

## LA MEDECINE GENERALE AU PREMIER ECHELON DANS LE TIERS MONDE

par

M. VAN DORMAEL

*Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique.*

---

*Résumé* — Les médecins du premier échelon sont mal préparés aux aspects spécifiques de leurs fonctions: polyvalence, écoute et approche globale, fonction de synthèse entre savoirs biomédicaux et vécu existentiel de la maladie, intégration du préventif et du curatif, promotion de la participation. La formation de base, fondée sur le découpage de la médecine en spécialités, comporte des inadéquations en matière de compétences tant bio-médicales que relationnelles. Plutôt que de prendre pour point de départ le problème tel que posé par le patient, les futurs généralistes apprennent à ne s'intéresser qu'aux maladies correspondant aux catégories nosologiques enseignées. L'expression du subjectif est disqualifiée, rendant ainsi illusoire l'articulation entre aspirations subjectives et savoirs objectivés — articulation centrale aux soins de santé primaires. La formation continue reproduit les inadéquations de la formation de base et répond mal aux problèmes rencontrés dans la pratique par les généralistes. La réorientation du contenu et des méthodes pédagogiques de la formation du généraliste dans le sens de la philosophie des soins de santé primaires constitue l'une des conditions du meilleur fonctionnement des systèmes de santé.

### **Le généraliste dans les services de santé dans le Tiers Monde : approche historique**

L'introduction des services médicaux modernes dans les pays du Tiers-Monde date — grossièrement — des années 1930-1950, c'est-à-dire une période de foi intense des occidentaux dans les progrès de la science médicale et de la technologie. Dans les pays occidentaux, l'hôpital était alors de plus en plus considéré comme le lieu par excellence de la bonne médecine curative, technique et souvent spécialisée. Il était complété par des dispensaires, destinés à lutter par des mesures sociales et préventives contre des maladies spécifiques. Si dans les faits, la médecine générale constituait la source la plus importante de soins médicaux modernes pour les populations occidentales en raison de son expansion considérable au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> siècle, elle était de plus en plus discréditée au sein de la profession médicale: la médecine générale de «premier échelon» existait de fait, mais personne n'aurait plus songé à la promouvoir.

C'est ainsi que cette médecine générale de premier échelon n'a pas été exportée vers les colonies. Les services médicaux du Tiers Monde, créés de toute pièces et planifiés — alors qu'en Occident ils étaient le résultat d'un long processus spontané — ont été construits selon les conceptions dominantes dans les métropoles: l'hôpital et les campagnes «verticales» centrées sur le contrôle d'un nombre restreint de maladies spécifiques. La médecine

moderne s'est implantée d'emblée non seulement avec ses structures hospitalières mais aussi avec sa culture hospitalière et technicienne.

Cette particularité de l'histoire de la médecine dans le Tiers Monde a pour conséquence qu'il n'existe pas, dans la plupart des sociétés du Tiers Monde, une figure ancienne de bon médecin de famille, compréhensif et proche de ses patients, susceptible de faire l'objet d'une revalorisation. Les guérisseurs traditionnels s'en rapprochent partiellement, mais la profession médicale marque clairement ses distances à leur égard. Dans certaines colonies les services médicaux ont formés des *assistants médicaux*, généralement d'excellente réputation, qui ont toutefois été identifiés au pouvoir colonial et abolis lors des indépendances (3). En Amérique Latine ou en Afrique du Nord (5, 6) où les élites entretenaient dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle des rapports étroits avec la culture occidentale, quelques médecins privés dispensaient leurs soins aux Européens et aux notables. Mais en l'absence d'une classe moyenne ce phénomène est longtemps resté marginal.

La médecine générale est donc avant tout hospitalière dans les sociétés du Tiers Monde, et la médecine générale de premier échelon y constitue en quelque sorte une innovation. C'est surtout à partir des années 1980 que s'est développé le phénomène de médecine générale de premier échelon dans les centres urbains. On attendait de la croissance du nombre de médecins (1, 7) que le surplus déborde sur le milieu rural. Or cette hypothèse ne s'est pas vérifiée : le nombre de médecins excédentaires par rapport aux hôpitaux urbains est resté en ville (4, 10), tantôt comme petits entrepreneurs privés, tantôt repris par les pouvoirs publics au niveau de centres de santé de premier échelon.

Or on a souvent considéré, à tort, qu'il suffisait de placer des médecins généralistes dans les centres de santé en remplacement des infirmiers pour améliorer la qualité des soins. On s'est ainsi dispensé de repenser les fonctions de ces médecins, tout comme l'adéquation de leur formation à ce nouveau rôle.

### **Les fonctions du premier échelon**

L'approche adoptée ici considère les services de premier échelon, non comme un appendice ou un pis-aller à l'hôpital, mais comme le lieu central des soins curatifs et préventifs — central parce que le plus proche des individus et de la communauté. Le rôle de l'hôpital est un rôle d'appui technique, complémentaire et non concurrentiel du premier échelon.

- \* Le premier échelon remplit une fonction de premier contact entre la population et le service de santé, et doit par conséquent être polyvalent et capable de prendre en charge les différentes plaintes qui lui sont adressées, si nécessaire avec le support de l'hôpital.
- \* Ceci suppose une capacité du service de premier échelon d'écouter la plainte dans ses dimensions existentielles, en prenant en compte non seulement les dimensions biomédicales mais aussi psychologiques, socio-culturelles et économiques du problème.
- \* Par son insertion dans une communauté locale, le premier échelon est particulièrement bien placé pour proposer, outre des soins curatifs répon-

dant aux besoins ressentis de la population, des soins préventifs, en s'appuyant sur sa crédibilité acquise à travers des soins curatifs techniquement et humainement adéquats.

- \* C'est aussi au niveau du premier échelon que peut le plus adéquatement s'opérer la synthèse entre les savoirs objectivés d'une part, les aspirations des individus et de la communauté d'autre part, faisant en sorte que la maîtrise technique soit ainsi mise au service des populations, leur permettant de modifier leurs conditions d'existence selon des choix délibérés: une fonction essentielle du premier échelon est ainsi de fournir aux individus et collectivités les informations techniques leur permettant de participer aux décisions qui les concernent.

Ces fonctions relèvent des services de premier échelon et sont a priori indépendantes de la qualification du personnel qui y est affecté. Or, indépendamment de considérations de démographie médicale, le remplacement d'infirmiers par des médecins généralistes n'entraîne pas automatiquement une amélioration de la qualité des soins.

En raison de sa formation théorique, on peut en principe attendre d'un médecin une meilleure compréhension du *pourquoi* des décisions techniques, et donc une meilleure adéquation de ses décisions à des situations particulières (niveau de ressources, profils de pathologies, vécu existentiel du patient ou de la communauté) et une plus grande capacité de gérer l'incertitude, alors que les infirmiers cliniciens sont avant tout des praticiens formés à appliquer des instructions. Si toutefois le médecin est, lui aussi, formé à l'application d'instructions plutôt qu'au raisonnement scientifique, il peut sans doute être un excellent praticien mais perd sa supériorité technique sur l'infirmier.

Par ailleurs en matière de communication ce serait plutôt l'infirmier qui aurait, sous certaines conditions, l'avantage par rapport au médecin. La distance sociale et culturelle entre infirmier et la communauté qu'il dessert se trouve réduite lorsque l'infirmier est intégré dans la vie sociale quotidienne — un peu comme le médecin de famille traditionnel des sociétés occidentales peut adapter ses soins à des situations humaines qu'il saisit intuitivement. Une telle communication spontanée s'établit moins facilement lorsque la distance sociale augmente — ce qui est souvent le cas du médecin — et exige alors un effort conscient et délibéré fondé dans une démarche intellectuelle — et par conséquent une formation.

### **Les inadéquations de la formation de base**

Or la formation des médecins généralistes les prépare mal à réaliser les fonctions du premier échelon. Calquée sur le modèle occidental, elle est assurée par des spécialistes en milieu hospitalier, orientée essentiellement vers les soins aux malades hospitalisés, et basée sur une conception de la maladie strictement bio-médicale.

Une telle formation s'avère inadéquate, y compris en matière de compétences biomédicales. Elle enseigne au futur généraliste des éléments des différentes spécialités d'une manière fragmentée, ce qui l'empêche d'acquérir la vision cohérente de la médecine qui pourrait précisément le caractériser

comme *généraliste* (11). La gamme de pathologies rencontrées en milieu hospitalier ne le prépare pas à son travail futur: il ne mettra jamais en application certaines des procédures qui lui sont enseignées, alors que sa formation comporte des lacunes en médecine clinique de première ligne — lacunes dont il n'est pas nécessairement conscient: n'ayant pas l'occasion d'observer ses professeurs soigner des pathologies bénignes ou débutantes, ils les considèrera comme triviales et dévalorisantes pour son rôle de médecin. De plus, son expérience avec la morbidité rencontrée à l'hôpital lui fait acquérir des réflexes qui, une fois transposés dans la communauté, engendrent des erreurs de décision. Les risques d'erreur à l'hôpital et dans la communauté sont en effet différents: le généraliste est formé à l'hôpital — lieu de haute concentration de malades — à éviter les faux négatifs. L'application des mêmes critères de décision à la population vivant dans la communauté l'amènera à multiplier les faux positifs dans ses efforts pour éviter de passer à côté d'une maladie grave (8,12). Enfin il est habitué à l'hôpital universitaire à se reposer sur des technologies de laboratoire ou d'imagerie, auxquelles il aura plus difficilement accès par la suite, et son jugement clinique est peu entraîné.

En matière de compétences relationnelles et de dialogue avec les patients individuels et la communauté, sa formation est quasi inexistante (Annexe 1). Non seulement il n'y a généralement pas de formation systématique à l'écoute et à la communication, mais il a plus souvent l'occasion d'observer, en milieu universitaire, des attitudes de non-dialogue avec les patients et de désintérêt, voire d'agacement envers leurs perceptions subjectives. Les enseignants offrent des modèles de rôle valorisant la technicité et l'objectivation, et cherchant à expurger les dimensions subjectives de la souffrance pour être plus efficace techniquement. Or si de telles attitudes peuvent à la rigueur convenir en milieu spécialisé, elles sont clairement dysfonctionnelles au premier échelon. Formé à raisonner en termes de diagnostic plus qu'en termes de problèmes du patient, le médecin se centre sur les éléments objectivables. La parole du patient apparaît comme parasitant la démarche diagnostique dès qu'elle s'écarte de signes objectivables (9). Et lorsqu'il est question de communication, il s'agit moins d'écouter la parole du patient et de la communauté que de «faire passer des messages» — des directives thérapeutiques à un patient individuel, de l'éducation sanitaire dans la communauté.

Même si des exceptions existent (Annexes 2 et 6), la plupart des médecins généralistes sont mal préparés à la fonction spécifique des soins de santé primaires, à savoir l'articulation entre des savoirs biomédicaux et le vécu subjectif des individus et des communautés. Les inadéquations de la formation de base ne rejaillissent pas seulement sur les compétences, mais aussi sur une identité professionnelle mal définie. Car les messages implicites — et parfois explicites — intériorisés lors de la formation sont que la bonne médecine est technicienne, que l'hôpital constitue le lieu par excellence des soins curatifs et que le statut du généraliste est inférieur à celui du spécialiste. Les critères de jugement proposés sont d'ordre technique, et les discours sur les soins de santé primaires ne suffisent pas à contrecarrer la légitimité dominante du modèle hospitalier de pratique médicale. En outre, les possibilités de carrière en médecine générale font défaut dans le secteur public: la seule possibilité de promotion est la spécialisation.

## **Les inadéquations de la formation continue**

La formation continue, supposée pallier aux manques de la formation de base, en reproduit souvent les inadéquations. Sur le plan du contenu, elle ne répond pas toujours aux problèmes concrets rencontrés par les généralistes sur le terrain (Annexes 3 et 4). Les thèmes sont déterminés tantôt par les autorités (il s'agit alors de formation liée à des programmes verticaux) tantôt par les Universités — quand ce n'est pas par des firmes pharmaceutiques (Annexe 5). Plutôt que de s'articuler sur les questions qu'ils se posent, la formation continue leur enseigne de nouvelles matières dont la pertinence pour la pratique quotidienne est questionnable. Conduite par des spécialistes qui considèrent souvent leur relation avec les généralistes davantage en termes de concurrence que de complémentarité, cette formation réaffirme la hiérarchie sociale dans laquelle les généralistes seraient inférieurs aux spécialistes. Un effet pervers majeur en est de disqualifier les questions que se posent les généralistes, ou en tout cas de ne pas leur reconnaître de légitimité (Annexe 5).

Sur le plan de l'organisation, la formation continue a souvent lieu sous forme de séminaires ponctuels et centralisés, obligeant les médecins à quitter leur poste — avec pour conséquence que les médecins professionnellement les plus isolés et bénéficiant le moins de formation par leurs pairs sont aussi ceux qui participent le moins aux activités de formation continue (Annexe 3).

Sur le plan des méthodes pédagogiques, les généralistes sont ainsi placés hors contexte, en milieu « captif » dans une salle de cours (Annexe 1). La formation continue reproduit le modèle de formation ex cathedra où c'est l'accumulation de connaissances qui prime sur l'acquisition d'un mode de raisonnement. Une telle transmission d'information peut accroître le niveau de connaissances mais ne modifie pas pour autant les attitudes et les pratiques (Annexe 3).

### **Pistes de solution**

L'adéquation des médecins généralistes aux fonctions du premier échelon suppose des stratégies simultanées dans plusieurs directions. Il faut en effet réunir plusieurs conditions :

- un système de soins organisé de manière telle qu'il attribue effectivement au premier échelon les fonctions sus-mentionnées et lui fournisse les ressources minimales pour les réaliser
- une image de rôle du médecin de premier échelon clairement distincte de celle du médecin spécialiste, et valorisante, ce qui suppose une remise en question de la culture professionnelle
- la maîtrise par les généralistes des compétences techniques et relationnelles spécifiques à la réalisation des fonctions du premier échelon et la capacité de se perfectionner

## *En matière d'organisation*

Il n'est pas possible de repenser la formation du généraliste de premier échelon sans la lier simultanément à l'organisation du système de soins (Annexe 4). En matière d'organisation les pistes suivantes peuvent être prises en considération :

- formalisation d'un système échelonné dans lequel premier échelon et hôpital sont complémentaires et non en rapport de concurrence; dans un tel contexte la mise en place de mécanismes de référence et contre-référence reconnaît le rôle central du généraliste de premier échelon dans la prise en charge y compris pour les soins curatifs de pathologies graves ou complexes, l'hôpital et le spécialiste intervenant comme appui technique
- travail en centres de santé susceptible de rompre l'isolement des généralistes; certains centres de santé peuvent en outre être utilisés comme lieu de démonstration et de stage pour les futurs généralistes
- élargissement des ressources, notamment en termes de médicaments et d'accès à certaines techniques diagnostiques, à la disposition des généralistes de premier échelon, leur permettant la prise en charge d'une gamme élargie de pathologies, dont le suivi de problèmes chroniques
- planification et contrôle du nombre de médecins — tant généralistes que spécialistes — et sélection des étudiants
- stratégies institutionnelles visant à favoriser la construction d'une identité professionnelle satisfaisante pour les généralistes : création d'associations professionnelles et de centres de recherche en médecine générale, création de filières de carrière en médecine générale, sécurité économique et éventuelle revalorisation financière de la fonction de généraliste.
- mise en place de modalités de contrôle de la qualité des services, non seulement dans le secteur public mais aussi dans le secteur privé en expansion (2).

## *En matière de formation de base*

La formation en médecine générale doit fournir au futur généraliste une compréhension globale de l'organisme humain. Une telle formation suppose donc des formateurs capables de les aider à intégrer les savoirs parcellisés de l'enseignement spécialisé dans une perspective d'ensemble. La formation à la prise de décision adéquate en matière de soins curatifs implique également une articulation entre biomédecine et épidémiologie clinique. Une formation intégrant médecine clinique et santé publique (Annexe 4) contribue à la vision d'ensemble.

Une formation à la communication (Annexe 1) semble nécessaire pour transformer la prise en compte des dimensions subjectives de la maladie et de la thérapeutique en défi intellectuel, s'inscrivant dans les bases cognitives de la pratique professionnelle. Elle peut être complétée par des cours en sciences humaines (psychologie, psycho-sociologie, anthropologie, sociologie) adaptés au contexte social et culturel. Que ce soit à travers des groupes

Balint ou par d'autres mécanismes, la formation devrait également mener l'étudiant à mieux se connaître lui-même ( Annexe 2) de manière à utiliser sa propre personnalité à meilleur escient dans la relation thérapeutique, mais aussi dans le travail d'équipe. Une formation à la communication ne doit toutefois pas être dissociée de la formation clinique: ce n'est en effet pas seulement à travers l'enseignement spécifique que l'étudiant est formé à la relation avec les patients individuels et la communauté mais aussi par l'observation de ses maîtres. Le lien avec la formation clinique est d'autant plus important que le rapport établi par le généraliste avec le patient est lié à la représentation qu'il a de la maladie: il s'agit de former le généraliste à appréhender le problème du patient plutôt que de chercher à faire coïncider à tout prix un tableau clinique et un diagnostic.

Sur le plan des méthodes pédagogiques, les cours ex cathedra utiles pour transmettre un savoir doivent être complétés par des méthodes plus actives aidant les étudiants à faire leur propre synthèse de ces savoirs. La formation pratique est à concevoir à différents niveaux de soins: hôpital universitaire mais aussi hôpital rural et centre de santé de premier échelon. Le stage en centre de santé peut avoir une fonction supplémentaire, à savoir la découverte de modèles de rôles valorisants — ce qui implique que les «maîtres de stage» aient effectivement des savoirs théoriques et pratiques mais aussi des attitudes professionnelles à transmettre. A cet égard, la supervision des maîtres de stages eux-mêmes par d'autres généralistes, sur base du modèle de supervision qu'ils utilisent eux-mêmes dans l'encadrement de leurs étudiants, leur permet d'améliorer à la fois leur propre comportement clinique et leurs attitudes pédagogiques de superviseur et s'avère être une expérience intéressante de formation de formateurs (Annexe 6).

Faut-il organiser cette formation de base par la réorientation du «tronc commun» — ou *undergraduate education* — ou faut-il ajouter à ce tronc commun une formation spécifique post-graduée — comme c'est devenu la norme dans les pays occidentaux? Les deux orientations ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives, du moins conceptuellement. La première solution permet de ne pas allonger les études. En outre un tronc commun formant tous les médecins, y compris les spécialistes, à la philosophie des soins de santé primaires (13) attaque à la fois le problème des compétences requises au premier échelon et celui de la collaboration entre premier et second échelon. La solution d'une maîtrise ou post-graduat en médecine générale est toutefois plus souvent préconisée: son organisation nécessite de vaincre moins d'obstacles que la refonte du curriculum de base. En outre, l'argument d'allongement des études est utilisé pour revendiquer une élévation de statut (y compris financier) pour les généralistes. Enfin la maîtrise permet à des médecins déjà engagés dans la pratique professionnelle de poursuivre leur formation tout en pratiquant (Annexe 2).

### *En matière de formation continue*

La formation continue s'adresse à des praticiens qui rencontrent des problèmes dans leur pratique quotidienne. Il est donc essentiel que son contenu puisse être déterminé en concertation avec les généralistes eux-mêmes (Annexes 3 et 5). L'articulation de la formation continue sur les

réseaux locaux s'avère particulièrement utile pour rompre l'isolement et stimuler la formation par les pairs — que ce soit en Malaisie (Annexe 3), Bolivie (Annexe 4) ou en Belgique (Annexe 5). De tels réseaux permettent notamment de remplacer la supervision, souvent mal acceptée par les médecins, par des audits dans lesquels des médecins se supervisent mutuellement, se situant au départ sur pied d'égalité.

Différentes approches sont possibles pour établir des liens entre la formation continuée et la pratique quotidienne, et pour permettre aux médecins d'y participer sans devoir quitter leur lieu de travail. Ainsi en Bolivie des modules de formation comprenant de l'enseignement à distance limite le temps d'absence du lieu de travail (Annexe 4); en Malaisie la formation continue a recours à des techniques de communication à distance (Annexe 3); dans le cadre de la formation continue organisée en Belgique à l'initiative de réseaux locaux de généralistes (Annexe 5), ce sont les spécialistes ou autres formateurs qui se déplacent vers les généralistes et non l'inverse.

Mais si des formations plus souples commencent à être organisées par des réseaux informels ou des organisations non gouvernementales, la question reste largement posée dans le cadre des services gouvernementaux (Annexe 1), souvent enfermés dans une logique de séminaires centralisés et portant sur les thèmes correspondant aux priorités nationales.

## Conclusion

La formation des médecins généralistes de premier échelon constitue un des facteurs qui influencent le fonctionnement des systèmes de santé. Cette influence ne se limite pas une problématique de compétences — techniques et relationnelles — que le médecin de première ligne est supposé maîtriser. Elle concerne aussi l'identité professionnelle et les représentations du rôle du médecin de premier échelon — rôle distinct de celui du spécialiste et qui ne peut s'évaluer selon les mêmes critères que ceux utilisés pour la médecine hospitalière spécialisée. Former des généralistes de premier échelon pour leurs fonctions spécifiques implique que les institutions formatrices s'ouvrent à la philosophie des soins de santé primaires, articulant savoirs bio-médicaux et dimensions humaines de la souffrance.

## REFERENCES

1. Abel-Smith B: The world economic crisis. Part 2: Health manpower out of balance. *Health Pol Plann*, 1986, **1**, 309-316.
2. Bennett S: Promoting the private sector: a review of developing country trends. *Health Pol Plann*, 1992, **7**, 97-110.
3. De Craemer W, Fox RC: The emerging physician. A sociological approach to the development of a Congolese medical profession. Stanford, The Hoover Institution, Stanford University, 1968.
4. Frenk J, Alagon J, Nigenda G, Muñoz-delRío A, Robledo C, Vaquez-Segovia LA, Ramirez-Cuadra C: Patterns of medical employment: a survey of imbalances in urban Mexico. *Amer J Public Health*, 1991, **81**, 23-29.
5. Gallagher NE: *Medicine and power in Tunisia 1780-1900*. Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
6. Gran P: Medical pluralism in Arab and Egyptian history: an overview of class structures and philosophies of the main phases. *Soc Sci Med*, 1979, **13B**, 339-348.
7. Kindig DA, Taylor CM: Growth in the international physician supply; 1950 through 1979. *J Amer Med Assoc*, 1985, **253**, 3129-3132.



8. Knotterus J: Medical decision making by general practitioners and specialists. *Family Pract*, 1991, **8**, 305-307.
9. Mebtoul M: La santé au quotidien: le dispensaire du quartier d'El-Hamri (Oran). *Sci Soc Santé*, 1993, **11**, 41-62.
10. Ojo K: The crisis in the distribution of health personnel in Nigeria. *Health Pol Plann*, 1990, **5**, 60-66.
11. Peart WS: The death of the Professor of Medicine. *Lancet*, 1970, **i**, 401-402.
12. Scheff T: Decision rules and types of error, and their consequences in medical diagnosis. *Behavior Sci*, 1963, **8**, 97-107.
13. Vuori H: Health for all, primary health care and general practitioners. *J R Coll Gen Pract*, 1986, **36**, 398-402.

\* \* \*

## ANNEXE 1

### Adult learning

Matomora K.S. Matomora

*Institute of Tropical Hygiene, Heidelberg University, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Germany*

The speaker introduced the assembly to adult learning methodology, as applied to continuing training of primary health care workers and general practitioners. Quality of primary health care requires both technical and human relations skills. Based on the population's confidence in the service, their participation will be possible not only in the management and running of the health service, but also in community-based activities aimed at general health development.

The demand for social training of primary health care personnel has been however least fulfilled. General practitioners work usually as reference doctors in Third World countries, and are responsible for supervision of primary level services, which are run by auxiliary staff. However, GPs themselves often lack training in human relation skills necessary to fulfil all their functions adequately. In-service training courses are conducted to fill the gap.

The GPs acquire skills in appropriately training adults using non-formal, psycho-social methods. The so-called LEPESA methods — the acronym stands for *learner-centred, problem-posing, self-analysis and action-oriented*) are especially suited for training adults in a non-captive community setting, distinct from captive classroom settings where listening to the teacher is the basis for learning.

So far such innovative methods have largely been adopted by NGOs and have proved to be most successful in small-scale projects outside the established health service structure. The challenge is whether these innovative methods can be adopted by entire district health systems through a more systematic and extensive training of the majority of the GPs responsible for primary care.

\* \* \*

## ANNEXE 2

### Distance Teaching Masters Course in Family Medicine for Remote Practitioners

G.S.Fehrsen, R.J.Henbest, J.F.M.Hugo

*Department of Family Medicine, P.O.Box 222, MEDUNSA, 0204 South Africa*

The authors presented the teaching experience of the Department of Family Medicine, Medical University of Southern Africa (Medunsa). The Master Degree in Family Medicine can be obtained either upon completion of a full-time program of two years where the trainee is assigned to a training practice and employed on a Medical Officer's salary scale, or a part-time program to be completed over three years, the part-time students being involved in their own private practices or in remote district health services. Although the presentation dealt with the part-time program, its overall philosophy is common to both programs.

Emphasis is placed on patient care, which is the primary work of the family physician, and on use of medical and clinical knowledge within a whole person medicine approach. Important themes structuring the program include the doctor-patient relationship, human growth and development (including personal growth of the trainee), the family, culture and community, ethics, therapeutic tools, research, learning process oriented towards life-long learning, and management.

Daily encounters with patients are considered as major triggers for learning, leading to reflection and further study. At the core of the course process is a learning cycle that starts with a patient trigger from the student's own context, the problem is reflected upon and a learning need defined, thereafter a learning task is formulated and active learning undertaken. The cycle is completed by

applying the knowledge gained to the particular problem or patient. This learning process lies at the basis of so-called «patient studies» which are required from the student.

Besides patient studies, major learning opportunities are daily patient care, patient presentations within a group of colleagues, seminars, research club, chart reviews, journal club and discussion of audio-taped or video recordings of consultations conducted by the trainee. The learning process takes place within a small group led by a facilitator, using a learner-centred, problem-solving approach.

Teachers for the part-time program include three full-time University-based teachers assisted by nine part-timers from the regions, for about 90 generalist doctors enrolled in the part-time program. Students have each year 14 contact days with the university staff: five days on the University campus and three times three day sessions in their own locality.

\* \*  
\* \*

## ANNEXE 3

### Practice-linked Continuing Medical Education in Malaysia

S.H.Shahabudin

*Univ. Kebangsaan Malaysia, Dept Medical Education, Jalan Raja Muda, 50300 Kuala Lumpur, Malaysia*

The speaker presented the limitations of traditional methods of continuing medical education and the potential of strengthening its links with daily practice conditions in the context of Malaysia.

Traditional «classroom» methods in continuing medical education (lectures, short courses, conferences) may be useful in transferring facts and knowledge, but have little impact on practice behaviour. In addition they are not accessible to isolated doctors. A survey conducted in Malaysia in 1988 showed that hospital doctors and specialists practising in big cities were more likely to be involved in continuing medical education activities than general practitioners in the private sector or medical officers in the government outpatient clinics and rural health centres. The reasons for non participation did not include lack of motivation, but rather geographical isolation, temporal isolation or social isolation. This raised questions related to the maintenance of the competence of primary care doctors in Malaysia, professionally isolated and lacking opportunities of peer review activities, and led to the concept of practice linked continuing medical education, oriented towards problem-solving skills and immediate application rather than acquisition of new information and knowledge.

The Family Medicine Programme of the National University (Universiti Kebangsaan Malaysia) uses currently several methods accessible to general practitioners and doctors working in social or geographical isolation, enabling them to learn without having to leave their clinics. When necessary teleconference technology is used to establish collegial networking. These methods of practice-linked medical education include:

- chart stimulated recall based on real patients' records
- practice profiling, by which practitioners study their own practice (age and sex distribution, diagnoses, drugs prescribed, laboratory studies, procedures ordered, complications encountered...)
- medical audit or practice audit, i.e. assessment of patient care by a group of peers, usually on the basis of medical records
- collegial information network which allows doctors to provide mutual support in an informal way within a socially rewarding affiliation with the University
- contract learning, or formal learning plans such as used in undergraduate programs
- keeping of personal information system (medical textbooks, reprints, abstracts, handouts...)

\* \*  
\* \*

## ANNEXE 4

### Training Program for Rural Medical Doctors

G. De Roca<sup>1</sup>, Ch. Darras<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Universidad Nur, Casilla 3273, Santa Cruz, Bolivia.*

<sup>2</sup> *O.P.S./O.M.S., Casilla 9790, La Paz, Bolivia.*

The authors presented an experience of continuing education for first line doctors in rural public service, organised by the Post-Graduate College of NUR University in co-ordination with the Regional Health Office of Santa Cruz. This training program aims to link theory and practice by

improving not only the level of knowledge of participants but also their ability to apply it in practice. It deals with management as well as clinical issues: in an attempt to integrate clinical care with public health perspectives, the different topics covered by the program (child health, maternal health, tropical medicine, chronic diseases, mental health, environmental health, emergency care...) are meant to improve skills in health centre organisation and program management as well as clinical skills.

The one-year training course includes four «semi-residential» modules of 60 days each. Each module starts with 45 days of self-study, based on manuals, textbooks and questionnaires sent to the participants at the beginning of the module; only the last 15 days take place in Santa Cruz in order to limit absence of participants from their usual workplace. The last two weeks are spent in discussion of the self-study material, in hospital and laboratory practice, and in visits to health centres.

Evaluation indicates that participants to the first cohort have improved their competence in health centre management and in quality of service, resulting in increased utilisation and coverage rates of their services. The process of training was appreciated in its content (relevant for daily work of rural doctors) and in its methodology (allowing to remain working while learning). It also contributed to improve communication within the health system at regional level: participants continue to communicate with each other through radio; a professional association was created — the Local Health Systems Medical Association meeting twice a year; hospital practice and teaching by specialists from the reference hospitals contributed to establish links between rural first line doctors and hospitals; and the whole program improved collaboration between University and the health care system. Shortcomings include poor relation between hospital practice and actual needs for training needs of individual participants, and opposition of some specialists to surgical training of general practitioners. A major constraint lies in the low stability of rural doctors: 18 months after completion of the program in 1992, only half of the participants were still holding their position.

\*  
\* \*

#### ANNEXE 5

### **L'expérience de formation continue partant des problèmes identifiés par les médecins généralistes en Belgique**

D. Pestiaux

*Place Ferrer 2, B-6043 Ransart, Belgique.*

La pléthore d'activités de formation continue proposées aux médecins belges ne correspondent pas souvent à leurs besoins. L'expérience relatée par l'auteur, lui-même médecin généraliste dans un Centre de santé de premier échelon en Belgique, cherche à impliquer les généralistes à toutes les étapes de leur formation continue. Elle a pour cadre des groupes locaux de médecins généralistes — appelés Dodécagroupes parce qu'ils comprennent une douzaine de généralistes — suscités par la Société Scientifique de Médecine Générale qui se réunissent une fois par mois sous la responsabilité d'un animateur, lui aussi généraliste, autour d'un thème particulier. Les généralistes sont impliqués dans le choix des thèmes, et la méthode pédagogique prend appui sur leur questionnement.

Une réunion débute par l'identification des questions que se posent les médecins à propos d'un thème donné, questions qui débordent souvent le cadre strictement médical: aspects relationnels, comment gérer les cas «borderline», organisation du travail, collaboration avec d'autres services... Ces questions sont alors traitées par le groupe, souvent avec l'aide d'un expert. Seulement en fin de réunion, l'expert fait une synthèse plus théorique de la question, présentant éventuellement des éléments qui n'ont pas été couverts au cours de la discussion.

L'implication active du généraliste dans sa propre formation continue permet une meilleure adéquation à ses besoins, favorise sa participation aux activités et lui permet de questionner sa propre pratique et d'entrer dans un processus d'autoévaluation permanente.

\*  
\* \*

#### ANNEXE 6

### **Post-graduate training of general practitioners in Belgium**

H. Jaspert, D. Derese

*Academisch Centrum, Huisartsengeneeskunde, Minderbroederstraat 17, B-3000 Leuven, Belgique.*

During the last ten years the Inter university Centre of Vocational Training (Flanders) has developed a supervision model for group trainers of general practitioners in vocational training. Last year this supervision model has been extended to GPs who train a young GP in their own practice.

This supervision is based on the principles of adult education and offers training situations in which trainers recognise the training they have themselves to present to the trainees. The difficulties the trainees have experienced in their own patient contacts and the uncertainty they have felt while trying to solve them are taken as concrete starting-points for discussion, planning and teaching. The reflection (individually or in a group session) on those experiences is used to broaden and deepen the insight of the trainee, and to help him to adopt a new behaviour.

The training of the (group and practice) trainers is set up according the same model. Essential elements in their supervision are their own educational and clinical experiences. Recent developments are the setting of a personal learning agenda for every individual trainer and the intensive use of role playing. Other forms of help are the production of teaching material and the transmission of didactic methods by the staff (two educationalists and one GP).