

## LE MEDECIN POLYVALENT A L'HOPITAL : D'UN TRAVAIL ROUTINIER A UNE PRATIQUE QUI DYNAMISE LE DISTRICT SANITAIRE

par

H. VAN BALEN

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

---

**Résumé** — Pour fonctionner de manière correcte et efficace, un district sanitaire à faible densité médicale a besoin de médecins polyvalents au deuxième échelon.

La formation classique renforce la spécialisation dans les domaines cliniques, administratifs ou éducatifs, au lieu de préparer à un rôle polyvalent. La formation de médecins de district devrait se baser sur l'ensemble des compétences à acquérir pour pouvoir jouer ce rôle. Pour que le praticien accepte de s'orienter vers un modèle professionnel polyvalent, au lieu du modèle auquel il est habitué, il faudrait greffer les nouvelles connaissances sur son identité intellectuelle et mettre en place un exemple concret de district sanitaire intégré.

La formation du médecin de district sous forme de modules indépendants risque de ne pas tenir compte des contraintes liées aux autres composantes, ce que plusieurs exemples présentés lors du colloque illustrent bien. Il existe toutefois des programmes de formation qui englobent l'ensemble des tâches. Leur durée varie de quelques mois, complétés par un suivi sur le terrain, à plusieurs années. La reconnaissance académique est invoquée pour justifier les formations de longue durée. L'expérience plaide plutôt en faveur d'une revalorisation de la fonction des médecins de district par une formation initiale courte, partant de problèmes concrets, mais suivie par une formation continue. Cette approche table sur la guidance et l'auto-formation.

La reconnaissance académique reste un objectif à long terme? Rappelons-nous que dans plusieurs pays européens, les médecins généralistes ont su donner eux-mêmes des lettres de noblesse à leur discipline.

Dans presque toutes les zones rurales des pays en développement, le rapport médecin/population reste de l'ordre de 1 par 25.000 à 50.000. Dans de telles situations, les médecins ne peuvent réaliser tous les soins curatifs et préventifs et les spécialistes, en particulier, ne peuvent être responsables des soins de chaque discipline médico-chirurgicale au niveau de l'hôpital de district.

### **Du district sanitaire parcellisé au district intégré**

Dans la situation évoquée, la place du médecin soignant est dans une structure du deuxième échelon : l'hôpital de référence. Il a également un rôle à jouer dans la gestion du district sanitaire. Il devrait contribuer à l'orienter progressivement vers un système intégré, c'est-à-dire permettre aux différents échelons de jouer chacun un rôle spécifique (1).

En effet, un district sanitaire ne peut réaliser les soins de santé en système intégré que si sa direction veille à la complémentarité des différents échelons. Des médecins doivent jouer un rôle important dans cette direction, parce qu'ils sont le mieux placé pour traduire les évaluations effectuées à partir du vécu des patients en termes de gestion de ressources.

Pour assurer la qualité des soins du premier échelon confié à des infirmiers et assistants médicaux, le médecin doit mettre son savoir à la disposition de ce personnel. L'allocation de personnel et d'équipement, la gestion des ressources, la réalisation des programmes spécifiques devraient aussi favoriser le fonctionnement intégré du district.

L'existence de ces fonctions n'est pas suffisante en soi. Encore faut-il qu'elles ne soient pas réparties entre médecins et non-médecins de manière atomisée, faute de quoi le premier échelon risque de s'enliser dans une routine conforme à quelques indicateurs parcellaires.

Dans un district non intégré, l'hôpital entre en concurrence avec les services du premier échelon au lieu d'en être complémentaire. Même à l'intérieur de l'hôpital, les fonctions sont fragmentées. La réponse permanente aux urgences courantes, chirurgicales, obstétricales ou médicales, devient presque impossible à organiser si la spécialisation est une exigence pour exercer dans chaque domaine médico-chirurgical. L'inadaptation des technologies, souvent trop sophistiquées, renforce cette impression que seul un spécialiste est capable d'effectuer correctement les fonctions mentionnées.

La fragmentation des structures du district va souvent de pair avec une centralisation des décisions administratives (programmes « sélectifs » formulés au niveau central) et de l'appui logistique. Le médecin isolé dans un bureau de district qui doit imposer ces programmes, n'est pas en position d'intégrer les activités dans l'ensemble des soins et encore moins de juger de l'opportunité du programme. Il n'a d'ailleurs généralement pas été formé pour cela.

Des exemples de districts sanitaires intégrés existent en Afrique. Ces districts, dont la population va de 150.000 à 200.000 habitants, comportent un hôpital général et un réseau de centres de santé, couvrant chacun environ 5.000 à 15.000 habitants. Leur coûts de fonctionnement n'atteignent pas 4 dollars par habitant par an. Ils offrent pourtant des soins de qualité acceptable. C'était le cas à Kasongo (Zaïre), Dolisie (Congo) et Sarr (Tchad). Leur bon fonctionnement a aussi exigé une équipe cadre, incluant les 3 à 5 médecins polyvalents du district, qui jouaient un rôle décisif dans la gestion des infrastructures, des fonctions et des ressources, en dialogue avec la population (2-6).

### **La formation classique renforce la spécialisation**

La formation classique du médecin confie l'enseignement des différentes disciplines aux spécialistes. Elle favorise la parcellisation et non la polyvalence. De même, la santé publique, pour autant qu'elle soit enseignée dans les écoles de médecine, y est conçue comme une spécialité supplémentaire, qui ne forme pas des médecins polyvalents à l'organisation rationnelle d'un système. Cette spécialisation permet de mener des études épidémiologiques et des enquêtes, mais conçues comme des activités isolées, ces études sont rarement pertinentes pour résoudre les problèmes suscités par l'offre de soins de qualité (7).

La formation à la communication est trop souvent comprise comme une formation en « social marketing », pour « convaincre » et non « dialoguer ». En

conséquence, la multiplication de « techniciens » de la communication, qui sont chargés de la réalisation de programmes d'éducation sanitaire, se substitue au développement de la capacité de dialogue du médecin généraliste lui-même.

Actuellement, plusieurs pays industrialisés se sont engagés à former des médecins généralistes (8). Les rares écoles de médecine dans le tiers monde, qui souscrivent à la production de vrais médecins généralistes, capables à la fois de réaliser les soins de deuxième échelon et d'aider le premier échelon à mieux fonctionner, rencontrent de nombreux problèmes. Par exemple, pour répondre aux critères académiques, le corps professoral est composé presque uniquement de spécialistes, qui n'ont pas eu l'occasion de voir la place de leur spécialité dans un système intégré (9).

Sans préparation adéquate, le médecin fraîchement promu est envoyé dans un hôpital de district, pour y effectuer un « service rural obligatoire » de courte durée. Il y est confronté à une situation toute différente de l'environnement académique. S'il a la chance de disposer de l'équipement et des produits pharmaceutiques ad hoc, il s'accroche à cette opportunité pour se valoriser. Mais la formation de base et les médecins de son nouvel entourage, ne lui apportent généralement ni une vision appropriée du « district sanitaire », ni des outils de dialogue ni les moyens d'accroître l'efficacité et l'efficience des soins avec les ressources disponibles. Dans ces conditions, pourquoi ce jeune médecin choisirait-il une carrière de médecin polyvalent ?

En définitive, la position clef du système de santé des pays en voie de développement — celle du médecin de district — est probablement celle qui est la moins valorisée, et qui attire le moins les éléments « brillants ». Pourtant, exercer d'une manière équilibrée l'ensemble des tâches inhérentes à ce rôle est très exigeant et sans formation continue, il n'est pas possible de rester performant dans tous ces domaines. Examinons quelques stratégies destinées à rendre cette carrière plus valorisante et plus attractive.

### **La définition de stratégies de changement exige des objectifs cohérents à long terme**

Organisée neuf ans après celle d'Alma Ata, la conférence de Harare a affirmé que l'organisation adéquate et la qualité des soins de santé requièrent la mise en place de districts sanitaires gérés comme des systèmes (9).

Ceci implique que les soins soient réalisés à l'échelon le plus adéquat (domicile, communauté, centre de santé, hôpital de district), que la continuité des soins soit assurée entre les échelons, et enfin que l'infrastructure et les ressources matérielles et humaines soient mises en place dans cette optique.

Dans les régions rurales qui ne disposent que d'un nombre restreint de médecins, ceux-ci doivent impérativement être polyvalents et jouer un rôle prépondérant dans les équipes cadre de district.

Ces médecins doivent savoir :

- maintenir la qualité des soins du premier échelon, réalisés par un personnel moins qualifié;
  - donner des soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux à un niveau technique dignes d'un hôpital de district;
  - rationaliser la répartition des fonctions entre les différents échelons;
  - organiser le cheminement des individus et de l'information entre les échelons;
  - gérer ou cogérer les ressources matérielles et humaines du service de santé;
- dialoguer avec les individus et les groupes pour obtenir la participation de tous au fonctionnement du système.

### **La promulgation du « médecin polyvalent » ne répond pas au modèle en vogue**

La vocation des médecins — résoudre les problèmes de santé de sa population — entre en conflit avec des pressions sociales, qui l'amènent à se conformer à l'image d'un médecin performant dans un domaine spécialisé clinique, administratif ou éducatif.

Proposer une « restructuration des structures cognitives », et suggérer que le médecin joue son rôle sans égards pour les pratiques valorisantes, tend à déstabiliser les praticiens. Pour des raisons affectives, le changement n'est pas spontané chez l'apprenant adulte. « On ne modifie ses habitudes ou ses comportements que si on y trouve un intérêt, une motivation financière, culturelle, sociale ou autre telle que la reconnaissance, le bien-être, la satisfaction d'un travail intéressant, etc. Plus l'apport est neuf et bouscule des acquis profondément ancrés, plus la résistance au changement est importante. Par exemple les apprentissages qui confèrent de l'efficacité à des méthodes peu ou pas technologiques, tendent à susciter des résistances chez les médecins occidentaux ou occidentalisés » (10).

Pour empêcher que des messages inhabituels et perturbants soient simplement ignorés ou non appliqués, les méthodes pédagogiques doivent donc créer les conditions qui rendent l'intéressé réceptif. Ainsi, un médecin hospitalier qui se consacre sans réserve aux malades hospitalisés, est souvent frustré par des résultats insuffisants dûs à une admission tardive, ou à des récives liées à un manque de continuité des soins. S'il apprend comment de meilleurs soins au premier échelon peuvent améliorer le résultat des soins hospitaliers, il est plus susceptible d'accepter de s'investir aussi en dehors de son hôpital. En d'autres termes, pour élargir son horizon, il faut greffer les connaissances nouvelles sur son identité intellectuelle, la santé publique sur la clinique par exemple.

Le médecin directeur de district, est très souvent en charge de tâches purement administratives, et il en éprouve des frustrations. En cause, ses contacts trop superficiels avec le réseau des services du premier échelon, qui n'opèrent pas les améliorations souhaitées, et aussi des contacts trop sporadiques avec ses confrères de l'hôpital. Une conception trop bureaucra-

tique de ses fonctions lui fait perdre la confiance de ses confrères et leur collaboration à toute réforme. Trop souvent, ce médecin-directeur n'en connaît d'ailleurs que les procédures formulées au niveau national. Si un partage d'expériences lui montre qu'une équipe cadre de district, comprenant des médecins hospitaliers, permet de casser ce cercle vicieux, il sera plus acceptable pour lui de rester en contact avec la réalité du terrain, par un travail clinique, et de partager ses responsabilités avec d'autres médecins et d'autres professionnels. Il devient alors plus probable qu'il s'intéresse à une formation qui renforce sa polyvalence.

D'aucuns refusent aussi tout changement à cause d'un savoir théorique insuffisant, du à une formation de base défailante ou à un travail stéréotypé. C'est souvent le cas de spécialistes qui oublient peu à peu les savoirs des autres disciplines et qui s'enferment progressivement dans l'exécution standardisée de procédures techniques.

Pour engager des changements, rien ne vaut l'observation préalable de son expression concrète sur un terrain. Bryant (11) a donc raison, qui estime que l'absence d'un modèle opérationnel est un obstacle important au changement.

### **La dialectique de l'action et de la réflexion est un processus continu**

Les formations continues en santé publique ne devraient pas être conçues comme des processus ponctuels. Il faudrait au contraire que l'apprenant intègre les nouvelles informations et concepts, et les teste ensuite sur le terrain pour en vérifier la validité à l'épreuve de la réalité. Les problèmes qui surgissent devraient pouvoir être discutés avec les autres membres de l'équipe ou/et avec les formateurs. Des séquences successives d'application et d'organisation de la pensée mènent ainsi à un savoir pratique, qui permet d'affronter une réalité changeante, de choisir des procédures ou d'en mettre de nouvelles au point en fonction des nécessités (12).

C'est dire que la formation des médecins de district requiert une formation continue. Un atelier ou un séminaire peut confronter les apprenants à d'autres expériences, ébranler des certitudes ou faire accepter un défi. Mais il faut ensuite beaucoup de temps pour faire tendre une organisation sanitaire vers un modèle de référence et faire adopter de nouvelles méthodes et procédures.

Durant les premières années d'une réorganisation profonde, il est peu probable que le nouveau médecin de district rencontre au sein de l'équipe cadre, des confrères dont l'expérience et la réflexion soient beaucoup plus élevées que les siennes. Une supervision, par un formateur expérimenté avec un niveau de connaissance justifiant ce titre, est alors souhaitable. Il va de soi que la supervision doit être conçue comme une formation continue, qui part des problèmes identifiés par l'apprenant et qui se construit sur ce qu'il sait déjà. Progressivement cette formation continue peut être réalisée par l'analyse en équipe des problèmes du district.

Cette approche a été adoptée en Guinée depuis 1987, mais les délais impartis — beaucoup trop courts — n'ont pas permis d'atteindre le niveau de qualité attendu. Groupés par région, tous les médecins de district du pays ont

participé à des séminaires de 3 semaines, qui devaient les amener à accepter de nouvelles tâches. La supervision régulière par une équipe nationale n'a malheureusement pas fonctionné longtemps; le gradient de connaissances entre les superviseurs et les médecins n'était pas assez net et le grand nombre d'unités à superviser a imposé des intervalles trop longs entre les supervisions. (Cfr. M.L. Touré, annexe 7).

### **La formation pratique devrait concerner toutes les tâches du médecin de district: quelques expériences**

Polyvalent, le médecin de district ne peut prétendre au niveau technique des spécialistes dans chacun de leurs domaines. Mais il faut définir ce que l'on attend de lui dans chaque domaine par rapport à l'ensemble des tâches inhérentes à sa position. Un programme de formation sous forme de modules «indépendants», pour chaque fonction du médecin de district, risque de ne pas tenir compte des limites résultant de l'existence d'autres fonctions.

Ainsi, lors du colloque, une expérience marocaine récente a été présentée. Il s'agit d'une formation de 15 jours destinées à préparer 8 équipes de circonscription sanitaire aux tâches de gestion uniquement. Les responsables espèrent, suite à l'analyse de cette expérience, pouvoir juger de l'adéquation de la formation et décider s'il est réaliste de confier ces tâches de gestion à toutes les équipes de circonscription. Toutefois, il n'y a pas assez de recul pour savoir si les tâches enseignées sont compatibles avec leur responsabilité globale (N. Darkaoui, annexe 8). Plus loin dans ce document, J. Van den Ende fait état de l'expérience du Dr. Louffi: il s'est agi de former des médecins travaillant comme généraliste dans des hôpitaux en Ethiopie, aux techniques chirurgicales d'urgence. L'interférence avec les autres tâches n'est pas analysée.

Les problèmes liés à la «modulisation» non intégrée d'un enseignement sont illustrés par le cas de Nzérékoré en Guinée (W. Van Damme, Annexe 9). On y a procédé à la formation d'une quarantaine de médecins du deuxième échelon d'une même région, dans un pays où les «médecins de santé publique» et les médecins cliniciens sont affectés à des postes de travail tout-à-fait distincts. Quoique s'adressant aux deux catégories de médecins, les modules attiraient surtout les praticiens déjà engagés dans le domaine concerné et aboutissaient paradoxalement à une spécialisation accrue.

Une expérience de formation plus globale s'est déroulée à Thiès (Sénégal): durant trois mois, des médecins de district déjà en fonction étaient formés par groupe de dix. Le programme couvrait l'ensemble de leurs tâches et combinait démonstration et théorie, ainsi que la participation des apprenants à l'analyse de la situation. Ils appliquaient ensuite les concepts et les méthodes acquises dans l'exercice de leurs fonctions, et introduisaient certains changements prioritaires. Un des formateurs supervisait alors l'expérimentation sur son lieu de travail. Le projet prévoyait une continuation de l'interaction entre formateurs et apprenants au gré de ces derniers et en fonction de la disponibilité des formateurs (13,14). Ne répondant pas aux exigences académiques attachées au titre de «spécialiste», le programme a été remplacé par un cours de six modules de 4 mois chacun. Le manque

d'intégration et l'absence de suivi sur le terrain semblent être les principaux problèmes de cette formule (Ngoné Sène Touré, annexe 10).

Le Niger expérimente actuellement une approche similaire à celle du projet de Thiès. Le Ciméfor à Dogondoutchi (Niger) prépare des médecins de district, à l'organisation des soins de santé primaires et à la gestion du système. Le processus commence aussi par un cours composé de modules intégrés. Malheureusement la supervision par les formateurs ne peut être assurée qu'aux participants travaillant dans les districts relativement proches. Ce problème d'accès aux districts éloignés et le fonctionnement inadéquat de l'hôpital du district — qui devrait servir de lieu de stage — sont ressentis comme des handicaps pour réaliser pleinement l'objectif du projet (H. Miye, annexe 11). En Guinée-Bissau, une expérience analogue de formation alternant atelier et application sur le terrain durant environ 16 mois est en cours et donne satisfaction (M.C. Ribeiro et D. Egger, annexe 10).

Pour des médecins fraîchement promus, une formation s'adressant à l'ensemble des tâches du médecin de district peut être effectuée afin de les préparer à s'intégrer dans une équipe-cadre de district. Tel a été le cas des « stages » pratiques dans un district pilote, suffisamment bien organisé pour prouver la viabilité d'un district sanitaire intégré dans le contexte rural Zaïrois. S'adressant à des médecins motivés, il s'agissait de stages individuels qui couvraient un ensemble de tâches, organisationnelles et cliniques. Le stage comprenait un mois d'observation participative dans un centre de santé et à la consultation de référence de l'hôpital, un mois d'observation participative en salle d'hospitalisation et en supervision des centres de santé, un mois enfin comme membre de l'équipe-cadre du district, avec une participation à toutes ses activités. Aucun suivi ne pouvait malheureusement être assuré à l'issue du stage (V. De Brouwere, annexe 12).

Au Nigeria, il existe un programme de postgraduat de 4 ans, reconnu par les autorités académiques, qui prépare à ses tâches cliniques, le généraliste d'un hôpital de district (médecine, chirurgie, obstétrique, anesthésie, ...). Le programme ne comprend pas l'organisation et la gestion des services de santé. Des programmes similaires existent en Malaisie, au Népal, en Inde, en Zambie, et en Australie (C.A. Pearson, annexe 13). C'est « sur le tas », à l'occasion de stages dans les centres de santé qui précédaient le postgraduat, que les généralistes nigériens acquièrent des notions de gestions (A.F. Phillips, annexe 14).

### **Les médecins généralistes qui bénéficient de formations complémentaires cherchent une reconnaissance officielle de leur compétence**

Malheureusement, le prix à payer pour que les autorités académiques reconnaissent une formation est souvent l'incohérence des différents modules, confiés à des spécialistes reconnus par la faculté (Ngoné Sène Touré, annexe 10). L'expérience présentée par Pearson (annexe 13) échappe à ce défaut, mais concède aux exigences académiques, l'étalement de la formation sur une longue période.

Est-il vraiment nécessaire d'accorder un diplôme particulier? Il est plus important que la fonction du médecin de district soit reconnue et consacrée par une revalorisation salariale, si le médecin a acquis la compétence requise et la maintient. Ceci est réalisable par une formation courte (cfr. Thiès, Dogondoutchi, Kasongo) complétée par des supervisions et par une auto-formation.

Tout compte fait, les généralistes européens ont pris en main leur propre formation avant que leur compétence ne soit entérinée par la création de chaires de médecine générale dans les facultés. Celles-ci furent d'ailleurs précédées par des associations qui ont promu la compétence et le prestige des médecins polyvalents. Ce fût le cas de l'Angleterre (Royal College of General Practitioners), de la Hollande et de la Belgique (Association Scientifique des Médecins Généralistes).

Dans les pays en développement, il existe un exemple analogue: la « Rural Doctors Association » thaïlandaise, qui a une très grande influence sur la revalorisation de la fonction de médecin hospitalier polyvalent en milieu rural.

### **Quelques leçons à tirer**

Deux documents exposés pendant le colloque, présentent des conclusions qui synthétisent celles que l'on pourrait tirer des expériences qui viennent d'être décrites (annexes 9 et 15).

X. de Béthune compare la formation continue des responsables de district sanitaire en Guinée, au Mali et au Zaïre. Il estime qu'il est possible d'améliorer durablement la qualité des soins, de la gestion, et de l'animation des communautés dans les districts. Il faut pour cela que la formation s'inspire d'un modèle de système de santé cohérent et que les ressources additionnelles nécessaires pour pouvoir l'appliquer soient disponibles immédiatement après la formation. L'existence d'une politique nationale synergique renforce les résultats, mais il ne faut pas oublier que ces politiques naissent souvent elles-mêmes d'expériences locales.

La normalisation des instructions peut raccourcir le temps de formation mais cette procédure a des limites. Des instructions standardisées sont acceptables pour des soins à réaliser au premier échelon, par des non-médecins ou par des médecins travaillant avec des ressources très contraignantes.

Dans les autres situations, une « démonstration » ou une expérience guidée sont nécessaires. Aucun compromis ne peut alors être fait sur la durée de la formation à envisager. C'est par exemple le cas pour la formation à la gestion du système. Tous ces facteurs sont bien plus importants que la motivation financière des bénéficiaires pendant la formation » (X. de Béthune, annexe 15).

Pour conclure ce chapitre nous nous inspirons des quatre axes que W. Van Damme (annexe 9) a formulé pour améliorer la formation des équipes-cadres de district dans les meilleures conditions, et nous y ajouterons un cinquième. Les cinq axes doivent être suivis simultanément, mais avec une intensité différente au cours du temps.



## **Axe 1 : Expliciter les compétences qui rendent les médecins polyvalents capables de faire fonctionner le système de santé de district.**

Pour optimiser le fonctionnement d'un district, il faut former des médecins capables d'en assurer la direction, et plus particulièrement :

- d'assumer des responsabilités cliniques dans un hôpital de district;
- d'organiser et de gérer des services de santé;
- de former le personnel auxiliaire, en particulier par la supervision.

Les compétences nécessaires de ces médecins doivent être déterminées :

- *sur le plan clinique*, par une liste des actes médicaux et chirurgicaux qui sont normalement effectués à l'hôpital de premier recours (14). A partir de cette liste, on pourrait déterminer quelles connaissances, aptitudes et attitudes le médecin généraliste doit avoir. Des livres de base comme ceux publiés récemment par l'OMS (15-20) constituent des compléments utiles au processus d'apprentissage.
- *en santé publique* : à partir des activités dans un centre de santé, on peut déterminer quelles connaissances, aptitudes et attitudes le médecin doit maîtriser. Ceci implique la connaissance :
  - du rôle et du fonctionnement d'une équipe cadre de district;
  - des liens fonctionnels entre premier et deuxième échelon;
  - des notions élémentaires d'organisation logistique et financière, ainsi que de gestion du personnel (y compris la pédagogie de la formation continue).

## **Axe 2 : Développer un « district de démonstration »**

Ce district sera à la fois :

- un modèle de fonctionnement d'un district de santé dirigé par une équipe-cadre de district composé de médecins généralistes
- une zone de formation où l'on peut faire le lien entre théorie et pratique, tant dans les centres de santé qu'à l'échelon de recours.
- une zone de recherche opérationnelle et/ou de recherche action, pour permettre de combler le manque de solutions appropriées au contexte, même dans le domaine de l'éducation médicale.

Il faut éviter d'accorder à ces districts des ressources qui rendent l'expérience non reproductible et par là, peu convaincante. Il faut distinguer les ressources requises pour le fonctionnement du district sanitaire proprement dit, de celles qu'exigent la recherche et la formation. Les premières doivent faire l'objet d'une recherche opérationnelle pour déterminer dans un contexte donné le niveau minimal que les zones sont en droit d'attendre du ministère de la santé.

## **Axe 3 : Organiser un suivi sur le terrain :**

Il s'agit du chaînon manquant de « la spirale de la formation », indispensable pour combler les déficits opérationnels. Tant que les équipes cadres de district ne sont pas suffisamment performantes, un appui sous forme de « supervision-animation » doit leur être apporté par des professionnels plus expérimentés.

A plus long terme, l'objectif d'un superviseur doit être de se rendre inutile ; il doit donc organiser les équipes cadre de district et leur enseigner des méthodes qui leur confèrent de l'autonomie et une capacité endogène d'évolution, pour qu'elles sachent identifier leurs propres problèmes, définir ce qu'elles sont capables de faire elles-mêmes, et savoir à qui s'adresser pour obtenir une formation ou des informations complémentaires. Des « peer reviews » réciproques entre plusieurs équipes cadres peuvent compléter l'appareil de supervision.

#### **Axe 4 : Améliorer la pédagogie :**

Le respect de quelques principes permet d'en améliorer l'efficacité.

- Il est important de savoir identifier les terrains où existent des besoins prioritaires de formation ;
- Il est souhaitable de regrouper les formations qui peuvent l'être (même au détriment des per diems) ;
- Les contenus et méthodes appropriés doivent servir à structurer un curriculum conçu comme un ensemble, afin de contrecarrer une tendance à la spécialisation et au clivage entre santé publique et médecine clinique ;
- Il faut affiner le diagnostic individuel des insuffisances conceptuelles et techniques par rapport à l'équipe de travail ; ceci suppose l'harmonisation de la formation avec le développement des services de santé. L'apprenant devrait être « mandaté » par son équipe lors de sa formation et y sentir ses propres intérêts valorisés.

Un « tableau de bord personnel » où l'on enregistre les progrès réalisés en regard du diagnostic individuel, contribue à une gestion plus individualisée des formations ;

- Les modules de formation doivent être élaborés à partir des principes de la « pédagogie de résolution des problèmes »(21), qui permet un équilibre entre l'auto-apprentissage, le suivi par un « tuteur », et l'auto-apprentissage en groupe dans les équipes cadres de district.
- Il faut développer, structurer et valoriser les « stages autogérés » ;
- La formation doit être très pratique, sans être pour autant « artisanale ». Elle ne peut pas se limiter à l'imitation du maître, qui crée essentiellement un savoir procédural. Il faut créer un lien entre théorie et pratique, pour permettre l'articulation des quatre types de savoir de Malglaive (savoir théorique, savoir procédural, savoir pratique et savoir-faire) (22). La qualité des stages est donc cruciale.

Ces stages peuvent se faire :

1. dans un environnement de démonstration où l'écart entre ce qui est enseigné et observé est minimal
  2. dans un environnement où cet écart existe, mais qui semble « surmontable », de manière à constituer un défi stimulant pour l'apprenant (ce qui n'est pas le cas lorsque l'écart est trop grand).
- Une documentation appropriée (bibliothèque, vidéothèque, éventuellement CD-ROM, ...) est nécessaire.

- Pour les formations techniques (chirurgie, obstétrique, etc.), on peut développer des maquettes, des modèles animaux, etc. qui permettent de se préparer avant de pratiquer, pour augmenter l'efficacité et l'efficacité de la formation sans que cela porte préjudice aux malades.
- Il est utile d'explorer le travail en équipe autour de «projets», compris dans le sens de stratégies évaluées, destinées à atteindre un objectif ponctuel: identifier un problème à résoudre, formuler une hypothèse de travail, expérimenter en équipe, suivre l'évolution, identifier les contraintes, les obstacles, et essayer de les franchir.

Enfin, il faut introduire l'évaluation de toutes les activités opérationnelles gestionnaires.

### **Nous ajouterons une 5ème axe : Revaloriser la fonction de médecin de district polyvalent**

La reconnaissance facultaire de la médecine générale (ou médecine communautaire) est un objectif à long terme, tout comme l'organisation d'un postgraduat cohérent. En attendant, les médecins de district expérimentés devraient préparer le terrain pour cette reconnaissance officielle. Il y a des précédents qui montrent que des associations de médecins généralistes ont su donner des lettres de noblesse à leur discipline.

Ces associations ont obtenu une revalorisation par l'analyse scientifique de leurs activités, par des recherches dont l'objet était précisément la communication de leurs expériences entre eux et avec le monde académique classique, et enfin par des publications et des colloques.

## REFERENCES

1. WHO. Report of the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care; Harare, Zimbabwe, 3 to 7 August 1987. Geneva: World Health Organization (WHO), 1987, 42 pp. (WHO/SHS/DHS/87.13, Rev.1).
2. Pangu KA: La «santé pour tous» d'ici l'an 2000: c'est possible; expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre (Dissertation). Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, 1988, 322 pp.
3. Equipe du Projet Kasongo. Le projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. Ann Soc Belg Méd Trop, 1981, **61** (Suppl.), 54 pp.
4. Dujardin JC *et al*: Etude de faisabilité de l'intervention de la CEE dans le domaine de la santé (FED); rapport final, 1993.
5. Sani C: Emergence de la notion de système de santé de district. Antwerpen, Institut de Médecine Tropicale (IMT), 1989: 17 pp. (Dissertation, Cours International pour la Promotion de la Santé).
6. Van Balen H: The Kasongo project: a case study in community participation. Trop Doct, 1994, **24**, 13-16.
7. Unger JP, Dujardin B: Epidemiology's contribution to health service management and planning in developing countries: a missing link. Bull WHO, 1992, **70**, 487-497.
8. Van Dormael M: Médecine générale et modernité; regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde (Dissertation). [Bruxelles], Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques, 1995, 286 pp.
9. Devillé L, Ed: La gestion décentralisée, second souffle des soins de santé primaires; rapport de conférence, Colloque International, Bruxelles, 21-22 mai 1989. Bruxelles: Medicus Mundi Belgium, 1989, 68 pp.
10. Buron A, Unger JP, Van Damme W: L'apprentissage dans la formation d'adultes. Le cas de la formation des médecins généralistes. Ann Soc Belg Méd Trop, 1995, **75** (Suppl. 1), 13-25.
11. Bryant J: *in* Guilbert JJ: Educational handbook for health personnel; 6th edition. Geneva, World Health Organization, 1987, p. 375 (Offset publication, 35).
12. Miller GE: Continuing education — what it is and what not. J Amer Med Assoc 1987, **258**, 1352-1354.
13. Unger JP: The training of district medical officers in the organisation of health services: a methodology tested in Senegal. Health Pol Plann, 1989, **4**, 148-156.

14. Unger JP, Daveloose P, Bâ A, Toure-Sene NN, Mercenier P: Le Sénégal se rapproche des objectifs d'Alma-Ata. Forum Mond Santé, 1989, **10**, 501-509.
15. OMS: L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines; rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premier recours. Sér Rapp Tech OMS, 1992, **819**, 84 pp.
16. Cook J, Sankaran B, Wasunna AEO, Eds: La chirurgie générale à l'hôpital de district. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1989, 230 pp.
17. Cook J, Sankaran B, Wasunna AEO, Eds: La chirurgie à l'hôpital de district: obstétrique, gynécologie, orthopédie et traumatologie. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1993, 211 pp.
18. OMS: Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1992, 80 pp.
19. Dobson MB: L'anesthésie à l'hôpital de district. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1989, 142 pp.
20. Palmer PES, Cockshott WP, Hegedüs V, Samuel E: Manuel d'interprétation radiographique pour généralistes. Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1985, 216 pp.
21. Boelen C: Educating people to resolve problems. Geneva, World Health Organization, 1990.
22. Malglaive G: Enseigner à des adultes. Paris, Presses Universitaires de France, 1990.

\* \* \*

#### ANNEXE 7

### **Formation des médecins responsables d'un district à l'organisation des services de santé en République de Guinée**

M.L. Touré

Directeur National des Etablissements de Soins, BP 81, Ministère de la Santé, Conakry, Guinée

L'auteur relate la formation des médecins de district du pays. Ce programme a débuté en 1987 par des séminaires de trois semaines, regroupant les médecins au chef-lieu de région.

La supervision régulière par une équipe nationale prévue pour leur formation continue, a rapidement perdu son effet: si un gradient de connaissances entre les superviseurs et les médecins du district existait en départ, il résultait d'une courte formation des superviseurs. Mais surtout, il se limitait à des procédures et à des normes. Dès que les supervisés maîtrisaient cette matière, la supervision perdait son sens. D'autre part l'augmentation du nombre de centres à superviser a eu pour conséquence de réduire le rythme des supervisions (de trimestriel, il est devenu annuel).

Cette expérience montre qu'il ne suffit pas de nommer quelques praticiens, «médecins de district», ni de baptiser «médecin formateur» ceux qui auraient participé à un séminaire, pour «couvrir rapidement tout le pays».

\* \* \*

#### ANNEXE 8

### **Vers une gestion décentralisée de la circonscription sanitaire au Maroc, une expérience basée sur la formation de l'équipe**

K.N. Darkaoui, V. De Brouwere, A. Laabid, A. Zayyouné

INAS. Route de Casablanca km 4,5, Rabat, Maroc

Les auteurs décrivent dans le cadre d'une expérience de décentralisation de la gestion de la circonscription sanitaire, un programme de 15 jours pour préparer 8 équipes de circonscriptions sanitaires aux tâches de gestion.

Cette formation a eu lieu quelques mois avant d'être présentée au colloque. A moyen terme cet essai doit permettre de définir les conditions de reproductibilité de l'expérience et de déléguer la prise en charge de la formation aux responsables locales.

\* \* \*

## ANNEXE 9

### **De la formation individuelle des médecins à la formation continue des équipes cadres de district en Guinée**

W. Van Damme

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

L'auteur analyse la formation de 43 «médecins polyvalents» du deuxième échelon, tout ressortissants d'une même région de Guinée, un pays où les «médecins cliniciens» et les «médecins de santé publique» sont considérés comme deux catégories distinctes de praticiens.

La formation de base et la formation continue de ces médecins, portent presque exclusivement sur la clinique. Elle a été rendue nécessaire à cause des conditions inadéquates dans lesquelles leur formation s'est déroulée, et qui ont empêché les étudiants en médecine d'acquérir un savoir pratique de niveau réellement professionnel.

Durant cette expérience, qui a duré 4 ans, une formation en médecine, chirurgie et obstétrique clinique, a été offerte aux médecins. Elle comprenait l'analyse guidée des problèmes rencontrés dans le service, ainsi que l'exécution de techniques et d'actes sous la surveillance de spécialistes. Il fallut bien constater que les cliniciens ont surtout intériorisé le savoir dans le seul domaine où ils désiraient se spécialiser. Parallèlement, les séminaires ayant trait aux programmes verticaux ont suscité d'avantage l'intérêt des «médecins de santé publique», que celui des cliniciens. Dans tous les cas, cette formation a éloigné les médecins de la polyvalence requise par le fonctionnement d'une équipe cadre de district.

L'auteur relève diverses difficultés :

- les formateurs compétents mais dont l'expérience de terrain était limitée, n'ont pu appliquer leur savoir au contexte réel;
- les apprenants rejetaient les informations qui remettaient en cause les habitudes existantes ou les apports de la formation de base;
- les médecins peu performants s'intéressaient peu à la formation;
- il n'y avait pas de « plan directeur » de la formation.

Le profil recherché pour le médecin de district n'a pas été bien défini, d'où :

- une formation trop opportuniste, sans réel fil conducteur
- la non-reconnaissance de cette formation

A quoi attribuer cette difficulté de définir les qualités d'un médecin de district-type ?

Principalement à l'inexistence dans le pays, d'un modèle observable de district sanitaire fonctionnel, où « l'innovation » pouvait être vécue. Dans ce contexte, l'introduction de nouvelles techniques demandait une négociation et l'aval des autorités.

L'auteur conclut sa présentation par quelques recommandations destinées à rendre les formations plus utiles au développement des districts. Il les a regroupées en quatre axes, repris dans les conclusions de la communication de H. Van Balen.

\* \* \*

## ANNEXE 10

### **La formation des médecins de district par l'Institut Santé et Développement de l'Université de Dakar**

Ngoné Sène Touré

BP A317, Thiès, Sénégal

Les médecins inscrits à cet enseignement de type universitaire continuent d'assumer leurs fonctions de médecins chefs ou d'adjoints dans un district, un centre de santé, ou un hôpital.

Le cours comporte six modules autonomes de 4 mois chacun. Chaque module commence par une formation théorique, de deux semaines (méthode participative), suivi d'un stage pratique de 10 semaines sur le lieu de travail. Il est conclu par une évaluation effectuée lors d'un séjour de deux semaines en résidence.

La formation est sanctionnée par le titre de « spécialiste en Santé Publique » reconnu par l'Université. Le prix à payer pour cette reconnaissance est une tendance à faire produire par les participants des documents « évaluables » par des académiciens. Un autre problème semble être la non-intégration des modules.

\* \* \*

## ANNEXE 11

### **Le projet Ciméfor: une expérience de formation et de suivi des médecins responsables de district au Niger**

Hamidou Miye, G.W. Van Heusden

Ministère de la Santé Publique, Projet Ciméfor, B.P. 50, Douchi, Niger

Un centre de formation a été établi à Dogondoutchi, un district rural. Sa vocation est de former les médecins de districts à la gestion et à l'organisation des soins de santé primaires. La formation est organisée et réalisée par trois médecins expérimentés et formés en santé publique, qui travaillent aussi comme membres de l'équipe-cadre du district. Pour quelques cours, ils font appel à des vacataires.

La première partie de la formation est un cours modulaire de trois mois à Dogondoutchi, organisé pour 6 médecins par session. Les services de santé du district servent de lieu d'observation et d'analyse, ce qui permet de combiner pratique et théorie dans chaque module. Ce volet est sanctionné par un « certificat de participation » délivré conjointement pour le Ministère de la Santé Publique et la Faculté des Sciences de la Santé.

La deuxième partie consiste en un suivi sur le lieu de travail sous forme de supervision. Les grandes distances et le manque de temps-superviseur font que seuls quelques médecins qui travaillent dans des districts relativement proches peuvent en bénéficier.

Un facteur qui a limité l'efficacité de la formation tient à l'absence d'un hôpital de district crédible où les observations pourraient avoir lieu. Cette structure manque d'équipement et de ressources, ce qui l'empêche d'offrir des soins de qualité malgré une gestion correcte.

Le coût de fonctionnement du centre de formation s'élève à environ 6,000 \$ par médecin formé.

\* \* \*

## ANNEXE 12

### **Stages à Kasongo: une expérience de formation pratique pour médecins chefs de district**

V. De Brouwere

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

Cette formation pratique a été réalisée dans un district sanitaire qui depuis plusieurs années avait atteint un niveau de fonctionnement suffisant pour prouver qu'un district sanitaire intégré pouvait exister dans le contexte rural zairois, moyennant un minimum d'inputs, compatibles avec les ressources que le Ministère de la Santé Publique du Zaïre aurait dû fournir à ses zones de santé.

Le district sanitaire de Kasongo présentait les caractéristiques suivantes :

- il était géré par un comité de direction comprenant tous les médecins du district (4 ou 5), le gestionnaire administratif de l'hôpital et l'infirmier-chef du nursing;
- tous les médecins participaient au travail médico-chirurgical de l'hôpital (consultation ambulatoire de référence et services hospitaliers);
- chaque médecin supervisait quelques centres de santé (3 ou 4);
- la mise au point et l'évaluation des programmes spécifiques réalisés dans les services polyvalents (soins maternels et infantiles, vaccinations, stratégies de lutte contre la tuberculose, la lèpre, etc) étaient répartis entre les médecins;
- chaque composante de la logistique (approvisionnement en médicaments, en carburant, en fournitures, etc.) était elle aussi assignée à un médecin différent.

De plus, les 4 ou 5 médecins consacraient chacun l'équivalent de ¼ de temps à la recherche-action et à la formation.

Après quelques années d'expérience, un programme a été mis en oeuvre pour offrir une formation satisfaisante à des médecins de district extérieurs.

#### *1. Objectifs*

L'objectif du stage à Kasongo était de rendre les stagiaires, futurs responsables d'un district, capables de gérer un district comme un système à deux échelons (Centres de Santé et Hôpital) fonctionnant de manière intégrée, de les former à la supervision des services hospitaliers et des centres de santé, et de leur montrer comment travailler en équipe. Il s'agissait d'un programme normalisé, adapté au niveau personnel de connaissance en santé publique et aux intérêts particuliers.

## 2. *Méthodologie*

Il s'agissait de confronter le stagiaire aux fonctions cliniques, à la supervision, à l'évaluation, à la recherche, et à l'enseignement des médecins responsables des structures sanitaires et de la population de la zone de santé (hôpital, centres de santé, école d'infirmiers, etc.).

Le médecin stagiaire disposait d'un guide de stage et d'un cahier où il notait ses observations et les problèmes à discuter. Si nécessaire, il se réunissait une fois par semaine avec le médecin coordinateur des stages pour en discuter et pour ajuster les activités.

## 3. *Déroulement du stage*

1 mois : Observation de la consultation de référence à l'hôpital, d'un centre de santé urbain et d'un autre rural.

1 mois : Observation participante dans les services hospitaliers et lors de la supervision de 5 centres de santé.

1 mois : Fonctionnement comme membre de l'équipe : travail dans un service hospitalier qui répond aux intérêts particuliers du stagiaire, service de garde, supervision de centres de santé et participation aux réunions de l'équipe-cadre du district.

Kasongo pouvait accueillir un nouveau stagiaire par mois. En réalité, 18 médecins ont été ainsi formés en 3 ans. Le coût (logement, déplacement locaux, administration) s'élevait à environ 1,000 dollars EU pour les trois mois. Ce coût ne tenait pas compte du temps requis pour l'encadrement ni de celui du voyage jusqu'à Kasongo.

\* \* \*

## ANNEXE 13

### **The case for postgraduate degree programmes in general practice in developing countries**

C.A. Pearson

2 Springfield Road, Bury St Edmunds, Suffolk IP33 3AN, Great Britain

The author notices that doctors in developing countries spend a very short period of their career at the district level where they are most needed. This is why an improved education would not be very useful if district doctors could not get a satisfactory status nor have access to career perspectives.

Therefore the «district doctor» should be recognised as belonging to the «internationally recognized discipline of General Practice».

This implies that postgraduate programmes for GP's be recognized by the academy.

A 4 year programme settled under the umbrella of the National Postgraduate Medical College of Nigeria is given as an example. Practice training took place in approved training-centres, low-tech general hospitals. The trainees entered in a learning relation with senior doctors. They were treated as full member of the staff and received salary and housing. Supervision was performed by members of the faculty board as well as by medical superintendents and provincial medical officers of training hospitals. The quality of training depended greatly on their dedication and enthusiasm. Week-end workshops were also organised, and two examinations were taken during the curriculum.

As a result, most of the 40 doctors trained up to now are working in under-served areas.

Similar initiatives in Malaysia, Nepal, India, Zambia and Australia are mentioned.

\* \* \*

## ANNEXE 14

### **Training of general practitioners in the Third World**

A.F. Phillips

33 Cliffe Road, Scheffield S6 5DR, Great Britain

The author argues that the management skills can best be learned by general practitioners before the postgraduate course, at health centre level, since during his hospital training he is not likely to be involved in hospital administration (experience in Nigeria).

\* \* \*

## La formation continue des responsables de districts sanitaires et des centres de santé périphériques : comparaison de quelques formations dans trois pays

X. de Béthune

UNICEF, B.P. 96, Bamako, Mali

Une analyse de 3 cas : ceux de Kindu (Zaïre), de la Guinée Conakry, et du Mali.

A Kindu, les médecins ont reçu une formation théorique préalable (médecine tropicale, principes de santé publique, organisation des services de santé). Ils effectuaient ensuite 3 mois de stage dans un district de démonstration à Kasongo (annexe 11). Le stage était suivi par un travail dans un district où l'environnement, les ressources et le plan de développement permettaient d'anticiper un résultat permettant à l'application de leur savoir pratique.

En Guinée Conakry, les médecins recevaient la formation décrite en annexe 1.

Au Mali, un appui intellectuel des régions médicales aux équipes de district devait permettre de décentraliser les responsabilités de gestion au niveau de ces districts par l'élaboration de plans de développement sanitaire et par la mise en place de centres de santé communautaires.

Quels critères peut-on utiliser pour comparer l'efficacité de ces formations ?

1. l'amélioration quantitative et qualitative des soins de santé ;
2. l'acquisition d'un savoir pratique, et de nouvelles compétences pour la gestion et la décision ;
3. le renforcement institutionnel ;
4. la pérennité des modifications ;

L'auteur identifie divers facteurs de réussite de ces formations-action :

1. L'existence d'un *système cohérent*.

Celui-ci existait à Kindu. Il était partiellement réalisé en Guinée. L'existence d'une politique définie, partiellement opérationnalisée dans les centres de santé, y a permis d'accroître l'efficacité de la formation. Les carences de cette politique pour les districts et les hôpitaux n'ont pas permis une formation efficace à ces niveaux. Certaines ONG, chargées de l'appui aux districts, ont inclut l'hôpital dans leurs termes de référence, et ont pu constituer des exceptions à cette observation générale ;

2. La disponibilité des ressources pour mettre en oeuvre le contenu de la formation ;

3. Si la standardisation des tâches est importante pour les centres de santé, la formation au niveau des hôpitaux et districts bénéficie surtout des démonstrations et de l'imprégnation progressive des concepts ;

4. Enfin, des bénéfices financiers pour les apprenants, liés à la participation aux séances de formation n'ont pas d'effet démontré.

L'auteur tire les conclusions suivantes de ses observations :

On peut réduire à trois, les principales alternatives pour la formation continue du personnel de santé en Afrique. Il s'agit du développement du réseau d'institutions locales et internationales de formation, de la formation-action liée ou non à des efforts de recherche, et de formations ponctuelles effectuées dans le cadre d'efforts de développement précis.

La première alternative n'est pas sans risque. Davantage de cours et plus d'institutions de formation se justifient à long terme en Afrique. Il faut cependant pondérer ce plaidoyer par l'ampleur du chômage de cadres qualifiés dans plusieurs pays et par les coûts qu'exigent de telles institutions. Ces remarques valent pour les cours internationaux donnés dans un grand nombre d'universités à travers le monde.

La formation-action est une méthode (revue dans cet article), qui semble plus prometteuse. Couplée à des projets de recherche, elle est utilisée par l'UNICEF dans ses projets de National Capacity Building. Ces projets sont plus formalisés que les expériences décrites ici grâce à des liens avec les facultés de médecine et par la participation à des réseaux internationaux. Il serait utile de poursuivre l'évaluation de ces efforts.

Quant aux formations ponctuelles, l'auteur estime que «quelle que soit l'issue du débat autour des alternatives de formation, il est sûr qu'il restera une place pendant de nombreuses années pour des formations ponctuelles destinées au personnel de terrain dans le cadre de projets localisés ou de politiques nationales de santé. Une définition précise d'objectifs pertinents et réalistes et une meilleure gestion du temps et de l'argent disponibles est nécessaire afin d'éviter des frustrations aux organisateurs et aux bénéficiaires des formations » (voir aussi P. Perrin, annexe 17).



**Strengthening health management in Guinea-Bissau**

M.C. Ribeiro, D.Egger

Ministère de la Santé, Oio, Guinée-Bissau

Guinea-Bissau is a small country in West Africa with about 1 million inhabitants. With an estimated 1991 per capita income of about US\$ 190, the country is one of the poorest in the world. The health status of the population features high rates of mortality and morbidity. Only 40% of the population appears to have access to even basic health services. Administratively, the health sector is divided into 10 regions and 36 sectors.

The regional health services are headed by Medical Officers, who are posted shortly after graduating from medical school, without any formal training in management, nor practical experience, except for clinical work at the central hospital. In 1990, an assessment of the functionality of 5 health sectors in three regions of Guinea-Bissau was conducted by the Ministry of Health with the technical support of WHO and funding from UNICEF. The results of this survey showed that all the health sectors were facing major operational problems and that *implementation of primary health care was ineffective*. This survey showed also that most of those responsible for regional health services did not function as an effective forum for management. Issues and problems tended to be addressed as they arose, in an ad-hoc manner known as « management by crisis ».

In response to these needs, a problem-based approach to strengthen regional health management was introduced in Guinea-Bissau, with the support of WHO. The programme started in 1990 and now covers seven of the country's 10 regions. Its purpose is to *narrow the gap between policy and implementation*. It is not only aimed at the regional medical officers in charge, but at the whole management team, i.e. the group of people who take decisions concerning resource allocation and implementation of health programmes.

The strategy of this programme requires that teams analyze day-to-day problems of programme implementation, plan how they are going to tackle those problems within their own resources, and critically review achievements. In practice, this programme takes health management teams through three modules. Each module consists of a workshop and a period during which plans developed at the workshop are implemented. The entire process covers three workshops, as well as the implementation period following each workshop. *The most important work happens in the field, between the workshops, in putting the plans of action into practice*. At the end of the third implementation period, a final review meeting takes place. Thus, the complete process lasts about sixteen months.

Effectiveness of management development strategies depends on a variety of factors, including the *context* in which they are applied and the *desired outcomes*. A preliminary assessment of this programme shows that *management competence and performance have greatly improved*. This is particularly visible in terms of working and communication practices. Vital systems to support PHC implementation have been developed and are now operational, especially as regards continuing education of health workers, supervision of health centres, drug supply and distribution to the periphery, and information collection for management purposes. A better use is made of existing resources and effective collaboration with bilaterals and NGO's, at the regional level, is now taking place. Implementation of technical programmes is improving, as shown, for example, by the figures on immunization coverage.

The reasons for this success are multiple. First of all the *context*. There is a political will to decentralize the health system and strengthen the regional level. Secondly, the *strategy* of this programme. It is based on a number of important principles and assumptions, which are ownership, teamwork, repetition, incremental learning and support between workshops. Lastly, the overall *management* of this programme. The Ministry of Health has set up a national facilitator network, which is responsible for planning and implementing this programme. In addition to technical support to this network, WHO has provided all the logistic and financial support, which amounts to around US\$ 18,000 per region, all costs included.

\*  
\* \*

## ANNEXE 17

**Santé dans les opérations de secours. Un cours de formation pour la gestion de l'aide humanitaire**

P. Perrin

Comité International de la Croix Rouge, Division Médicale, 19, avenue de la Paix, CH-1202 Genève, Suisse

Ce cours de formation organisé par la Division Médicale du CICR a pour but de répondre aux besoins des professionnels de santé confrontés aux situations de crise impliquant un grand nombre de personnes. Les objectifs de ce cours de trois semaines sont de préparer ces professionnels aux

situations d'urgence, de les assister à développer une approche commune afin d'améliorer la coordination entre les agences, et de définir les conditions nécessaires à la planification d'activités à moyen et à long terme.

Le cours couvre huit domaines: planification, alimentation et nutrition, eau et hygiène du milieu, contrôle des maladies transmissibles, soins médico-chirurgicaux, épidémiologie, liens entre désastres et développement, et droit international humanitaire. Afin de garder une certaine cohérence à l'ensemble du programme, le cours a été divisé en 200 objectifs éducationnels. Chacun d'eux est étudié en groupe, puis discuté en séance plénière. Des exercices ont été spécialement construits pour chaque objectif éducationnel. Un exercice de simulation, comprenant cinq banques de données informatisées, décrit la complexité d'une situation réelle, et permet d'intégrer les objectifs éducationnels dans un cadre réel. Une sixième banque de données contenant des références bibliographiques est également à disposition.

Un total de 312 personnes, représentant 81 pays ont participé aux cours. Dans le but de diffuser ce type de cours, nous envisageons d'en accroître la couverture à plusieurs régions du monde.

\* \* \*

## ANNEXE 18

### **Health emergency in large populations: a comprehensive training programme**

R. Coninx

International Committee of the Red Cross, Medical Division, 19, avenue de la Paix, CH-1202 Geneva, Switzerland

The training programme set up by the Medical Division of the International Committee of the Red Cross is aimed at health professionals who deal with large populations in critical situations. The objectives of the three-week course are to prepare senior health care staff to take part in emergency operations, to assist in developing a common approach in order to improve conditions and skills needed to extend emergency operations to situations requiring medium and long term planning.

The course covers eight classic areas of health care needing attention in such situations: planning, food and nutrition, water and environmental sanitation, communicable disease control, medical and surgical services, epidemiology, disasters and development; and international humanitarian law. In order to avoid digression into various directions, the programme has been divided into 200 precise educational objectives, which together form a coherent whole. Each objective is discussed in working groups which then summarize their conclusions to the assembled course participants. A series of exercises has also been designed in relation to each objective in order to help the learning process. A simulation exercise uses five computerized data banks which represent well the complexity of the real situation and add a touch of reality. A further data bank containing more than 500 bibliographical references is also available.

A total of 312 people from 81 countries have so far taken part in the course. In order to ensure that the knowledge gained is also being shared in this relatively new discipline of health care in large scale emergencies, we intend to increase the coverage in different parts of the world in future.