ce contact direct entre le médecin et sa population de référence lui permettra de se faire apprécier et adopter par des patients, notamment des personnes âgées, qui ne se seraient jamais rendues au cabinet.

Si le médecin parvient à obtenir leur confiance, c'est eux mêmes qui inciteront leur famille à rechercher ses services.

Les unes doivent être **systematiques**: c'est le cas des consultations foraines.

Le médecin se rend à jour et heures fixes dans certains gros villages disposant d'un marché.

Nous estimons qu'il doit y arriver vers 12 heures pour qu'il ait le temps de consulter des malades avant de quitter son cabinet, pour qu'il ait le temps de laisser les patients faire leur marché avant de faire la queue pour être consultés, pour qu'il ait le temps d'avertir les gens venus au marché que le médecin est bien arrivé et qu'il attend ceux qui ont besoin de lui.

Au cours de ces consultations foraines, le médecin doit s'occuper aussi bien des malades que des visites de S.M.I.

Les autres ne répondent qu'à une demande: ce sont les **visites à domicile**.

Le médecin s'y rend sur le champ si on arrive à le convaincre qu'il s'agit d'une urgence mais généralement les après midi voire la nuit après qu'il ait terminé ses consultations.

* Le mode de fonctionnement:

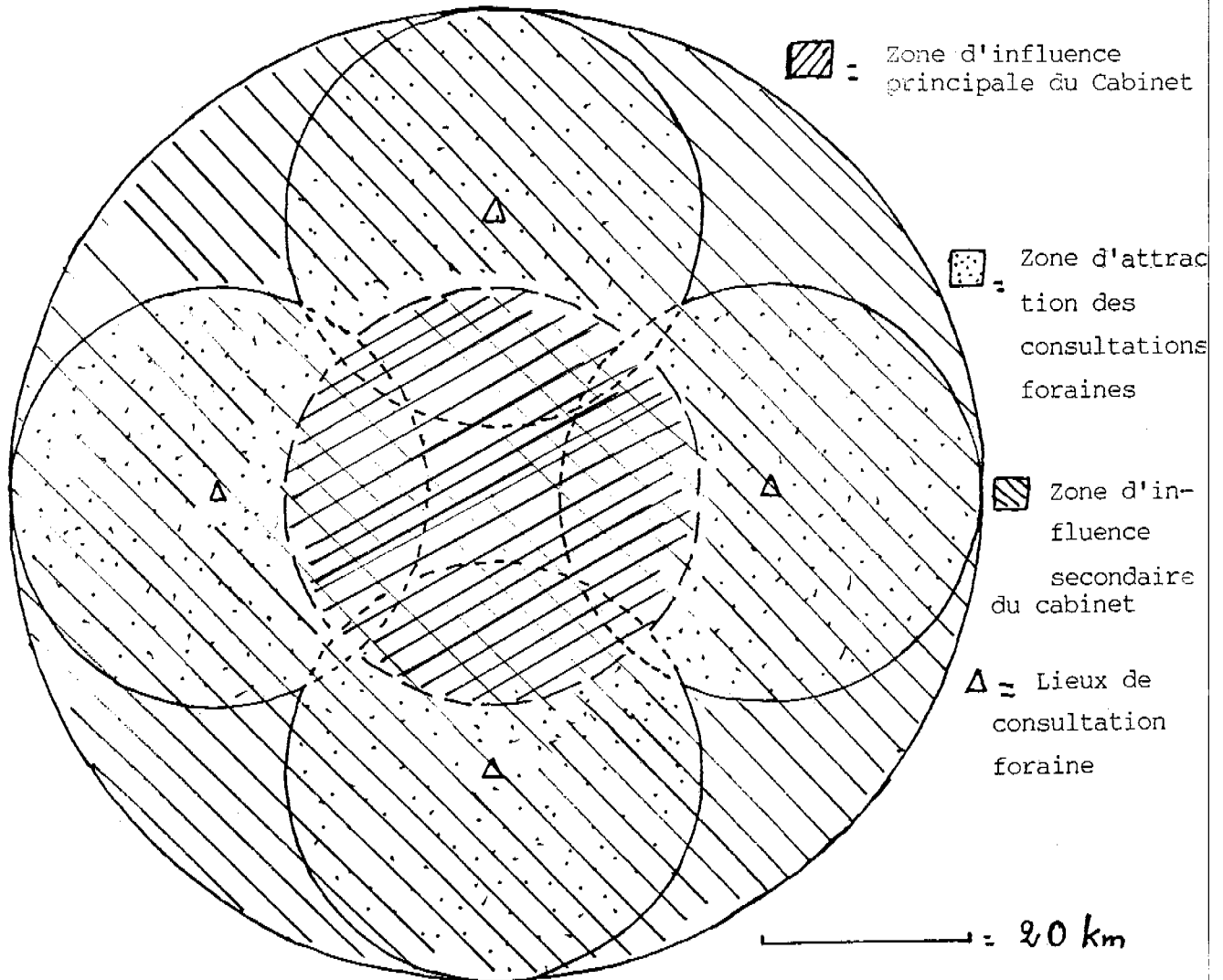
-Les consultations foraines:

Elles peuvent avoir lieu dans des lieux fixes et à des dates fixes. Le chiffre de quatre villages nous semble convenable. Il permet en effet de se rendre dans chacun d'eux une fois tous les quinze jours et de limiter les journées de sortie systématiques à deux par semaine.

Le choix des villages est très important. Il doit répondre à des critères liés:

- à la présence d'un marché,
- à la population de la localité,
- à sa distance du lieu d'installation.

Le schéma théorique pourrait être de dessiner à l'intérieur du cercle de 20 km de rayon un carré où le village d'installation serait placé à l'intersection des diagonales.



Schema N° 3 : Présentation théorique du rôle des consultations foraines dans le renforcement de l'attraction du Cabinet Médical de NTosoni.

-Les visites à domicile:

Tous les malades qui le souhaitent doivent pouvoir être soignés à domicile: si la demande venait à être excessive, une augmentation de la tarification viendrait la limiter.

Lorsqu'il s'agira de malades ne pouvant effectivement pas se rendre au cabinet, le médecin pourra alors revenir à son tarif initial.

* les horaires:

Le médecin ne doit en aucune façon considérer qu'il doit faire les mêmes horaires qu'un travailleur salarié de la fonction publique.

Il doit au contraire définir la meilleure combinaison possible entre la satisfaction de sa clientèle et sa vie privée.

L'expérience de pays étrangers nous apprend qu'un médecin travaille beaucoup plus que 40 heures par semaine. Pour cela, le cabinet doit disposer de deux types d'horaires:

-des horaires de travail: le médecin peut considérer par exemple qu'il est au travail de 7h30 le matin à 7h30 le soir, en s'accordant une interruption d'une heure aux environs de midi.

Il doit également se réserver un jour de repos par semaine, mais il devrait travailler la plupart des jours fériés.

-des horaires d'activités:

Ces horaires précisent la répartition de ses activités tout au long de la journée:

.Quatre jours par semaine

7h30 à 8h: Visite des malades gardés en observation et des accouchées,

8h à 14h30: consultations de médecine générale

14h30 à 15h30: interruption

15h30 à 19h: consultations de médecine générale ou visites à domicile.

19h à 19h30: Visite des malades en observation et des accouchées,

.Deux jours par semaine (en alternance avec les précédents)

7h30 à 8h: Visite des malades en observation et des accouchées,

8h à 11h: consultations de médecine générale.

11h à 12h: interruption

12h à 19h30: consultations foraines.

* Les examens complémentaires:

Il est souhaité que tout médecin de campagne dispose d'un petit laboratoire lui permettant d'effectuer les examens essentiels suivants:

-Examen direct des selles à la recherche de kystes, d'oeufs et de parasites.

-Examen direct d'urines à la recherche de parasites.

-Recherche de sucre, d'albumine et d'acétone dans les urines.

- Examen direct des crachats.
- Examen d'un prélèvement urétral ou vaginal.
- Dosage de l'hémoglobine.

Il doit pour cela disposer d'un microscope, de lames et de lamelles, de quelques tubes à essai et de réactifs qui sont:

pour les examens directs de selles par la méthode de Kato:

- du lugol,
- du vert malachite,
- de la glycérine,
- de l'eau physiologique.

pour l'examen direct d'urine par la méthode de la filtration:

- du papier buvard,
- de la Ninhydrine.

pour la recherche de sucre, d'albumine et d'acétone dans les urines:

- des bandelettes réactives pour analyses d'urines

pour l'examen direct des crachats par la méthode de Zielh-Neelsen à froid:

- de la fuschine
- du mélange alcool- acide
- du bleu de méthylène,
- du Teepol ou Tween 40,
- du phenol.

pour l'examen de prélèvements par la coloration de Gram:

- de la Fuschine basique,
- du violet de gentiane,
- du lugol.

Pour le dosage de l'hémoglobine:

- un hémoglobinomètre de Sahli,
- une pipette de Sahli (graduée à 20 mm³ soit 0,02 ml),
- un petit agitateur de verre,
- une pipette compte-goutte,
- du papier absorbant,
- de l'acide chloridrique (HCl) de normalité égale à 1 (8,6 ml d'HCl concentré plus de l'eau distillée en quantité suffisante pour 1 000 ml)

* L'approvisionnement pharmaceutique:

L'impact de tout médecin de campagne sera d'autant plus grand qu'il bénéficiera de la présence à ses côtés d'un dépôt pharmaceutique doté de médicaments essentiels présentés sous leur nom générique.

D'abord il rendra des services de meilleure qualité, ensuite il réduira de façon considérable le coût de ses ordonnances et augmentera l'accessibilité aux soins de sa population cible; enfin il verra augmenter sa clientèle et donc ses revenus.

Il est cependant important de rappeler que ce dépôt doit être totalement indépendant du médecin et situé en dehors de ses locaux de travail.

Ce dépôt peut être communautaire, appartenir au village d'installation et être confié à la gestion d'un salarié. Il peut également s'agir d'un dépôt privé, mais il est difficile d'admettre qu'un tel dépôt se limite à la vente de médicaments essentiels en nom générique, à moins que le médecin ne parvienne à l'imposer à son propriétaire. Un fond de roulement de l'ordre de 500 000 F.CFA doit être considéré comme suffisant.

* Les locaux:

S'il est vrai qu'un jeune médecin qui s'installe n'est pas en mesure de construire son cabinet, il est également vrai qu'une telle initiative n'est pas envisageable en zone rurale, car le risque financier serait trop grand pour celui qui l'entreprendrait.

Il est donc nécessaire que le village dispose de locaux préexistants ou que la population décide d'en construire.

Concernant le type de construction, la présence d'un total de 9 pièces s'avère souhaitable:

- une salle de consultation servant également de bureau,
- une salle de soins infirmiers,
- une salle de petite chirurgie,
- une salle d'accouchement,
- une salle d'hébergement pour les accouchées ou pour les parturientes,
- une salle d'observation pour les hommes,
- une salle d'observation pour les femmes et les enfants,
- une salle d'attente,
- un magasin.

A ces 9 pièces il faut ajouter des toilettes pour hommes et pour femmes séparées.

Elles peuvent cependant être réparties en plusieurs bâtiments.
Ainsi, s'agit-il d'avantage d'une petite clinique rurale qu'un simple cabinet médical.

* L'équipement:

Il doit comprendre:

-en ce qui concerne le mobilier :

- .un bureau,
- .quatre chaises,
- .une table d'examen médical,
- .une armoire de bureau,
- .trois armoires à pharmacie,
- .une table à pansement,
- .une table d'accouchement,
- .huit lits,
- .deux berceaux,
- .une grande table pour soins aux enfants,
- .quatre bancs,
- .une table de petite chirurgie,
- .une petite table à pansements,
- .un réfrigérateur,
- .une source de lumière fixe (l'approvisionnement en énergie solaire semble être l'idéal),
- .une source de lumière maniable (une lampe à halogène est souhaitable si on dispose de l'énergie solaire).

-en ce qui concerne le matériel médical:

- .deux stéthoscopes biauriculaires,
- .deux appareils à tension,
- .un otoscope,
- .un ophtalmoscope,
- .un pèse personne,
- .un pèse bébé,
- une boîte de* forceps,
- .une boîte de curetage,
- .une trousse de petite chirurgie comprenant: des plateaux, des haricots, des pinces, des ciseaux,
- .une boîte à suture,
- .une boîte à épisotomie,
- .des aiguilles à ponction lombaire,
- .des trocards à ponction pleurale et à ponction d'ascite,
- un stéthoscope obstétrical*

- .un microscope,
- .des tubes à essai,
- .des lames et des lamelles.
- .un hemoglobinomètre

* Le personnel:

Constituant une part importante des charges fixes, il doit être par principe limité au strict minimum indispensable.

Lors de son installation, il nous semble préférable que le médecin se limite à une matrone rurale.

Elle lui sera en effet indispensable pour s'occuper des femmes en travail et des accouchées.

Elle pourra également effectuer les soins infirmiers, assurer l'entretien des locaux et tenir une permanence lors de ses tournées.

Lorsque son niveau d'activités et donc de recettes le lui permettra, l'emploi d'un infirmier pourra alors être envisagé.

* La tarification:

-le mode de paiement:

Le principe de base est de demander un paiement en espèce selon une tarification préétablie.

Cependant, les malades qui ne disposent pas de liquidités peuvent être autorisés à payer en nature.

La formule la plus simple pourrait être un paiement en céréales, car il ne pose que peu de problèmes de quantification. On peut par exemple imaginer que le malade remplisse de mil un canari situé à la porte du cabinet.

-les tarifs:

Les tarifs doivent être définis d'une part selon le moment de la journée où le médecin est sollicité, d'autre part selon la nature des actes accomplis.

Selon le moment de la journée, 2 modes de tarification peuvent être envisagés:

- .pendant les périodes de travail, tarif simple au Centre et multiplié par deux à domicile.

- .en dehors des périodes de travail (c'est à dire la nuit et les jours fériés) tarif multiplié par deux au Centre et par trois à domicile.

Selon la nature des actes, il nous semble que les tarifs des consultations de médecine générale pratiqués à Ntosoni sont convenables, à savoir:

- .consultation au cabinet: 500 F
- .consultation foraine: 700 F
- .soins infirmiers: 50 F l'injection intramusculaire
100 F l'injection I.V.
100 F les pansements simples.

Par contre, nous estimons que les tarifs des actes chirurgicaux doivent être redéfinis en dissociant en particulier le tarif de l'acte et celui des médicaments (dont les fils et autres nécessaires de suture, les produits anesthésiques).

Une telle décision permettra au médecin d'ajuster ses tarifs en fonction de ses modalités d'approvisionnement en consommables.

-les crédits accordés aux malades:

Par principe, le médecin ne doit jamais accorder le moindre crédit, car il ne sera jamais en mesure d'obtenir son remboursement.

Il est préférable d'inviter les malades qui ne disposent pas de moyens pour payer de repartir à domicile pour les y chercher.

Par contre, il serait opportun d'étudier avec les Associations Villageoises (A.V.) la possibilité de créer une caisse de solidarité et d'établir une liste des personnes qui ne sont pas en mesure de régler le paiement de leurs soins.

Un arrangement pourrait être établi entre le médecin et les A.V. pour que ces personnes puissent bénéficier d'une prise en charge partielle ou totale de leurs frais de traitement, y compris leurs médicaments.

Enfin, il ne faut pas oublier que le médecin a juré d'apporter assistance et secours à l'indigent: il lui appartient donc de trouver lui même les limites de cette ligne fondamentale du serment d'Hippocrate.

* Les contacts avec la population:

De leur qualité dépend la réussite de l'installation.

Le médecin doit veiller à être toujours plein de considération à l'égard de ses malades. Il ne doit jamais leur intimer d'ordre, mais au contraire leur donner des conseils. Il doit répondre à leur attente sans pour autant renoncer aux principes préétablis.

Il doit faire preuve d'une rigueur parfaite dans sa vie de tous les jours afin que personne n'ait à médire de lui, ou que toute médisance ne trouve aucune aspérité à laquelle s'accrocher.

Il doit enfin se faire connaître par des contacts fréquents avec la population, et faire connaître ses règles de fonctionnement afin d'éviter toute erreur de compréhension.

* Les contacts avec les services de l'Etat:

Le médecin doit s'efforcer de rendre visite au médecin chef de Cercle à chacune de ses visites au chef-lieu de la circonscription si elles sont espacées et au moins une fois par mois si elles sont fréquentes.

Il doit au cours de ses contacts montrer qu'il respecte en lui le premier responsable sanitaire de la circonscription.

Il doit répondre à chacune de ses sollicitations à condition qu'elles soient raisonnables.

Nous estimons qu'il serait une bonne chose qu'il décide unilatéralement et sans aucune obligation de lui adresser au début de chaque mois un rapport d'activité pour le mois écoulé.

La signature d'un contrat de droit privé portant sur la participation du médecin à la mise en oeuvre des programmes nationaux de l'Etat doit être recherchée.

* Les références des malades:

Elles s'imposent au médecin lorsqu'il se trouve devant un cas qui pose un problème de diagnostic ou de thérapeutique qui le dépasse, lorsqu'il a besoin d'examen paracliniques pour affiner son diagnostic ou corriger son traitement, ou lorsque le malade doit être hospitalisé.

L'une des principales conséquences de ces orientations devrait apparaître dans l'élévation de la complexité des malades reçus dans les structures sanitaires de référence (Centre de Santé du Cercle d'installation, hôpital régional, voire hôpital national).

Un renforcement du plateau technique des Centres de Santé de Cercle les amenant à se transformer progressivement en hôpitaux secondaires devrait être une des conséquences de la multiplication des installations de médecins en zone rurale.

Cette évolution devrait s'accompagner d'une ouverture de ces structures de référence aux médecins privés.

Tout médecin qui adresse un malade dans une formation sanitaire publique devrait pouvoir participer à son traitement dans un esprit d'équipe tout en laissant le malade sous la responsabilité du chef de service.

*** Les besoins de financement:**

Pour permettre ces installations les jeunes candidats doivent bénéficier d'un prêt.

Deux ans de différé sont indispensables pour permettre au médecin de se créer une clientèle avant d'avoir à effectuer son remboursement.

Cinq ans d'activité constituent une durée convenable: ni trop courte pour éviter des versements trop élevés, ni trop longue pour permettre le mouvement des médecins.

La grande difficulté qui caractérise ces prêts réside dans l'absence de garantie de la part de l'emprunteur. Le montant de 2 millions de francs CFA qui a été initié doit être considéré comme suffisant pour le médecin.

Il devrait cependant être complété par un prêt à plus long terme et sans différé qui pourrait être accordé à la collectivité qui souhaiterait investir dans l'aménagement des locaux: le remboursement pourrait alors s'effectuer en totalité ou en partie à partir du paiement du loyer mensuel.

5-2-3-Les modifications à apporter aux textes

Si jusqu'à présent, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales n'a pas mis en avant le non respect de certains textes qui sont incompatibles avec une pratique privée de la médecine en zone rurale, il est certain qu'une révision de ces textes s'impose.

Notre travail nous a conduit à faire certaines suggestions allant dans ce sens.

a) Concernant la tarification

L'Arrêté interministériel n°3344/MFC/MSP-AS. du 15/12/86 précise les tarifs des différentes catégories de personnel médical.

C'est ainsi qu'il fixe le tarif de la consultation de médecine générale à 4 185 F. CFA toutes taxes comprises.

Ce chiffre doit être multiplié par 1,5 pour les consultations de nuit, de Dimanche et de jours fériés et par 2 pour les visites à domicile.

Un tel tarif qui a été calculé par un Bureau d'étude selon des comptes qui figurent en annexe, nous semble totalement inadapté à la réalité du monde rural.

Fort heureusement l'article 8 du Décret présidentiel n°89455 du 30/12/89 précise que "tous les produits et services non visés aux articles 3 à 7 du présent décret sont placés sous le régime de la liberté des prix et des engagements réciproques." Les articles indiqués ne concernant que les produits pharmaceutiques humains et vétérinaires, les tarifs des transports internationaux des marchandises, les prix des hydrocarbures et les transports urbains, ne sont donc pas concernés les tarifs des consultations médicales qui bénéficient d'une totale liberté des prix.

Ceci nous paraît une mesure tout à fait acceptable.

En effet, nous estimons que le principe de la libre entente entre le médecin et son malade constitue un aspect essentiel de l'exercice privé de la médecine.

Seule, la signature de conventions entre les médecins et des organismes d'assurance-maladie peut imposer une tarification. Mais celle-ci ne concernera que les bénéficiaires de ces assurances et résultera d'une libre adhésion du médecin.

Une telle libéralisation a pour avantage de permettre au médecin de campagne de se faire payer en nature, si le malade ne dispose pas de ressources monétaires suffisantes.

b) Concernant l'imposition

* Etant assimilé à un commerçant, le médecin est imposé selon le régime des "bénéfices industriels et commerciaux" et doit obligatoirement être soumis au régime du réel (Article 140 du code général des impôts).

En conséquence, il doit tenir une comptabilité rigoureuse, faisant apparaître la totalité de ses recettes et de ses dépenses professionnelles.

L'application d'un tel régime est difficilement réalisable en zone rurale compte tenu de la possibilité de paiement en nature et de son incompatibilité avec le principe de la libéralisation des tarifs.

Par ailleurs, l'article 5 du Code de Déontologie médicale, annexe à la Loi 86-35/AN-RM du 12/4/86 précise que "tout médecin, quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, sauf cas de force majeure, est tenu de porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat si une autre assistance ne peut être assurée". Ainsi, tout médecin est amené à apporter ses soins à des malades sans se préoccuper de savoir au préalable s'ils sont en mesure de le payer.

L'article 32 ajoute: " Le médecin ... est libre de donner gratuitement ses soins, quand sa conscience le lui commande."

Ceci découle du serment d'Hippocrate qui précise que le médecin "apportera ses soins gratuits à l'indigent".

Nous estimons que seule une imposition "au forfait" , qui est seule capable de tenir compte de tous ces aspects de la pratique médicale, est réaliste et souhaitable.

* Le médecin est également soumis à l'obligation de payer une patente.

La Loi n°88 - 32 AN-RM du 13/2/88 le situe dans la première classe du code général des impôts.

A cette fin trois zones ont été définies:

- .la zone 1 pour les médecins installés dans le district de Bamako,
- .la zone 2 pour ceux des chefs lieux de région,
- .la zone 3 pour les autres localités.

Cette Loi détermine des droits fixes et des droits proportionnels.

A l'heure actuelle, un médecin de campagne doit payer au titre de sa patente une somme de 132 000 F par an, à laquelle s'ajoute un droit proportionnel, qui est égal à 10 % de la valeur locative du local professionnel et qui ne doit en aucun cas être inférieur au quart du droit fixe, soit 33 000 F.

C'est donc un minimum de 165 000 F.CFA par an dont devra s'acquitter chaque année un médecin de campagne.

Nous estimons que cette mesure est excessive et qu'il est nécessaire d'envisager la création d'une quatrième zone qui correspondrait aux villages hors des chefs-lieux de Cercle.

Ces médecins installés en zone 4 devraient être totalement exemptés du paiement de toute patente.

Une telle mesure aurait un effet incitatif à l'installation en zone rurale et serait conforme aux options sociales du pays.

c) Concernant le personnel

L'Arrêté n°5107/MSP-AS/CAB. du 5 Mai 1986 précise que "tout cabinet de consultation médicale doit comporter le personnel minimum suivant:

- .un médecin,
- .un infirmier,
- .un aide soignant ou un garçon de salle ou une fille de salle."

Compte tenu du caractère limité du pouvoir d'achat des populations rurales et des difficultés inhérentes à la médecine de campagne, nous estimons que le médecin doit être laissé seul juge du personnel dont il a besoin pour exercer sa profession.

Rien ne s'oppose en effet à ce qu'il effectue lui-même les soins infirmiers qu'il prescrit et que sa femme l'aide à assurer l'accueil des malades et la propreté des locaux.

Il est évident, cependant, que tout personnel employé par le médecin devra disposer des diplômes requis.

d) Concernant les locaux

L'Arrêté n°5107/MSP-AS/CAB. du 5 Mai 1986 précise que "le cabinet de consultation médicale doit comporter au minimum:

- .un bureau de médecin, ou à défaut une salle de consultation médicale pouvant servir de bureau,
- .une salle d'attente et de réception (16 m²),
- .une salle de soins (16 m²)
- .des toilettes".

Un médecin qui s'installe en zone rurale ne peut que louer des locaux déjà existants. Son choix est donc limité et s'il ne parvient pas à trouver de bâtiments présentant les conditions requises, son installation sera compromise.

Nous estimons qu'il serait préférable que les textes soient modifiés de la façon suivante: "En zone rurale, le cabinet de consultation médicale doit comporter au minimum:

- .un bureau du médecin, ou à défaut une salle de consultations médicales pouvant servir de bureau,
- .une salle de soins,
- .un lieux d'attente, protégé des intempéries,
- .des toilettes.

Ces locaux devront être de dimensions suffisantes pour permettre une pratique médicale et un accueil des malades de qualité."

Ainsi, les textes laisseront à la personne qui sera chargée d'inspecter les lieux d'apprécier l'état des locaux.

e) Concernant les activités

Le Décret 177/PG-RM du 23/7/85 précise que le cabinet de consultation médicale a vocation de centre de tri et de soins et ne peut en aucun cas héberger des malades.

Cependant, l'exercice de la médecine en zone rurale amène le médecin à garder auprès de lui des patients dont l'état nécessite sa présence.

Sachant que de nombreux malades refuseront l'hospitalisation par manque de moyens financiers ou de moyens de transport, doit-il les laisser rentrer chez eux pour y mourir ?

Par ailleurs, un médecin de campagne peut être conduit à effectuer des accouchements, des actes médicaux non anodins (tels qu'une ponction lombaire) et des actes de petite chirurgie.

Enfin, devra-t-il laisser rentrer chez lui, c'est à dire parfois à plusieurs dizaines de kilomètres un malade pour lequel l'hospitalisation ne s'impose pas, mais dont l'état laisse une incertitude et nécessiterait une intervention rapide en cas de complication ?

Toutes ces attitudes seraient contraire à l'article 5 du code de déontologie qui précise qu'il est tenu de porter secours à tout malade en danger immédiat, si aucune autre assistance ne peut être assurée.

On peut certainement discuter les limites d'un tel texte mais les réalités sociales des zones rurales du Mali doivent être prises en compte.

L'Article 33 du code de déontologie précise que la tarification forfaitaire est interdite, mais il ajoute "sauf pour un accouchement, une intervention chirurgicale, un traitement dans un établissement de soins, ou dans quelques cas exceptionnels pour une série d'interventions après accord du Conseil Régional".

Il faut donc que le médecin de campagne, c'est à dire le médecin installé dans la zone 4 évoquée ci-dessus soit autorisé à garder des malades auprès de lui et à leur demander un tel type de tarif pour leur séjour.

Les nouveaux textes pourront préciser que le médecin qui souhaite garder des malades auprès de lui doit le faire figurer dans sa demande de licence, les locaux d'hébergement et de soins au malades étant portés sur le plan des bâtiments. Le terme de clinique rurale pourrait alors être employé.

f) Concernant les relations avec les services du M.S.P.-A.S.

Une fois qu'il est installé dans le secteur privé, un médecin n'a pas l'obligation d'avoir des relations avec les services du Ministère de la Santé.

Tout au plus, peut-il être l'objet d'une réquisition des autorités administratives et de visites d'inspection.

Cependant, le bon sens laisse penser que l'amélioration de la situation sanitaire des populations rurales nécessite une étroite collaboration entre médecine publique et privée.

Un texte devrait donc permettre au médecin de signer librement une convention avec le médecin chef de Cercle par laquelle il s'engagerait à aider ce dernier dans la réalisation de certains services s'inscrivant dans le cadre de ses responsabilités.

Cependant, ces services devront lui être payés.

Le principe de ces conventions devrait consister en un système d'allocations contractuelles.

Il pourrait s'agir par exemple de la fourniture de données statistiques, ou de la réalisation de certains actes, tels que les vaccinations, le dépistage et le traitement de maladies telles que la lèpre ou la tuberculose, la réalisation d'un programme d'information sur le S.I.D.A., la réalisation de visites scolaires, etc...

Ces conventions pourront également prévoir que le médecin peut "avoir sa blouse au Centre de Santé de Cercle ou à l'Hôpital", c'est à dire qu'il peut y suivre certains malades ou effectuer certaines interventions chirurgicales, en accord avec le médecin chef de l'établissement ou du service hospitalier concerné.

5-3-Autres recommandations

-Il nous semble utile que soit créée une coopérative des praticiens de médecine sociale.

Elle regrouperait les médecins de campagne avec tous ceux qui partagent les principes de la médecine sociale, dont le plus important concerne l'accessibilité, à savoir les médecins des Centres de Santé communautaires, mutualistes ou confessionnels.

Un de ses principaux rôles serait de gérer un secrétariat permanent.

Situé à Bamako , il aurait pour fonctions:

.d'assurer l'approvisionnement régulier et au meilleur prix possible des médecins en produits consommables, tels que fils de sutures, produits anesthésiques, réactifs de laboratoire, films radio...

.de faciliter l'acquisition d'équipements et de pièces de rechanges, soit par achat à un prix modéré, soit par don.

.de trouver en temps utile et sans avoir à se rendre à Bamako un remplaçant lorsque nécessaire,

.de régler des problèmes administratifs ou techniques sans avoir à se rendre dans la capitale.

La communication entre le secrétariat et les médecins devrait se faire par un réseau d'appareils émetteurs-récepteurs: chaque médecin serait équipé d'un tel appareil grâce auquel il pourrait non seulement communiquer avec le secrétariat, mais aussi avec les structures sanitaires officielles (par exemple pour des affections à déclaration obligatoire ou pour appeler une ambulance) et avec leurs collègues.

-En fin il nous semble très important que cette étude sur l'expérience des "médecins de campagne" soit continue. Elle devra analyser les cas selon les différentes zones d'installation (zone C.M.D.T. , zone de l'Office du Niger, la première région) afin de dégager les problématiques liées à cette approche nouvelle de l'action sanitaire.

6-CONCLUSIONS

1- Depuis quelques années, le Mali se trouve à une phase charnière de l'histoire de son système de santé.

En effet,

. pour la première fois, il dispose de suffisamment de cadres pour se demander comment les utiliser et éviter qu'ils ne restent désœuvrés ou qu'ils ne se consacrent à d'autres activités que celles pour lesquelles ils ont été formés,

. la libéralisation de la plupart des secteurs socio-économiques et la redéfinition de la place de l'Etat dans la vie du pays offrent des perspectives nouvelles qui n'existaient pas lorsque ce dernier détenait le monopole d'un grand nombre de services, dont ceux du secteur de la santé.

Bien que le phénomène urbain occupe une place croissante dans la détermination des problèmes de santé prioritaires, c'est encore en zone rurale où vit plus de 75 % de la population malienne que se joue la réussite ou l'échec de toute politique de santé.

* Fort de ce constat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a demandé à l'Ecole Nationale de Médecine et de pharmacie de l'aider à lancer un programme d'installation de jeunes médecins en zone rurale.

L'expérience des autres pays africains tendrait à faire croire qu'une telle idée est utopique, puisqu'aucun d'entr'eux n'a connu le moindre courant d'installation de docteurs en médecine en dehors des villes.

Même au Mali, sa formulation est l'objet de préjugés défavorables qui laissent entendre que:

. les populations rurales n'ont pas assez d'argent pour pouvoir faire face au surcroît des dépenses d'une médecine privée.

. les jeunes médecins maliens refusent d'aller vivre dans les villages.

Or que devrait-on penser d'un système de santé qui destinerait les médecins aux zones urbaines considérant que les populations rurales peuvent se satisfaire des compétences d'infirmiers ou d'aides soignants ?

* C'est ainsi qu'envers et contre tout, la première expérience d'installation d'un médecin de campagne a débuté en Septembre 1989 dans le village de Ntosoni dans le Cercle de Koutiala.

2- A travers notre thèse, nous avons cherché à relater les premiers pas de notre aîné et à procéder à l'évaluation de sa pratique au terme de sa première année d'activités.

* La première partie de ce travail a donc consisté à présenter toutes les étapes de l'installation, en accordant une place particulière à l'étude de faisabilité qui a permis de conclure à la viabilité théorique du projet et d'obtenir de la Coopération Française l'octroi d'un prêt d'installation.

* La deuxième partie a fait part des résultats de cette première expérience.

Ils confirment globalement le bien fondé des hypothèses qui ont permis de concevoir cette stratégie nouvelle et sur lesquelles a été construite leur étude de faisabilité.

C'est ainsi qu'en un an, le médecin a effectué entr'autres 1 532 consultations alors que l'étude de faisabilité en prévoyait 1 507.

Quant à ses recettes, elles ont été de 1 502 600 F. Mais elles se seraient élevées à 1 504 500 F, si le médecin avait respecté les tarifs qu'il avait préalablement établis et s'il n'avait pas accordé de crédit à certains malades.

Malheureusement, l'absence d'enregistrement complet des dépenses n'a pas permis de calculer le revenu exact du médecin.

Ainsi au terme de cette thèse, nous pouvons dire que le médecin de Ntosoni travaille; il est reconnu par la population; les services qu'il offre sont a priori garantis par sa qualification; il considère que ses revenus sont suffisants pour répondre à son attente et malgré la rigueur de ses conditions de vie, il ne semble nullement se décourager.

Il n'en est pourtant qu'à la première phase de son processus d'installation et peut espérer une extension importante de sa clientèle, de ses activités et donc de ses revenus.

* Cependant, nous avons eu à identifier certaines faiblesses qui agissent de façon négative sur le fonctionnement de son cabinet.

Elles concernent notamment:

-la prescription de spécialités: le médecin n'a pas intégré jusqu'à ce jour l'utilisation des médicaments essentiels présentés en Dénomination Commune Internationale dans sa pratique.

-l'insuffisance des règles de gestion: il néglige encore une part importante des principes de gestion qui conditionnent l'avenir de son entreprise.

-la place excessive accordée aux activités de petite chirurgie: elles sont à l'origine de près de la moitié des recettes du cabinet, alors qu'elles auraient du provenir pour la plupart des consultations de médecine générale.

-l'insuffisance des déplacements en dehors de la localité d'installation: le médecin n'a pas accordé aux déplacements dans les villages environnants la place qui devrait du être la leur.

* Une des conclusions importantes de notre travail concerne la nécessité que les textes qui président à l'exercice privé de la médecine soit revus et adaptés à la pratique en zone rurale. A ce titre, la notion de clinique rurale doit être envisagée.

* Enfin nous estimons essentiel que le Ministère de la Santé étudie les possibilités de collaboration entre le secteur public et les médecins de campagne.

Leur présence permanente au sein des populations isolées et le degré de confiance qui doit inévitablement s'établir entr'eux et la population constituent des atouts considérables pour le Ministère de la Santé.

En effet, ils contribuent activement à la couverture sanitaire du pays et seraient en mesure de participer de façon très efficace et relativement peu coûteuse à la mise en oeuvre de la plupart des programmes de santé.

Le Programme Elargie de Vaccination ou le Planning Familial en sont deux exemples.

Il sera cependant nécessaire d'introduire la notion d'allocations contractuelles, afin que cette collaboration puisse légitimement constituer pour ces médecins une source de recettes complémentaires.

3- Au terme de ce travail, nous osons affirmer que malgré les quelques insuffisances rencontrées dans cette première expérience tout laisse penser qu'elle sera en mesure de répondre à la fois à l'attente du Ministère de la Santé qui pourra y trouver un support essentiel dans la mise en oeuvre de sa politique, à celle des jeunes médecins qui sortent de l'école de médecine et qui sont à la recherche d'un emploi et à celle des populations qui enfin disposeront d'un système de santé plus accessible et performant que ce qu'ils ont connu jusqu'à ce jour.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Anonyme,
Fiches techniques de la Z.A.E.R de Ntosoni de la campagne agricole de
1980 - 1981 à celle de 1988 - 1989.
Secteur C.M.D.T de Mpepassoba, 1989.
- 2 - Anonyme,
Recapitulatif des données sur la lèpre dans la région africaine
de l'O.M.S.,
O.M.S., WHO/Lep/WP/01,
Bamako, 1990, 14 pages.
- 3 - Centre d'Etude et de Promotion Industrielle,
Conditions d'implantation des établissements médicaux du secteur
privé au Mali,
E.I. /020- 16/86,
Bamako, Juin 1986, 64 pages.
- 4 - Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Rapport de la deuxième mission d'évaluation du projet "Médecins de
Campagne",
Document dactylographié, Bamako, Janvier 1990, 7 pages.
- 6 - COULIBALY Tièkoura. B.,
Contribution à la lutte antituberculeuse en milieu rural au Mali,
Thèse de Médecine, Bamako, 1980, 102 pages.
- 7 - DEMBELE Issa .B.
Projet d'installation dans un village du Cercle de Koutiala du docteur
Issa Dembélé dans le cadre de l'exercice privé de la médecine,
Publication de l'E.N.M.P, Bamako, Juillet 1989, 16 pages.
- 8 - DIABATE Moussa,
Contribution à l'étude de la prévalence de la séroconversion
anti- V.I.H. chez les lepreux lepromateux à Bamako,
Thèse de Pharmacie, Bamako, 1988, 101 pages.
- 9 - DIANI Fatoumata,
Evaluation de la situation sanitaire au Mali,
Thèse de Pharmacie, Bamako, 1985, 214 pages.
- 10 - D.N.P.F.S.S.,
Plan décennal de développement socio-sanitaire du Mali 1981-1990,
Bamako, 1982.

- 11 - D.N.P.F.S.S,
Carte sanitaire du Mali,
Document photocopié, Bamako, Octobre 1987.
- 12 - D.N.P.F.S.S,
Annuaire statistique du M.S.P-A.S - 1988,
Bamako, 1988.
- 13 - D.N.P.F.S.S,
Rapports annuels des services socio-sanitaires du Mali.
Bamako, 1988.
- 14 - D.N.P.F.S.S,
Rapport d'évaluation de la couverture vaccinale au Mali,
M.S.P-A.S.-UNICEF-P.N.U.D/O.M.S,
Bamako, 1990.
- 15 - D.N.S.I,
Analyse du recensement de 1976, caractéristiques démographiques,
tome III,
Bamako, 1985, 243 pages.
- 16 - D.N.S.I,
Enquête sur les dépenses des ménages urbains de Mai 1985 à
Juin 1986, Résultats définitifs,
Document photocopié, Bamako, Janvier 1989, 202 pages.
- 17 - D.N.S.I,
Recensement général de la population et de l'habitat 1987,
Résultats définitifs, Volume 0, Tome 2, Bureau Central
de Recensement,
Bamako, Janvier 1990, 384 pages.
- 18 - D.N.P.F.S.S,
Annuaire statistique des services socio-sanitaires - Année 1987,
Bamako, Novembre 1988, 219 pages.
- 19 - Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali,
Evaluation sanitaire de la zone C.M.D.T. , évaluation épidémiologique:
<< Mali 1984 - 1985 >>, Projet Mali - SUD II,
Document photocopié, Bamako, 1985, 81 pages.

- 10 - Brunet JAILLY J., DIARRA T. , SOULA G. ,
 Les dépenses de Santé dans l'économie familiale rurale: compte rendu d'une enquête réalisée dans les Arrondissements de Didièni, Dioïla et Kangaba entre Avril 1986 et Juillet 1987, Publication de l'I.N.R.S.P , Bamako, 1987, 99 pages.
- 20 - KAREMBE Amadou A. ,
 Contribution à l'estimation des dépenses de santé des familles rurales dans le Cercle de Kolokani,
 Thèse de Médecine, Bamako, 1987, 55 pages.
- 21 - KOITA A. , Brunet JAILLY J. , COULIBALY S.O. , DIARRA K. ,
 Le Financement des coûts récurrents de la Santé au Mali,
 WHO/SHS/NHP/ 89. 10,
 O.M.S., Genève, 1989, 166 pages.
- 22 - KOUMARE Benoît Y. ,
 Evaluation de la dépense publique de santé au Mali, approche économétrique,
 Thèse de Pharmacie, Bamako, 1985, 82 pages.
- 23 - MARICO Moussa,
 Etude du système de santé du Cercle de Kolokani en 1987,
 Thèse de Médecine, Bamako, 1988, 129 pages.
- 24 - M.F.C/M.S.P-A.S,
 Arrêté Interministeriel n° 3344/MFC/MSP-AS du 15 Décembre 1986
 Fixant les Tarifs et Barèmes des Actes Médicaux et de l'Hospitalisation dans le Secteur Privé,
 Bamako, 1986, 3 pages.
- 25 - M.S.P-A.S (Mali - Comité Mixte - OMS - UNICEF),
 Expérience des Soins de Santé Primaires,
 Bamako, 1980, 70 pages.
- 26 - M.S.P-A.S - Cabinet,
 Arrêté n° 5107/MSP-AS/CAB. du 5 Mai 1986, Portant Modalités d'Application du Décret n° 177/PG-RM. du 23 Juillet 1985 Portant Organisation de l'Exercice Privé des Professions Médicales et Paramédicales,
 Bamako, 1986, 20 pages.

- 28 - M.S.P-A.S - Direction Nationale de la Santé Publique,
Rapport d'évaluation de la politique des Soins de Santé Primaires,
Document polycopié, Bamako, 1989, 45 pages.
- 29 - M.S.P-A.S - Cabinet,
Plan de relance des Soins de Santé Primaires, Initiative de Bamako:
cadre conceptuel,
Bamako, 1989, 39 pages.
- 30 - M.S.P-A.S - Cabinet,
Arrêté n° 2728/MSP-AS/CAB. du 30 Septembre 1989 fixant les
Délais de Délivrance des Autorisations de l'Exercice à Titre Privé
des Professions Socio-sanitaires.
Bamako, 1989, 3 pages.
- 31 - M.S.P-A.S - Cabinet,
Rapport d'étape sur la privatisation des professions socio-sanitaires.
Bamako, 1990, 10 pages + Annexes.
- 32 - QUATTARA Almoustafa,
Le Programme Elargie de Vaccination à calendrier simplifié dans le
Cercle de Kolokani (Mali), description et premiers éléments
d'évaluation,
Thèse de Médecine, Bamako, 1985, 119 pages.
- 33 - Présidence de la République - Secrétariat Général du Gouvernement,
Loi n° 85 - 41/AN-RM. du 22 Juin 1985 Portant Autorisation de
l'Exercice Privé des Professions Sanitaires,
Bamako, 1985, 4 pages.
- 34 - Présidence du Gouvernement - Secrétariat Général du Gouvernement,
Décret n° 177/PG-RM. du 23 Juillet 1985 Portant Organisation de
l'Exercice Privé des Professions Sanitaires.
Bamako, 1985, 10 pages.
- 35 - Présidence de la République - Secrétariat Général du Gouvernement,
Loi n° 86-35/AN-RM. du 12 Avril 1986 Portant Institution de l'Ordre
National des Médecins.
Bamako, 1986, 9 pages.
- 36 - Présidence de la République - Secrétariat Général du Gouvernement,
Loi 88-32/AN-RM. Portant Modification du Code Général des Impôts.
Bamako, 1988.

37 - Présidence du Gouvernement - Secrétariat Général du Gouvernement,
Loi 88-36/AN-RM. du 5 Avril 1988 Complétant la Loi 86-39/AN-RM.
Portant Code des Investissements,
Bamako, 1988.

38 - Présidence du Gouvernement - Secrétariat Général du Gouvernement,
Décret n° 89-455/PG-RM. du 30 Décembre 1989 Portant
Détermination de la Procédure de Fixation des Prix,
Bamako, 1989.

ND 5 - COULIBALY Salif,

Contribution à l'Etude de l'Exercice Privé de la
Médecine au Mali.

Thèse de Médecine, Bamako 1989, 341 pages.

ANNEXES

ANNEXE N°1: formulation des hypothèses et données de base

m	Distance village/Mtesoni	
	Soins m1	Smi m2
	< 3 km	1
	3-4 km	0,85
	5-6 km	0,75
	7-9 km	0,7
	10-14 km	0,55
	15-19 km	0,4
	20-24 km	0,3
	25-29 km	0,2

a=Distance /d'autres structures sanitaires	
< 3 km	0,5
3-4 km	0,6
5-6 km	0,7
7-9 km	0,8
10-14 km	0,9
15-19 km	1
20-24 km	1
25-29 km	1

b=Qualification dans les autres structures sanitaires	
médecin	3
infirmier ou sage femme	2
aide soignant ou matrone	1

e=Population vivant à moins de 15 km du Cabinet

a	a1=Distance entre le village étudié et une autre structure de santé n°1
b	b1=Qualification la plus élevée de la structure de santé n°1

a2=Distance entre le village étudié et une autre structure de santé n°2
b2=Qualification la plus élevée de la structure de santé n°2

w=Besoins des populations en matière de services de santé

w1	Consultations externes	1 n.e./pers./an
w2	Soins infirmiers	2 soins/pers./an
w3	Actes de petite chirurgie	0,02 n.e./pers./an
w4	Taux de grossesse	0,046
w5	Taux de natalité	0,045
w6	Consultations prénatales par grossesse	2 cons./grossesse
w7	Consultations postnatales	1 cons./nais. viv.
w8	Consultation planning familial (18-44 ans)	2 cons./femme/an
w9	Consultations des enfants sains (0-6 ans)	2 cons./enfant/an
w10	Taux de prévalence de la lèpre	0,50%
w11	Taux de prévalence de la tuberculose	0,50%

x=Progression des activités régulières

x1	année 1	trimestre 1	0,2
x2		trimestre 2	0,3
x3		trimestre 3	0,4
x4		trimestre 4	0,5
x5	année 2	trimestre 1	0,6
x6		trimestre 2	0,7
x7		trimestre 3	0,8
x8		trimestre 4	0,9
x9	année 3		1

y=Progression des activités contractuelles

année 1	trimestre 1	0
	trimestre 2	0
	trimestre 3	0
	trimestre 4	0
année 2	trimestre 1	0,2
	trimestre 2	0,4
	trimestre 3	0,6
	trimestre 4	0,8
année 3		1

o=niveau des objectifs à atteindre

o1	Médecine de soins	0,4	
o2	Consultations prénatales	0,3	
o3	Accouchements	0,3	
o4	Consultations postnatales	0,3	
o5	Consultations enfants sains	0,2	
o6	Planning familial	0,05	
o7	Vaccinations	0,6	
o8	Lèpre et tuberculose	Dépistage	0,5
o9		Traitement	0,3

z=Structure de la population

z1	Enfants inférieurs 0-6 ans	0,2
z2	Femmes de 18-44 ans	0,24
z3	Enfants à vacciner	0,04

ANNEXE N°3: Evolution trimestrielle des consultations de médecine générale au cours des trois premières années d'activités du cabinet.

NOM DES VILLAGES	p= POPUL.	r1= m1 ±n1 ±n2	q1=(p ±r1 ±o1 ±w1 ±x)										
			année 1					année 2					année 3
			t.1 0,2	t.2 0,3	t.3 0,4	t.4 0,5	total T1	t.1 0,6	t.2 0,7	t.3 0,8	t.4 0,9	total T2	T3
Niosoni	2986	1	57,7	86,6	115	144	404	173	202	231	260	866	1154
Karagouana	2183	0,19125	8,35	12,5	16,7	20,9	58,4	25	29,2	33,4	37,6	125	167
Diéla	348	0,15	1,04	1,57	2,09	2,61	7,31	3,13	3,65	4,18	4,7	15,7	20,88
Ntaria	1157	0,1125	2,6	3,9	5,21	6,51	18,2	7,81	9,11	10,4	11,7	39	52,07
Zantona	699	0,2835	3,96	5,94	7,93	9,91	27,7	11,9	13,9	15,9	17,8	59,4	79,27
Kenina	2476	0,315	15,6	23,4	31,2	39	109	46,8	54,6	62,4	70,2	234	312
Bambougou	484	0,315	3,05	4,57	6,1	7,62	21,3	9,15	10,7	12,2	13,7	45,7	60,98
Kola	1123	0,1575	3,54	5,31	7,07	8,84	24,8	10,6	12,4	14,1	15,9	53,1	70,75
Nianabougou	327	0,245	1,6	2,4	3,2	4,01	11,2	4,81	5,61	6,41	7,21	24	32,06
Yogoraso	355	0,245	1,74	2,61	3,48	4,35	12,2	5,22	6,09	6,96	7,83	26,1	34,79
Bamana	498	0,1375	1,37	2,05	2,74	3,42	9,59	4,11	4,79	5,48	6,16	20,5	27,39
Kalomouse	807	0,11	1,78	2,66	3,55	4,44	12,4	5,33	6,21	7,1	7,99	26,6	35,51
SRCFJ	581	0,1375	1,6	2,4	3,2	3,99	11,2	4,79	5,59	6,39	7,19	24	31,96
Sogotéla	1900	0,22	8,36	12,5	16,7	20,9	58,5	25,1	29,3	33,4	37,6	125	167,2
Waringamana	408	0,2475	2,02	3,03	4,04	5,05	14,1	6,06	7,07	8,08	9,09	30,3	40,39
Zandiéla	969	0,165	3,2	4,8	6,4	7,99	22,4	9,59	11,2	12,8	14,4	48	63,96
Danzana	351	0,16	1,12	1,68	2,25	2,81	7,96	3,37	3,93	4,49	5,05	16,8	22,46
Fizarkoro	1401	0,18	5,04	7,57	10,1	12,6	35,3	15,1	17,7	20,2	22,7	75,7	100,9
Palla	359	0,14	1,01	1,51	2,01	2,51	7,04	3,02	3,52	4,02	4,52	15,1	20,1
Mpéssoba	6266	0,1	12,5	18,8	25,1	31,3	87,7	37,6	43,9	50,1	56,4	188	250,6
Néguéla	1325	0,32	8,48	12,7	17	21,2	59,4	25,4	29,7	33,9	38,2	127	169,6
Ferme agricole	435	0,1	0,87	1,31	1,74	2,18	6,09	2,61	3,05	3,48	3,92	13,1	17,4
Ngolentanaso	2328	0,2	9,31	14	18,6	23,3	65,2	27,9	32,6	37,2	41,9	140	186,2
Nankorola	1077	0,14	3,02	4,52	6,03	7,54	21,1	9,05	10,6	12,1	13,6	45,2	60,31
Niéssoumana	1174	0,32	7,51	11,3	15	18,8	52,6	22,5	26,3	30,1	33,8	113	150,3
Dintiola	1437	0,18	5,17	7,76	10,3	12,9	36,2	15,5	18,1	20,7	23,3	77,6	103,5
Zanngoroia	1431	0,4	11,4	17,2	22,9	28,6	80,1	34,3	40,1	45,8	51,5	172	229
Saun	617	0,15	1,85	2,78	3,7	4,63	13	5,55	6,48	7,4	8,33	27,8	37,02
Yafola	871	0,09	1,57	2,35	3,14	3,92	11	4,7	5,49	6,27	7,06	23,5	31,36
Tomina	635	0,135	1,71	2,57	3,43	4,29	12	5,14	6	6,86	7,72	25,7	34,29
Bana	1122	0,27	6,06	9,09	12,1	15,1	42,4	18,2	21,2	24,2	27,3	90,9	121,2
Konséguéla	3366	0,075	5,05	7,57	10,1	12,6	35,3	15,1	17,7	20,2	22,7	75,7	101
Daréso	3355	0,15	10,1	15,1	20,1	25,2	70,5	30,2	35,2	40,3	45,3	151	201,3
Béndougou	378	0,08	0,6	0,91	1,21	1,51	4,23	1,81	2,12	2,42	2,72	9,07	12,1
Mpéékoso	976	0,16	3,12	4,68	6,25	7,81	21,9	9,37	10,9	12,5	14,1	46,8	62,46
Kvo	1386	0,06	1,66	2,49	3,33	4,16	11,6	4,99	5,82	6,65	7,48	24,9	33,26
Teroso	384	0,08	0,61	0,92	1,23	1,54	4,3	1,84	2,15	2,46	2,76	9,22	12,29
TOTAL	47875		215	323	431	538	1507	646	754	861	969	3230	4307

ANNEXE N°4: Calcul des facteurs de pondération propres aux activités de S.M.I.

NOM DES VILLAGES	POPUL.	DISTANCE/		CONCURRENCE S.S.1			CONCURRENCE S.S.2				r2=	
		DIS/NTOS.	n2	DIS/SS.1	a1	b1	a1/b1	DIS/SS.2	a2	b2		a2/b2
Ntosoni	2886	0	1	-	1	1	1	-	1	1	1	1
Karagouana	2163	3	0,7	0	0,5	1	0,5	10	0,9	2	0,45	0,1575
Diéla	348	6	0,55	7	0,8	2	0,4	20	1	2	0,5	0,11
Ntaria	1157	6	0,55	3	0,6	2	0,3	15	1	2	0,5	0,0825
Zantona	699	7	0,45	11	0,9	1	0,9	10	0,9	2	0,45	0,18225
Konina	2476	8	0,45	12	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,2025
Bambougou	484	9	0,45	10	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,2025
Kola	1123	9	0,45	0	0,5	1	0,5	12	0,9	2	0,45	0,10125
Nianabougou	327	9	0,45	6	0,7	1	0,7	17	1	2	0,5	0,1575
Yogoraso	355	9	0,45	5	0,7	1	0,7	17	1	2	0,5	0,1575
Bamana	498	10	0,3	15	1	2	0,5	23	1	2	0,5	0,075
Kolomouso	807	13	0,3	9	0,8	2	0,4	15	1	2	0,5	0,06
BRDFJ	581	13	0,3	0	0,7	2	0,35	-	1	1	1	0,105
Sogotéla	1900	14	0,3	9	0,8	2	0,4	-	1	1	1	0,12
Waringamana	408	14	0,3	10	0,9	1	0,9	23	1	2	0,5	0,135
Zandiéla	969	14	0,3	3	0,6	2	0,3	-	1	1	1	0,09
Denzana	351	15	0,2	8	0,8	2	0,4	-	1	1	1	0,08
Fisankoro	1401	15	0,2	14	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,09
Palla	359	16	0,2	6	0,7	2	0,35	-	1	1	1	0,07
Npéssoba	6266	16	0,2	0	0,5	2	0,25	-	1	1	1	0,05
Néguéla	1325	16	0,2	7	0,8	1	0,8	23	1	1	1	0,16
Ferme agricole	435	17	0,2	0	0,5	2	0,25	-	1	1	1	0,05
Ngolonianaso	2328	17	0,2	0	0,5	1	0,5	25	1	1	1	0,1
Nankorola	1077	18	0,2	5	0,7	2	0,35	-	1	1	1	0,07
Niéssoumana	1174	18	0,2	9	0,8	2	0,4	29	1	1	1	0,08
Dintfiola	1437	19	0,2	12	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,09
Zangorola	1431	19	0,2	17	1	2	0,5	23	1	1	1	0,1
Soun	617	21	0,1	18	1	2	0,5	-	1	1	1	0,05
Yafela	871	21	0,1	3	0,6	1	0,6	22	1	2	0,5	0,03
Tomina	635	22	0,1	11	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,045
Bana	1122	23	0,1	10	0,9	2	0,45	-	1	1	1	0,045
Konséguéla	3366	23	0,1	0	0,5	2	0,25	-	1	1	1	0,025
Daréso	3355	24	0,1	15	1	2	0,5	22	1	1	1	0,05
Béndougou	378	25	0,05	8	0,8	1	0,8	25	1	2	0,5	0,02
M'pélékoso	976	25	0,05	9	0,8	1	0,8	16	1	1	1	0,04
Kwo	1386	27	0,05	4	0,6	2	0,3	-	1	1	1	0,015
Toraso	384	29	0,05	8	0,8	2	0,4	-	1	1	1	0,02

ANNEXE N°5: Evolution trimestrielle des consultantes prénatales.

ROM DES VILLAGES	POPUL.	r2= m2*n1*f n2	q2=p*4+e3+r2*x										
			année 1					année 2					année 3
			t.1	t.2	t.3	t.4	total	t.1	t.2	t.3	t.4	total	3
0,2	0,3	0,4	0,5	T1	0,6	0,7	0,8	0,9	T2	T3			
Mtosoni	2386	1	1,99	2,99	3,98	4,98	13,94	5,97	6,97	7,97	8,96	29,87	39,83
Karagouana	2183	0,1575	0,24	0,36	0,47	0,59	1,661	0,71	0,83	0,95	1,07	3,559	4,745
Diéla	348	0,11	0,03	0,04	0,05	0,07	0,185	0,08	0,09	0,11	0,12	0,396	0,528
Mtaria	1157	0,0825	0,07	0,1	0,13	0,16	0,461	0,2	0,23	0,26	0,3	0,988	1,317
Zantona	699	0,18225	0,09	0,13	0,18	0,22	0,615	0,26	0,31	0,35	0,4	1,319	1,758
Konina	2476	0,2025	0,35	0,52	0,69	0,86	2,422	1,04	1,21	1,38	1,56	5,189	6,919
Bambougou	484	0,2025	0,07	0,1	0,14	0,17	0,473	0,2	0,24	0,27	0,3	1,014	1,353
Kola	1123	0,10125	0,08	0,12	0,16	0,2	0,549	0,24	0,27	0,31	0,35	1,177	1,569
Nianabougou	327	0,1575	0,04	0,05	0,07	0,09	0,249	0,11	0,12	0,14	0,16	0,533	0,711
Yogoraso	355	0,1575	0,04	0,06	0,08	0,1	0,27	0,12	0,14	0,15	0,17	0,579	0,772
Bamana	498	0,075	0,03	0,04	0,05	0,06	0,18	0,08	0,09	0,1	0,12	0,387	0,515
Kolomouso	807	0,06	0,03	0,05	0,07	0,08	0,234	0,1	0,12	0,13	0,15	0,501	0,668
SRDFJ	581	0,105	0,04	0,06	0,08	0,11	0,295	0,13	0,15	0,17	0,19	0,631	0,842
Sogotéla	1900	0,12	0,16	0,24	0,31	0,39	1,101	0,47	0,55	0,63	0,71	2,36	3,146
Yarinyamana	408	0,135	0,04	0,06	0,08	0,1	0,266	0,11	0,13	0,15	0,17	0,57	0,76
Zandiéla	969	0,09	0,06	0,09	0,12	0,15	0,421	0,18	0,21	0,24	0,27	0,903	1,203
Danzana	351	0,08	0,02	0,03	0,04	0,05	0,136	0,06	0,07	0,08	0,09	0,291	0,388
Fisankoro	1401	0,09	0,09	0,13	0,17	0,22	0,609	0,26	0,3	0,35	0,39	1,305	1,74
Palla	359	0,07	0,02	0,03	0,03	0,04	0,121	0,05	0,06	0,07	0,08	0,26	0,347
Mpéssoba	6266	0,05	0,22	0,32	0,43	0,54	1,513	0,65	0,76	0,86	0,97	3,243	4,324
Néguéla	1325	0,16	0,15	0,22	0,29	0,37	1,024	0,44	0,51	0,59	0,66	2,194	2,928
Ferme agricole	435	0,05	0,02	0,02	0,03	0,04	0,105	0,05	0,05	0,06	0,07	0,225	0,3
Ngolontanaso	2328	0,1	0,16	0,24	0,32	0,4	1,124	0,48	0,56	0,64	0,72	2,409	3,213
Nankarola	1077	0,07	0,05	0,08	0,1	0,13	0,364	0,16	0,18	0,21	0,23	0,78	1,04
Niessoumana	1174	0,08	0,06	0,1	0,13	0,16	0,454	0,19	0,23	0,26	0,29	0,972	1,296
Dintola	1437	0,09	0,09	0,13	0,18	0,22	0,625	0,27	0,31	0,36	0,4	1,339	1,785
Zangorola	1431	0,1	0,1	0,15	0,2	0,25	0,691	0,3	0,35	0,39	0,44	1,481	1,975
Soun	617	0,05	0,02	0,03	0,04	0,05	0,149	0,06	0,07	0,09	0,1	0,319	0,426
Yafola	871	0,03	0,02	0,03	0,04	0,05	0,126	0,05	0,06	0,07	0,08	0,27	0,361
Tomina	635	0,045	0,02	0,03	0,04	0,05	0,138	0,06	0,07	0,08	0,09	0,296	0,394
Bana	1122	0,045	0,03	0,05	0,07	0,09	0,244	0,1	0,12	0,14	0,16	0,523	0,697
Konséguéla	3366	0,025	0,06	0,09	0,12	0,15	0,406	0,17	0,2	0,23	0,26	0,871	1,161
Daréso	3355	0,05	0,12	0,17	0,23	0,29	0,81	0,35	0,41	0,46	0,52	1,736	2,315
Béndougou	378	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,037	0,02	0,02	0,02	0,02	0,078	0,104
M'pélékoso	976	0,04	0,03	0,04	0,05	0,07	0,189	0,08	0,09	0,11	0,12	0,404	0,539
Kwo	1386	0,015	0,01	0,02	0,03	0,04	0,1	0,04	0,05	0,06	0,06	0,215	0,287
Toroso	384	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,037	0,02	0,02	0,02	0,02	0,079	0,106
TOTAL	47875		4,6	6,9	9,2	12	32,3	14	16	18	21	69,3	92,4

ANNEXE N°6: Evolution trimestrielle de l'ensemble des activités.

		année 1					année 2					année 3
MEDECINE DE SOINS		t.1	t.2	t.3	t.4	total	t.1	t.2	t.3	t.4	total	3
1	Consultations de médecine générale	215	323	431	538	1507	646	754	861	969	3230	4307
2	Soins infirmiers	430	646	862	1076	3014	1292	1508	1722	1938	6460	8614
3	Actes de petite chirurgie	4,3	6,46	8,62	10,8	30,1	12,9	15,1	17,2	19,4	64,6	86,1
SANTE MERE ET ENFANT												
4	Consultantes prénatales	4,6	6,9	9,2	12	32,3	14	16	18	21	69,3	92,4
5	Consultations prénatales	9,2	13,8	18,4	24	64,6	28	32	36	42	139	185
6	Accouchements	4,5	6,75	9	11,7	31,6	13,7	15,7	17,6	20,5	67,8	90,4
7	Consultations postnatales	4,5	6,75	9	11,7	31,6	13,7	15,7	17,6	20,5	67,8	90,4
8	Enfants sains consultés	13,3	20	26,7	34,8	93,6	40,6	46,4	52,2	60,9	201	268
9	Consultations enfants sains	26,7	40	53,3	69,6	197	81,2	92,8	104	122	402	536
10	Consultantes planning familial	4	6	8	10,4	28,1	12,2	13,9	15,7	18,3	60,3	80,3
11	Consultations planning familial	8	12	16	20,9	56,2	24,3	27,8	31,3	36,5	121	161
12	Actes de vaccination antitétanique	0	0	0	0	0	28	32	36	42	139	185
13	Enfants à vacciner	0	0	0	0	0	20,6	41,3	61,9	82,6	206	413
14	Actes de vaccination	0	0	0	0	0	103	206	310	413	1032	2249
MALADES TRANSMISSIBLES												
15	Lepreux à dépister	0	0	0	0	0	0,4	0,94	1,61	2,42	5,38	13,5
16	Lepreux à traiter	0	0	0	0	0	0,24	0,57	0,97	1,45	3,23	8,08
17	Tuberculeux à dépister	0	0	0	0	0	0,4	0,94	1,61	2,42	5,38	13,5
18	Tuberculeux à traiter	0	0	0	0	0	0,24	0,57	0,97	1,45	3,23	8,08

A	Consultations de médecine générale	$A=q1$
B	Soins infirmiers	$B=A*w2$
C	Actes de petite chirurgie	$C=A*0,02$
D	Consultantes prénatales	$D=q2$
E	Consultations prénatales	$E=D*w6$
F	Accouchements	$F=(p*v5*r3*r2*K)$
G	Consultations postnatales	$G=f*w7$
H	Enfants sains consultés	$H=(p*z1*r2*o5*x)$
I	Consultations enfants sains	$I=H*w9$
J	Consultantes planning familial	$J=(p*z2*r2*o6*x)$
K	Consultations planning familial	$K=J*w8$
L	Actes de vaccination antitétanique	$L=D*2$
M	Enfants à vacciner	$M=(e*z3*o7*y)$
N	Actes de vaccination	$N=M*5$
O	Lepreux à dépister	$O=(p*v10*r1*o8*y)$
P	Lepreux à traiter	$P=(p*v10*r1*o9*y)$
Q	Tuberculeux à dépister	$Q=(p*v11*r1*o8*y)$
R	Tuberculeux à traiter	$R=(p*v12*r1*o9*y)$

ANNEXE N°7: Modalités d'installation d'un médecin dans le secteur privé (extrait de l'Arrêté n°5107/MSP-AS/CAB):

ARTICLE 1ER: Nul ne peut exercer la profession de médecin à titre privé s'il ne réunit les conditions suivantes.

- être de bonne moralité,
- être titulaire d'un diplôme d'Etat de Docteur en médecine délivré par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali ou de tout autre diplôme reconnu équivalent,
- être âgé de 21 ans révolus,
- être de nationalité Malienne ou ressortissant d'un Etat accordant la réciprocité,
- être inscrit au tableau de l'Ordre National des Médecins.

ARTICLE 5: Tout postulant à l'exercice privé d'une profession médicale ou paramédicale doit formuler une demande d'autorisation auprès du Ministre chargé de la Santé Publique.

Cette demande doit être accompagnée de:

- un extrait d'Etat-Civil,
- un extrait de casier judiciaire,
- un certificat de nationalité,
- un certificat de résidence,
- une copie du diplôme,
- une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre de la profession correspondante. Cette disposition ne s'applique pas aux postulants de l'exercice privé des professions paramédicales notamment les infirmiers, kinésithérapeutes, physiothérapeutes et techniciens de prothèse dentaire.

Cette demande est transmise sous le couvert de l'Ordre concerné.

ARTICLE 6: Toute personne qui exerce une profession médicale et paramédicale, est tenue de l'exercer personnellement.
L'exercice de ces professions se fait dans des établissements médicaux et paramédicaux.

TITRE II: ETABLISSEMENTS PRIVES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

CHAPITRE I: DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 7: On entend par établissements médical et paramédical:

- le cabinet de consultation,
- la clinique d'hospitalisation et d'accouchement,

- le cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie, soins infirmiers),
- le laboratoire d'exploration fonctionnelle,
- le laboratoire d'analyses biomédicales,
- le cabinet de radiologie,
- le centre de rééducation,
- le centre de cure.

ARTICLE 8: Nul ne peut être autorisé à ouvrir un établissement médical ou paramédical s'il n'en est propriétaire ou copropriétaire. Toute ouverture d'un établissement médical ou paramédical, tout achat ou tout transfert du dit établissement, doit faire l'objet de l'octroi d'une licence d'exploitation délivrée par le Ministre chargé de la Santé Publique.

Outre les pièces mentionnées à l'article 5 du présent arrêté, la demande d'exploitation d'un établissement médical ou paramédical doit comporter:

1° au titre du local, toute pièce justifiant que le postulant est propriétaire ou locataire du local proposé ou du terrain sur lequel la création est envisagée (acte de vente, attestation notariale, bail commercial, promesse de vente ou de location).

2° un plan côté des locaux avec une brève description de l'aménagement futur.

ARTICLE 9: Deux formes de sociétés sont autorisées pour l'exploitation d'un ou de plusieurs établissements médicaux ou paramédicaux:

-Société en nom collectif dans laquelle tous les associés sont membres des professions médicales ou paramédicales,

-Société à responsabilité limitée dans laquelle les associés membres des professions sanitaires sont majoritaires.

Toutefois, le nombre d'établissements médicaux ou paramédicaux exploités en société doit correspondre au nombre d'associés diplômés.

CHAPITRE II: DES ETABLISSEMENTS PRIVES D'HOSPITALISATION MEDICALE

ARTICLE 10: On entend par établissement d'hospitalisation médicale:

- la clinique médicale,
- la clinique chirurgicale,
- la clinique d'accouchement.

SECTION I: DES INFRASTRUCTURES ET DE L'EQUIPEMENT TECHNIQUE

ARTICLE 11: Les cliniques médicales disposent:

- d'une salle d'attente de 16 m² au minimum ,
- d'un ou de plusieurs bureaux de médecin avec une ou plusieurs salles d'examen attenantes dont les surfaces utiles sont respectivement de 10 m² et 6 m² au minimum ,
- d'une ou de plusieurs salles de soins de 12 m² au minimum,
- d'une salle de réanimation à deux (2) lits de 19 m² au minimum avec terminal de distribution d'oxygène,
- d'un appareil à stérilisation,
- d'un groupe sanitaire pour le personnel,
- des toilettes pour les consultants,
- d'un vestiaire pour le personnel.

ARTICLE 15: Chaque clinique privée doit disposer en outre de:

- une installation téléphonique,
- une cuisine avec réfrigérateur ou congélateur ou chambre froide,
- un service administratif.

SECTION II: DE L'EQUIPEMENT HOTELIER

ARTICLE 16: Les différentes chambres d'hospitalisation doivent disposer au minimum de l'équipement hôtelier ci-après:

16.1 Chambre de première catégorie (surface utile: 10 m² au minimum)

- climatisée,
- un lit avec table de nuit,
- un berceau avec moustiquaire en chambre de maternité,
- un fauteuil,
- une armoire,
- une sonnerie,
- le sanitaire complet (W C, bidet, lavabo, douche),
- un terminal de distribution centrale d'oxygène.

16.2 Chambre de deuxième catégorie (surface utile: 19 m² au minimum)

- deux lits au maximum,
- un berceau par lit avec moustiquaire en chambre de maternité
- une douche, W C et bidet, un lavabo,

- un ventilateur au plafond ou ventilateur sur pied,
- une chaise par lit,
- une table de nuit par lit,
- une armoire par lit,
- une sonnerie par lit,
- un terminal de distribution central d'oxygène.

16.3 Chambre de troisième catégorie (surface utile: 32 m² au minimum)

- quatre lits au maximum,
- un berceau par lit avec mou^stiquaire en chambre de maternité,
- une table de nuit par lit,
- une armoire compartimentée,
- une sonnerie,
- un groupe sanitaire (W C, douche, lavabo, bidet) non incorporé,
- un terminal de distribution centrale d'oxygène.

16.4 Le nombre maximum de lits autorisés dans une clinique ou une polyclinique est de 90 lits. Tout accroissement de la capacité d'hospitalisation, doit être soumis à une autorisation du Ministre chargé de la Santé Publique.

SECTION III: DU PERSONNEL

ARTICLE 17 : Chaque établissement d'hospitalisation doit disposer en permanence d'un effectif minimum en personnel qui se compose comme suit:

a) dans la clinique médicale :

- un médecin,
- un infirmier pour 15 lits,
- un aide-soignant pour 15 lits,
- un garçon ou une fille de salle pour 15 lits,
- un cuisinier.

e) dans la salle de réanimation:

- un infirmier pour 4 lits ,
- un aide-soignant pour 10 lits,
- un garçon ou une fille de salle pour 10 lits,

ARTICLE 18 : Les cliniques peuvent faire appel à des vacataires sur contrat. Ce contrat doit être approuvé par le Ministre chargé de la Santé Publique.

Excepté la clinique d'accouchement, tous les établissements d'hospitalisation sont placés sous la responsabilité effective d'un médecin exerçant à temps plein. Toutefois, les cliniques d'accouchement tenues par des sages-femmes, doivent recourir à un service de supervision technique assuré par un médecin exerçant à temps plein ou par un médecin vacataire.

SECTION IV: DU MENU

ARTICLE 19: Le menu dans les établissements d'hospitalisation privés doit répondre aux normes diététiques en rapport avec la catégorie d'hospitalisation et la nature de la maladie.

SECTION V: DES REGISTRES

ARTICLE 20: Dans tous les établissements d'hospitalisation, sont tenus:

- un quittancier,
 - un registre d'entrée et de sortie des clients,
 - un registre de soins,
 - un dossier clinique médical,
 - des registres de recettes et de dépenses.
- il doit être tenu en outre dans les cliniques chirurgicales, un cahier de protocole opératoire qui décrit en détail, le déroulement de toutes les interventions chirurgicales.
Ces archives doivent être conservées pendant cinq ans.

CHAPITRE III: DES ETABLISSEMENTS DE CONSULTATION ET DE SOINS

ARTICLE 21: Sont considérés comme établissements privés médicaux et paramédicaux de consultation ou de soins:

- le cabinet de consultation médicale,
- le cabinet de consultation pour sages-femmes,
- le cabinet de radiologie,
- le cabinet de soins (soins infirmiers kinésithérapeutes et physiothérapeutes).

SECTION I: DES CABINETS DE CONSULTATION MEDICALE

ARTICLE 22: Le cabinet de consultation médicale doit comporter au minimum:

- un bureau de médecin ou à défaut, une salle de consultation médicale pouvant servir de bureau,
- une salle d'attente et de réception (16 m²),

- une salle de soins (16 m2),
- des toilettes.

ARTICLE 23: Tout cabinet de consultation médicale doit comporter l'équipement minimal suivant:

- .une table de consultation, un escabeau,
- .une source de lumière maniable,
- .une boîte complète d'instruments médicaux pour consultation médicale,
- .un stérilisateur,
- .un pèse-personne,
- .un stéthoscope,
- .un tambour de doigtiers et de gants stériles,
- .une armoire pour médicaments d'urgence,
- .une poubelle fermée.

ARTICLE 24: Tout cabinet de consultation médicale doit comporter le personnel minimum suivant:

- .un médecin,
- .un infirmier,
- .un Aide-Soignant ou un garçon de salle ou une fille de salle.

ARTICLE 25: Dans tout cabinet médical, sont tenus:

- un quittancier,
- un registre de soins,
- des fiches médicales.

Ces archives doivent être conservées pendant cinq (5) ans.

TITRE IV: DISPOSITIONS PARTICULIERES

ARTICLE 62: Les cliniques médicales, les cliniques chirurgicales et d'odontostomatologie, peuvent disposer éventuellement d'un laboratoire d'analyses biomédicales qui sera tenu conformément aux dispositions en vigueur.

ARTICLE 64: Tous les établissements visés par le présent arrêté, sont contrôlés par l'inspection chargée de la Santé Publique. Ce contrôle s'étend aux prix et tarifs.

ANNEXE N°8 : DETERMINATION DU PRIX D'UNE CONSULTATION (d'après l'étude du CEPI)
 (pour une activité moyenne de 15 consultations par jour pendant 300 jours par an, soit 4500 consultations)

1-COUT D'INVESTISSEMENT :

	valeur	Amortissement	
		taux annuel	annuités
1-1-Frais d'établissement	1200000	20%	240000
1-2-Aménagement des locaux	1500000	10%	150000
1-3-Gros matériel médical	700000	10%	70000
1-4-Petit matériel et divers	300000	33%	100000
1-5-Véhicule	4800000	33%	1600000
1-6-Mobilier et matériel de bureau	3000000	20%	600000
1-7-Fonds de roulement	1000000	-	-
Total	12500000		2760000

2-COUT D'EXPLOITATION

2-1-Matières consommables			400000
2-2-Frais de personnel			
Médecin	3000000		
Secrétaire	720000		
Infirmier 1er cycle	600000		
Garçon de salle	240000		
Charges sociales	866000		
Total	5246000		5246000
2-3-impôts et taxes			602000
2-4-Travaux, fournitures et services extérieurs (T.F.S.E)			
Charges locatives (100 000 F/mois)	1200000		
Assurances	360000		
Eau-électricité (50 000 F/mois)	600000		
Entretien des locaux et du matériel	260000		
TOTAL	2420000		2420000
2-5-Transports et déplacements			1440440
Essence (60 litres/semaine)	864000		
Entretien et réparation du véhicule (12% du coût)	567000		
TOTAL	1440000		144000
2-6-Frais divers de gestion			600000
TOTAL			10880000

3-CALCUL DU PRIX D'UNE CONSULTATION

Coût d'exploitation		10880000
Dotations aux amortissements		2760000
Coût total		13648000
Marge bénéficiaire (20%)		2730000
Recettes HT		16378000
IAS (15%)		2457000
Recettes TTC		18835000
Prix de revient de la consultation	3033	
Prix HT de la consultation	3640	
Prix TTC de la consultation	4185	

ANNEXE N°9: Fiche individuelle établie par malade au niveau du cabinet médical de Ntosoni:

Année et numéro de la fiche:

Nom et prénom: Sexe: Age: Etat civil:

Ethnie: Profession: Village de provenance: Arrondissement de:

Date:

Motif de consultation:

Histoire de la maladie:

-
-
-

Antécédents:

 Médicaux:

 Chirurgicaux:

 Gynécologiques:

 Obstétricaux:

Signes d'examen:

-Signes généraux: Etat général: , T.A.: ; Conjonctives et phanères:

-Signes physiques:

Diagnostic:

Conduite à tenir:

Signes et conduites à tenir lors des consultations ultérieures:

-
-
-

ANNEXE N°10: Modèle de la fiche d'enquête de l'enquête CAP:

Village: Distance /Ntosoni: Fiche n°:

Sexe: Age:

1- Connaissez - vous des médecins installés autour de votre village ?

oui: non:

Si oui ou' ?:

Ntosoni cité :

oui: non :

2- Savez - vous qu'il ya un médecin à Ntosoni ? :

oui: non:

Si oui comment l'avez - vous sù ?

3- Au compte de qui travaille-t il ?

Privé:

Etat:

N.S.P (Ne Sait Pas).

4- Que fait -il comme activités ?

5- Etes - vous déjà allé le voir ? :

oui: non:

6- Quels sont ses tarifs et qu'en pensez - vous ?

7- Connaissez - vous quelqu'un qui est allé le voir ?

oui: non:

Si oui qu'elle était son opinion ?

8- Envisagez - vous d'aller le voir ?:

oui: non:

Pourquoi ?

9- Le médecin de Ntosoni est - il le même que les autres que vous connaissez ?:

oui: non:

Si non, précisez la différence:

10- Avez - vous des avantages avec le médecin de Ntosoni ?:

oui: non:

Précisez pourquoi ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: DIALLO

PRENOMS: Diakaridia

TITRE de la THESE: Etude de la première installation d'un médecin privé en zone rurale au Mali: l'expérience de Ntosoni.

ANNEE : 1989

VILLE de SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU de DEPOT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

SECTEURS D'INTERET : -Libéralisation de la profession médicale
-Action sanitaire en zone rurale

RESUME:

Cette thèse consiste en une évaluation de l'installation d'un médecin privé dans un village du Mali.

Outre la description des différentes étapes de cette première expérience malienne et peut être même africaine, elle procède à la présentation détaillée de l'étude de faisabilité qui a précédé son exécution.

Elle fait part des principaux indicateurs obtenus au terme d'une année d'activités et débouche sur des recommandations concernant non seulement l'expérience en cours, mais aussi les installations des futurs candidats.

(6)MOTS-CLES:

Installation, Médecin privé, Zone rurale, Ntosoni.

Système de santé, Planification Sanitaire, Evaluation

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'être 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 la 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 leur père.

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.