

International Network of Former Participants of ICHD

Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

Réseau International des Anciens du CIPS

Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

INFI Newsletter

Lettre du RIAC

Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgium

tel: +32 3 247 62 53 – fax: +32 3 247 62 57 – E-mail: cvmaerk@itg.be

December 2001 - Décembre 2001

Contenu - Contents

Editorial	2
<i>Bart Criel & Vincent De Brouwere</i>	
The Health <u>Care</u> for All Colloquium	5
<i>Jean-Pierre Unger (ICHD Co-ordinator 2001-2002)</i>	
Boboto: vers une nouvelle logique pour ouvrir des 'Windows of opportunity'	7
<i>Karel Gyselincx (CIPS 2000-2001)</i>	
Not so long ago	11
Il n'y a pas si longtemps	11
<i>Guy Kegels</i>	
Research Project: The role of doctors in strengthening first line health services	15
Une recherche en cours : le rôle des médecins dans le renforcement des services de première ligne	15
<i>Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996)</i>	
Message from Malawi.	20
<i>Bart Vander Plaetse (ICHD 1999-2000)</i>	
Les horizons au niveau intermédiaire	21
<i>Dr Sory Ibrahima BAMBÀ (CIPS 1998-1999)</i>	
AIDS in Zimbabwe	23
<i>Ludwig Apers (ICHD 1997-1998)</i>	
Comments on "AIDS in Zimbabwe"	25
<i>Dr. Anne Buvé, ITM</i>	
Quel paradigme dans l'organisation de soins de santé ambulatoires et comment le changer ?	
Une expérience au Nicaragua	26
<i>Jean Macq (CIPS 1994-1995), Alejandro Solis, Marcia Ibarra, Bruno Dujardin</i>	
Aperçu de l'étude sur « les Besoins Obstétricaux non- couverts au Niger en 1998»	30
<i>Drs Bossyns Paul (ICHD 1993-1994) & Hamidou Miyé (1988-1989), Projet Alafia/GTZ, Niamey, Niger</i>	
HOMO CIPSIENS	33
<i>Noël Nahounou (CIPS 2000-2001)</i>	
Les projets de renforcement des systèmes de santé aux programmes d'assurance de qualité.	
Interpréter les dynamiques, mieux comprendre les contraintes et proposer une approche intégrée du management pour la qualité.	34
<i>Dr Pierre Blaise, MD, MPH</i>	
Writing for the INFI Newsletter	39
Ecrire à la Lettre du RIAC	39

Dear friends and colleagues,

One of our recurring ambitions when preparing this bi-annual INFI Newsletter is to achieve a good mix in the contents of the papers composing the Newsletter. We hope we have succeeded. For you to judge!

The first paper is by Jean-Pierre Unger who writes (in English) a short report on the 'Health Care for All Colloquium' held in Antwerp on 25-26 October 2001. The meeting aimed to restate very clearly and loudly the continuing need for accessible and acceptable health care systems throughout the world. Even more, the meeting clearly affirmed that basic health care is a human right on its own. During two days politicians, representatives from international aid organisations and public health specialists entered into discussions. The meeting eventually led to a declaration drafted by participating African Ministers and pledging significant support to health care systems in the developing world. We have joined a copy of the Antwerp declaration as well as a copy of one of the concept papers (authored by JP Unger) to that conference.

The following paper is by Karel Gyselinck (CIPS 2000-2001) who has written a nice piece on the Boboto boat initiative in the Democratic Republic of Congo (Boboto means peace in Lingala). The Boboto boat transported 636 tonnes of goods from Kinshasa to the small port of Mogalo situated in the zone controlled by the rebels of Jean-Pierre Bemba. The majestic Congo river has taken up, if only during a short period of time, its old role as transport means for goods. At the same time, the river has also raised hope from one end of the country to the other.

The next paper, in English and French, is written by Guy Kegels and addresses the issue of DALYs. He points to the fact that DALYs, albeit controversial, are nevertheless an interesting indicator. He discusses the concept of DALYs, and its use as a tool in health policy. He situates the debate in the way decision making in public health has evolved in the last two decades from the more traditional medical ('professional') attitudes toward a more economic and 'managerial' way of reasoning.

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996) presents in French and English the research project in which she is involved with others in the department. This research centres on the role of doctors in strengthening first line health services in developing countries. She has been carrying out field work in Cuba, Mali and the Republic of South Africa; others are to follow. These first case-studies have confirmed the relevance of the problem

Chers amis et collègues,

Lorsque nous composons le Bulletin de Liaison du RIAC, notre ambition est d'essayer d'offrir, dans la mesure du possible, un bon équilibre entre les différents thèmes qui sont discutés dans cette lettre. Nous espérons avoir réussi mais c'est à vous de juger !

Le premier article, écrit par Jean-Pierre Unger (en anglais), est un (relativement) bref rapport du colloque 'Soins de Santé pour Tous' qui s'est tenu à Anvers les 25 et 26 octobre 2001. La réunion avait pour objectif de réaffirmer très clairement et très vigoureusement le besoin continu d'avoir dans le monde entier des systèmes de santé accessibles et acceptables. Plus même, la réunion a clairement proclamé que les soins de santé de base sont un droit humain en soi. Durant deux jours, des politiciens, des représentants de grosses organisations humanitaires internationales et des experts en santé publique ont discuté ensemble des enjeux. La réunion a débouché sur une déclaration rédigée entre autres par les ministres africains participants et qui plaide en faveur d'un soutien au renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement. Nous avons joint une copie de la déclaration d'Anvers ainsi qu'une copie de la présentation de JP Unger (en anglais) sur le concept sous-jacent à cette initiative.

L'article suivant est de Karel Gyselinck (CIPS 2000-2001) qui raconte comment s'est déroulée l'épopée du Bateau Boboto (boboto signifie paix en lingala) en République Démocratique du Congo. Le Bateau Boboto a transporté 636 tonnes de vivres de Kinshasa à Mogalo, petit port situé à 1.250 km en amont de Kinshasa en plein territoire tenu par les rebelles de Jean-Pierre Bemba. Le 'majestueux' fleuve Congo a repris, même si ce ne fût que durant une courte période, son ancien rôle : acheminer des biens. Mais il a aussi apporté de l'espoir d'un bout à l'autre du pays et une nouvelle approche de l'aide humanitaire plus en harmonie avec la complexité de la situation et la demande des populations.

Ensuite vient la contribution de Guy Kegels ; elle concerne la problématique des AVCI (Années de Vie perdues Corrigées pour les Infirmes, en anglais DALY). Il attire l'attention sur le fait que même si les DALYs sont controversés(e), ils(elles) constituent cependant un indicateur intéressant. Il présente le concept et son utilisation comme outil de politique sanitaire. Il resitue le débat en montrant comment le processus de prise de décision a évolué en santé publique ces vingt dernières années : d'une attitude traditionnelle plus médicale ('professionnelle') vers une façon de raisonner plus économique et plus 'managériale'.

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996) présente un projet de recherche du département dans lequel elle a été particulièrement impliquée. Cette recherche s'intéresse au rôle des

Writing for the INFI Newsletter

CONTRIBUTIONS TO THE INFI NEWSLETTER.

The INFI Newsletter redaction team welcomes contributions in English and French on issues deemed relevant for ICHD alumni. There are no stringent requirements regarding format or length. We favour short contributions, even informal ones. Longer contributions can also be accepted, but should then answer to higher standards of scientific writing. We have no objection that materials have been published elsewhere. You can send your contribution by mail, by fax or by e-mail. A computer file in Word or WordPerfect facilitates our work. Do not hesitate asking our advice and assistance. We reserve the right to edit and shorten the text of your contributions, especially when they contain lengthy presentations of the context or general introductions.

ARTICLES & BOOKS. The redaction team also welcomes suggestions for copies of articles to be included in the Newsletter – especially when written by ICHD alumni – and suggestions for titles for the Book Service.

ADDRESS: INFI secretariat, Institute of Tropical Medicine, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium (phone: +32 3 247 62 53; fax: +32 3 247 62 57; e-mail: cvmaerk@itg.be).

Ecrire à la Lettre du RIAC

CONTRIBUTIONS AU BULLETIN DE LIAISON DU RIAC.

L'équipe de rédaction du bulletin de liaison du RIAC accepte toute contribution en anglais ou en français sur des sujets jugés pertinents pour les lauréats du CIPS. Il n'y a pas de contraintes sévères quant au format ou à la longueur. Nous favorisons cependant les courtes communications, formelles (dissertation sur un thème) ou informelles. Les contributions plus longues peuvent aussi être acceptées, mais elles devraient alors répondre à des standards plus stricts de rédaction scientifique. Nous n'avons pas d'objection à insérer des textes publiés ailleurs. Vous pouvez envoyer vos textes par e-mail, par fax ou par courrier. Si vous envoyez un fichier, le format Word ou WordPerfect facilitera notre travail. N'hésitez pas à demander notre avis ou notre aide. Nous nous réservons le droit d'éditer et de raccourcir le texte de vos contributions, surtout lorsqu'il comporte une longue présentation du contexte ou une introduction très générale.

ARTICLES ET LIVRES. L'équipe de rédaction accueille toute suggestion d'articles à inclure dans le bulletin – surtout quand ils ont été écrits par des lauréats – et toute suggestion de titres de livres à acheter par le Service Livre.

ADRESSE : Secrétariat RIAC, Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat 155, B- 2000 Antwerpen, Belgique (téléphone : +32 3 247 62 53 ; fax : +32 3 247 62 57 ; e-mail : cvmaerk@itg.be).

Have contributed to this issue :

L. Apers, Sory Ibrahim Bamba, P. Blaise, P. Bossyns, A. Buvé, B. Criel, V. De Brouwere, S. Dugas, B. Dujardin, K. Gyselinck, M. Ibarra, G. Kegels, J. Macq, H. Miyé, N. Nahounou, A. Solis, J.P. Unger, B. Vander Plaetse.

Special thanks to Herman Vanvinckenroye for his valuable help.

Ont contribué à ce numéro :

dans les pays industrialisés. Par conséquent, le management pour la qualité ne devrait donc logiquement pas puiser dans le même jeu de techniques et d'outils ni suivre nécessairement les mêmes séquences de mise en œuvre.

Conclusion

A travers ces observations, nous constatons donc que les modèles de management pour la qualité, introduits dans les pays africains le plus souvent de façon programmatique, et conçus au départ pour résoudre un certain type de problèmes dans un contexte organisationnel donné ont des difficultés à résoudre des problèmes de qualité d'une autre nature et survenant dans des configurations organisationnelles très différentes. Ce constat pose la question de la pertinence du transfert de ces approches de management pour la qualité, expérimentées dans les systèmes de santé des pays industrialisés, et des conditions de leur adoption par les systèmes de santé des pays en développement, en particulier en Afrique. Il nous amène à formuler l'hypothèse suivante: le succès de l'introduction du management pour la qualité dépend dans une large mesure de la cohérence de la relation triangulaire existant entre la nature des problèmes de qualité, les modalités de mise en œuvre du *management pour la qualité* et la configuration organisationnelle du système de santé qui les accueille. Etudier cette relation, vérifier cette hypothèse et proposer une alternative pour une approche plus intégrée de la gestion de qualité, telles sont des pistes de recherche et d'action qui pourraient contribuer à promouvoir des systèmes de gestion de qualité qui collent aux réalités du terrain et aillent au-delà d'une simple mesure de résultats ou de mise en place de structures spécifiques déconnectées du management au quotidien. Il est peut être temps de développer un modèle de «management intégré de la qualité», complémentaire, voire successeur, des modèles existants de «management de la qualité totale» (TQM) et «d'amélioration continue de la qualité» (CQI).

Références

- Arce, H. E. 1998, «Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health [editorial]», *Int.J. Qual. Health Care*, vol. 10, no. 6, pp. 469-472.
- Blaise, P. & Kegels, G. 2001, "Mintzberg, organisation's configuration and quality management in health care.", in *Quality in "professional organisations": higher education and health care. 4th "Toulon-Verona" conférence. 30-31 August 2001*, Mons, Belgium, pp. 25-41.
- Equipe du Projet Kasongo 1976, "Utilisation du personnel auxiliaire dans les services de santé rurale: une expérience au Zaïre", *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, vol. 54, pp. 625-632.
- Grodos, D. & Mercenier, P. 2000, *La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir* ITGPress, Antwerpen.
- Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N., & Yataro, F. 1998, «What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea», *Soc.Sci.Med.*, vol. 47, no. 3, pp. 381-394.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. 1997, «Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, no. 1, pp. 59-78.
- Hoeiré, T. 2001, *Entre l'autonomie individuelle et la sécurité organisationnelle; l'évaluation du projet de renforcement de la gestion du district sanitaire de Murewa, Zimbabwe (Thesis)*, Master in Public Health, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.
- Levy-Bruhl, D., Soucat, A., Oseni, R., Ndiaye, J. M., Dieng, B., de Bethune, X., Diallo, A. T., Conde, M., Cisse, M., Moussa, Y., Drame, K., & Knippenberg, R. 1997, «The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care», *Int.J. Health Plann. Manage.*, vol. 12 Suppl 1, p. S49-S79.
- Olivier de Sardan, J. 2001, «La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée», in *Réseau Anthropologie de la santé. Les professionnels de santé. Bulletin N°2: Les professionnels de la santé: Pratiques, identités et déontologies.*, Y. Diallo et al., eds., SHADYC (EHES-CNRS), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Marseille, pp. 185-194.
- Pellegrino, E. D. 1979, «Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness», *J Med Philos.*, vol. 4, no. 1, pp. 32-56.
- Ping Huang, Yi-Hsin Elsa HSU, Tan Kai-yuan, & Ya-Seng Hsueh 2000, «Can European external peer review techniques be introduced and adopted into Taiwan's hospital accreditation System?», *Int.J. Qual. Health Care*, vol. 12, no. 3, pp. 251-254.
- Schyve, P. M. 2000, «The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations», *Int.J. Qual. Health Care*, vol. 12, no. 3, pp. 255-258.
- Shortell, S. M., O'Brien, J. L., Carman, J. M., Foster, R. W., Hughes, E. F., Boerstler, H., & O'Connor, E. J. 1995, «Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation», *Health Serv. Res.*, vol. 30, no. 2, pp. 377-401.
- Van Dormael, M. 1998, «De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé: illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré», in *Intégrations et Recherche*, W. Van Lerberghe & X. de Béthune, eds., ITGPress, Antwerp, pp. 175-187.
- Van Lerberghe, W., Tellier, V., & Van Dormael, M. 1993, *Quality of health care provision in Africa through the Bamako initiative: problems and strategies; report on the workshop [...] Prince Leopold Institute of Tropical Medicine/UNICEF, 3-4 December 1992, Antwerp, Belgium*, United Nations Children's Fund (UNICEF), New York.
- Varkevisser, C. M., Mwaluko, G. M., & Le Grand, A. 2001, «Research in action: the training approach of the Joint Health Systems Research Project for the Southern African Region», *Health Policy Plan.*, vol. 16, no. 3, pp. 281-291.
- WHO 1987, *Report of the Interregional Meeting on Strengthening Health Systems based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987* WHO, Geneva.
- Ziegenfuss, J. T., Jr. 1991, «Organizational barriers to quality improvement in medical and health care organizations», *Qual. Assur. Util. Rev.*, vol. 6, no. 4, pp. 115-122.

of the role of doctors in the first line health services for the current and future workings of health services in developing countries. At the same time they illustrate the complexity and great variety of realities and history of each country.

Bart Vander Plaetse (ICHD 1999-2000) has moved from Mali to Malawi. He shares his first impressions and experiences. He occupies a post of advisor to the Ministry of Health and is involved in a variety of tasks: restructuring the HIS, introducing health delivery areas (splitting huge districts in smaller ones), guiding the process of decentralisation, and many more. To follow up.

Dr Sory Ibrahima Bamba (CIPS 1998-1999) wrote a piece on the role(s) of the regional or intermediate level in the Mali health system: smoothen the flow of information from district to national level; technical support to the district health teams; allocation of resources; etc. But he also describes some of the weaknesses of the system, and ends with the identification of some research questions and hypotheses.

Dr Ludwig Apers (ICHD 1997-1998), faithful to INFI as ever, comes with a challenging report on the levy of an AIDS tax in Zimbabwe. This is, indeed, a unique initiative. Ludwig Apers lists some of the advantages of this tax supposed to fund activities and projects designed by local Aids committees. One of the important advantages Apers lists is that "Zimbabwean money will be governed by Zimbabweans for Zimbabweans". We asked Dr Anne Buvé from the ITM, one of our AIDS experts, for a reaction, which she did. She firmly criticises the initiative. Read for yourselves and make up your own minds!

Jean Macq (ICHD 1995-1996) writes about the work the ULB (Free University of Brussels) has been doing in Nicaragua. In his detailed account he describes the situation of the Nicaraguan health system, reflects on how change can be brought about, and finally draws some preliminary lessons after three years of work. Interestingly, in this experience, the care for TB patients was taken as an entry-point in analysing the performance of the system as a whole.

Paul Bossyns (ICHD 1993-1994) and Dr Hamidou Miyé (CIPS 1988-1989) have written a thorough piece on the results of the unmet obstetrical needs study carried out in the West African country Niger. The results clearly point to the need for a continuous sensitisation effort of health workers focusing on the development of more appropriate maternal health care services. This would justify the

médecins de première ligne dans les pays en développement. Elle a visité Cuba, le Mali et l'Afrique du Sud qui ont été les premiers terrains de ses études de cas, et elle envisage maintenant d'aller dans d'autres pays. Ses premiers résultats confirment l'importance de s'intéresser à ce phénomène (quel rôle pour des médecins en première ligne dans les pays en développement ?) pour comprendre le fonctionnement actuel et futur des services de santé dans ces pays.

Bart Vander Plaetse (ICHD 1999-2000) a quitté le Mali pour le Malawi. Il partage avec nous ses premières impressions et expériences. Il a un poste de conseiller au Ministère de la Santé et est impliqué dans une série de choses : restructurer le SIS, introduire des aires de services de santé (en divisant les grands districts en de plus petits), guider le processus de décentralisation, et bien d'autres encore. A suivre !

Sory Ibrahima Bamba (CIPS 1998-1999) nous fait part de sa réflexion sur le rôle du niveau régional ou intermédiaire dans le système de santé malien : gérer le flux des informations en provenance des districts vers le niveau central ; offrir un support technique aux équipes des districts sanitaires ; allouer les ressources, etc. Il décrit aussi les faiblesses du système et termine en identifiant quelques-unes des questions de recherche et des hypothèses.

Ludwig Apers (ICHD 1997-1998), fidèle comme jamais au Bulletin du RIAC, nous propose cette fois une réflexion sur la levée d'une taxe sur le SIDA au Zimbabwe. C'est en effet une initiative étrange. Ludwig Apers liste quelques-uns des avantages de cette taxe supposée financer des activités et des projets mis au point par des comités locaux anti-SIDA. Un des avantages importants que Ludwig met en exergue est que « l'argent zimbabwéen sera géré par des Zimbabwéens pour des Zimbabwéens ». Nous avons demandé à Anne Buvé, une de nos experts SIDA à l'IMT, de réagir à cet article et elle a accepté. Sa réaction est de critiquer fermement ce genre d'initiative : lisez vous-même et faites-vous votre propre opinion !

Jean Macq (ICHD 1995-1996) nous raconte ce qu'il fait (avec l'ULB) au Nicaragua. Il nous décrit d'abord l'état du système de santé au Nicaragua, partage sa réflexion sur la façon dont on peut imaginer changer les choses et finalement tire quelques leçons préliminaires après trois ans de travail avec les collègues nicaraguayens. Ce qui est intéressant dans son approche, c'est d'avoir utilisé la prise en charge des malades tuberculeux comme porte d'entrée pour l'analyse de la performance du système de santé dans son ensemble.

Paul Bossyns (ICHD 1993-1994) et Hamidou Miyé (CIPS 1988-1989) nous résument les résultats de l'étude à laquelle ils ont participé au Niger : il s'agit d'une des études sur les besoins obstétricaux non couverts. Les résultats nigériens montrent très clairement la faiblesse des échelons de

organisation of a series of national and regional workshops. Additional studies are necessary: one study subject would be the investigation of the delay between the arrival of women with obstructed labour at the hospital and the time of intervention.

Finally, we end on a lighter tone. Our colleague Noël Nahounou (CIPS 2000-2001) has the soul of an artist and has written, in exclusivity for this INFI Newsletter, a poem on the 'Homo Cipsiens'. Enjoy it!

We have also added a few articles that might be of interest to you. One is a nice paper by Pierre Blaise and Guy Kegels on the application of Mintzberg's framework on a comparison of the quality of care in Europe and sub-Saharan Africa. Further there is a paper from the BMJ on (the definition of) patient-centred care. We also have three papers in French: two on quality of care and one on the malaria treatment. In Africa, the efficacy of readily affordable antimalarial drugs is declining rapidly, while highly efficacious drugs tend to be too expensive. Cost-effective strategies are needed to extend the useful life spans of antimalarial drugs. The authors review combination therapy as used in South-East Asia and outline the problems that have to be overcome in order to adopt it successfully in sub-Saharan Africa.

Finally, we would like to share with you good news: the Belgian Co-operation offers for the year 2002 additional (modest) funds in order to strengthen national networks of Antwerp School's alumni (ICH, MDC, MSBT, National Courses). Those who have in mind a project that goes in the way of strengthening links between alumni (nationally or inter country) in order to act on the health system, are invited to write to us before April 2002.

Please feel free to react to any of the contributions presented in this Newsletter. It is, after all, your Newsletter.

Take care

Bart Criel and Vincent De Brouwere

référence et le manque de services de santé maternelle appropriés. Ces résultats justifient l'organisation d'une série de séminaires nationaux et régionaux pour réfléchir avec le personnel aux solutions envisageables. Des études complémentaires seront probablement nécessaires, par exemple, l'analyse du délai entre l'arrivée d'une femme en travail bloqué et le moment de l'intervention.

Finalement, nous vous présentons en exclusivité un petit poème. Il a été rédigé par notre collègue Noël Nahounou (CIPS 2000-2001), qui a vraiment l'âme d'un artiste et qui vous dédie ce poème intitulé 'Homo Cipsiens'.

Nous avons aussi ajouté quelques articles qui nous semblaient intéressants. Le premier a été rédigé par Pierre Blaise et Guy Kegels sur l'application du modèle de Mintzberg pour comparer la qualité des soins en Europe et en Afrique Subsaharienne. Nous avons aussi ajouté le papier de Stewart (dans le BMJ) sur une définition 'universelle' des soins centrés sur le patient. Puis, en français, nous avons identifié trois articles : deux sur la qualité des soins et un sur le traitement de la malaria. En Afrique, l'efficacité des antipaludiques économiquement abordables s'amenuise très vite alors que les médicaments hautement efficaces ont tendance à coûter trop cher. Or des stratégies d'un bon rapport coût-efficacité s'imposent pour prolonger la durée de vie utile des antipaludiques. Les auteurs examinent ici le traitement associé tel qu'il est appliqué en Asie du Sud-Est, en relevant au passage les problèmes à résoudre si l'on veut l'adopter avec succès en Afrique subsaharienne.

Enfin, nous voudrions vous faire part d'une bonne nouvelle : la coopération belge offre pour 2002 un fonds additionnel (modeste) pour renforcer les réseaux nationaux des anciens de l'Ecole d'Anvers (CIPS, MSBT, MCM, cours nationaux...). Ceux qui ont un projet qui va dans le sens du renforcement des liens entre les anciens (dans un pays ou inter pays) pour agir sur le système de santé sont invités à nous écrire avant le mois d'avril 2002.

Vos réactions à toutes les contributions publiées dans ce bulletin du RIAC sont les bienvenues. Après tout, c'est avant tout votre bulletin de liaison.

Prenez soin de vous

Vincent De Brouwere et Bart Criel

conditionne bien souvent la mise en œuvre de solutions à apporter pour corriger des dysfonctionnements ressentis par les agents eux-mêmes. On comprend alors que les approches modernes de management pour la qualité, qui reposent sur une large participation de tous les acteurs et transcendent les lignes hiérarchiques, viennent mettre en question cette structure très pyramidale & Kegels 2001)» (Blaise & Kegels 2001).

Des problèmes de qualité spécifiques qui requièrent des approches spécifiques de management pour la qualité.

La nature même des problèmes de qualité est très différente en Afrique et en Europe. En Europe, le problème est de contrôler la croissance de l'offre de soins tout en assurant un niveau de qualité optimale dans toutes ses dimensions: technique, humaine et sociale. Les questions de la responsabilité vis-à-vis des deniers publics et de la maîtrise des coûts pour une efficacité maximale sont centrales. Les systèmes de santé y répondent par le développement de la mesure transparente des performances des établissements et des professionnels pour soumettre au débat public les arbitrages nécessaires pour concilier une demande illimitée et des ressources limitées. Ils y répondent également en poussant à la standardisation des pratiques pour garantir à la fois équité, sécurité sanitaire, maîtrise des coûts et décision médicale optimale, basée sur les preuves. Il n'est donc pas surprenant que, dans la pratique, les outils du management pour la qualité se concentrent sur la standardisation des pratiques et la documentation des procédures et sur la mesure de performance. En témoigne la multiplication des guides de bonne pratique, des sites Internet d'«evidence based medicine» et la publication régulière de mesures comparatives des établissements sanitaires.

Même si ces questions sont également pertinentes, elles ne sont pas abordées sous le même angle en Afrique. Le problème central aujourd'hui des systèmes de santé en Afrique est sans doute celui de la mauvaise perception par les patients de leurs services de santé. Cette mauvaise perception témoigne du manque de réactivité² des services de santé qui se manifeste par une faible capacité d'adaptation aux attentes du public. Elle témoigne également de la qualité insuffisante des *soins* (liée entre autre au niveau de compétence du personnel) et du *service* (la mauvaise qualité de l'accueil par exemple est désormais reconnue comme problématique). La plupart des services de santé de première ligne sont tenus en Afrique par des infirmiers. Afin de permettre la délégation de tâches cliniques, avec un minimum de sécurité, à du personnel peu qualifié, et le développement de leur compétence, la consultation est souvent très standardisée par des stratégies de diagnostic - traitement présentées sous forme d'algorithmes. Mais la généralisation de cette approche initiée dans des conditions particulières du Projet Kasongo 1976)» (Equipe du Projet Kasongo 1976) montre désormais ses limites. En l'absence d'une formation continue véritable du personnel infirmier, le contrôle étroit des options cliniques et thérapeutiques au moyen d'algorithmes laisse peu de place, dans la consultation, au dialogue et à l'interaction entre patient et clinicien. Les patients se plaignent du peu de considération accordée à leurs problèmes de santé alors que la façon dont ils se manifestent et dont ils les ressentent va bien au-delà du spectre biomédical. Ils évoquent directement ou indirectement les conséquences individuelles d'ordre psychologique ou les conséquences sociales qu'entraîne leur problème de santé. Ce constat soulève la question de la professionnalisation des prestataires de soins en Afrique. Nous entendons par professionnalisation le développement de la capacité de prendre des décisions de façon autonome et dans l'intérêt du patient face à des situations complexes et non standardisées. L'appel pour la professionnalisation vise à créer des conditions pour redonner du sens au dialogue soignant -soigné et ainsi restaurer la confiance du public dans les services de santé tout en valorisant la relation aux yeux du personnel soignant. Une telle évolution vers la professionnalisation représenterait non seulement un changement d'identité professionnelle pour les soignants mais également une évolution importante de la culture d'organisation, passant de ce que Mintzberg qualifie de «machine organisation» vers ce qu'il décrit comme «professional organisation». Une évolution de ce type remettrait fortement en cause les mécanismes de commande et de contrôle qui prévalent aujourd'hui. Or malgré le potentiel des systèmes de management pour la qualité pour introduire de la flexibilité, on constate que les outils auxquels ils font appel tendent en réalité à renforcer l'importance accordée au quantitatif et à la documentation des processus au dépens du qualitatif et du relationnel.

Ces observations pointent dans deux directions. D'une part, il existe une relation très importante entre la dynamique des programmes de management pour la qualité et les configurations organisationnelles des systèmes dans lesquels ils s'inscrivent & Kegels 2001)» (Blaise & Kegels 2001). Et d'autre part, la nature des problèmes de qualité, les raisons pour lesquelles ils émergent, et la façon dont ils se manifestent ne sont pas les mêmes dans les pays en développement et

² au sens introduit par le rapport 2000 de l'organisation mondiale de la santé

des Systèmes de Santé, on peut considérer qu'ils s'apparentent dans bien des cas à la mise en œuvre de processus de *Management pour la Qualité*, même si deux aspects essentiels en sont absents: la qualité comme objet explicite du management et la satisfaction du client comme son résultat ultime. En effet, ces projets font régulièrement appel aux cycles de résolution de problèmes pour faire de la gestion dite «scientifique» parfois qualifiée de «recherche action» ou «recherche opérationnelle» & Mercenier 2000)» (Grodos & Mercenier 2000). Malgré une remarquable montée en puissance, les résultats des projets de *recherche sur les systèmes de santé* peinent à mettre en œuvre les recommandations qu'ils génèrent Mwaluko, & Le Grand 2001)» (Varkevisser, Mwaluko, & Le Grand 2001). De leur côté, les projets de *renforcement des systèmes de santé* ont du mal à pérenniser les évolutions qu'ils suscitent 2001)» (Hoérée 2001).

Il apparaît essentiel de mieux comprendre quels sont les obstacles communs à toutes ces approches et quels sont les facteurs qui déterminent leurs chances de succès. Or, si beaucoup de ces facteurs sont déjà connus et évoqués abondamment dans la littérature du *Management pour la Qualité*, leur analyse concerne les pays industrialisés dans l'immense majorité des cas. La capacité de ces approches à améliorer effectivement et durablement la qualité dans les contextes organisationnels spécifiques que l'on rencontre dans les pays en développement et en particulier en Afrique reste jusqu'à présent très peu documentée.

La difficile adéquation entre les problèmes à résoudre, les approches de management de qualité proposées, et la culture de l'organisation qui les héberge.

L'observation en Afrique des programmes de management pour la qualité et de leurs prédécesseurs, - les projets de renforcement des systèmes de santé et les projets de recherche sur les systèmes de santé - nous permet d'identifier trois types de problèmes. Il y a d'abord le problème de la mise en œuvre verticale, programmatique, du management de la qualité, découplée des activités de gestion de routine. Il y a ensuite les conflits de culture: la culture de transparence, de flexibilité et de partage des responsabilités promue par les modèles de management pour la qualité s'oppose à la culture d'organisation des systèmes publics de santé africains reposant sur des lignes hiérarchiques de commande et de contrôle. Il y a enfin un problème d'adéquation entre d'un côté, les approches et les outils proposés pour le management de la qualité, et de l'autre, les problèmes de qualité qu'ils cherchent à résoudre.

Une introduction «verticale» du management pour la qualité.

Les projets de management pour la qualité sont très souvent introduits de façon programmatique, verticale. Ainsi, ces programmes vont commencer par mettre en place une équipe de gestion de qualité, puis former ses membres, sensibiliser le personnel à la question de la qualité, initier une vaste analyse de situation pour identifier les problèmes prioritaires qui finalement justifieront l'engagement d'un cycle de résolution de problème mené par un cercle de qualité. Or parallèlement, les structures ordinaires de gestion des services de santé sont submergées de problèmes qu'elles ne peuvent résoudre, faute de temps, de moyens ou de capacité d'analyse. Ceux d'entre nous qui ont travaillé comme médecin de district savent combien cette situation est fréquente et génératrice de frustrations. Paradoxalement, il y a souvent peu de connections effectives entre d'un côté le fonctionnement des structures ad-hoc créées spécifiquement autour de la question de la qualité qui manquent de légitimité administrative, et de l'autre la gestion hasardeuse des problèmes quotidiens par les équipes cadres de district qui font de leur mieux souvent avec les moyens du bord. Il en résulte des difficultés à pérenniser, à intégrer dans la gestion de routine la démarche de qualité introduite verticalement. Ce qui caractérise les projets qui ont obtenu des résultats un tant soit peu durables, c'est, d'une part précisément l'enchaînement des cycles de résolution de problèmes dans le management ordinaire de l'organisation plutôt que la désignation d'une «cellule qualité». C'est, d'autre part, le recours aux incidents critiques émaillant la gestion quotidienne pour identifier les problèmes plutôt qu'à une analyse exhaustive de situation. C'est enfin le recours à des «modèles» d'organisation qui permet de fédérer une vision commune plutôt qu'à des études épidémiologiques approfondies pour appuyer la prise de décision Dormael 1998)» (Van Dormael 1998).

Des conflits de culture entre la culture des services de santé et celle des systèmes de management pour la qualité.

L'observation montre que la culture d'organisation des services de santé entre souvent en conflit avec la culture sous-jacente au modèle de management pour la qualité qu'elle décide de mettre en œuvre. En effet, les services de santé en Afrique peuvent être apparentés à ce que Mintzberg qualifie de «*Machine Organisation*»: un type d'organisation dans lequel l'activité, est très fortement structurée autour d'un système d'instructions standardisées dans un cadre très hiérarchisé. Dans un tel contexte, les marges de manœuvre des acteurs sont limitées. Or, leur degré d'autonomie décisionnelle

The Health *Care* for All Colloquium

Jean-Pierre Unger
ICHD Co-ordinator 2001-2002

Dear friends, dear frontline doctors,

News from the front is gloomy: access to care is a mirage for many; wages are often low or non-existent; drugs, insufficient and hardly affordable; bureaucracies of disease control overpowering; and public health expenditures shrinking. In support of health care systems in developing countries, the Institute of Tropical Medicine, the Belgian Government as President of the E.U. organised with the help of the E.U. and the City of Antwerp a colloquium on "Health Care for All" on 25-26 October 2001. During two days, politicians, international aid and industry executives entered into a discussion with health professionals and public health specialists. In total about 300 people attended the meeting. They came up with a declaration drafted by participating African Ministers and pledging significant support to health care systems in developing countries.

Public debates on health in developing countries evolve usually around 3 issues - finances, drugs and disease control - but not much on health care policies, a subject which remains un-debated in political circles, undefined in bureaucratic ones, and non-existent in the field. This silence undermines much of the potential of additional resources. Because health care policies are not a simple issue, coherent contacts were needed between specialists, politicians, and press. Hence our colloquium.

Those involved in the preparation of this meeting had heterogeneous but compatible agendas. In front of growing disease control expenditures within international aid envelopes, some considered merely a plea to put health care higher on the international agenda. To Brugha & Walt¹, this plea is a mantra. Precisely, for the sake of making the pledge credible, others involved in the preparation also wanted health care policies to be addressed. In the USA and Japan, many voices argue that support to health care delivery systems in developing countries is futile. Discrepancies exist with the European Union, and mainly with Scandinavian countries, France, Belgium and Holland. Adding our voice to this debate could have amounted to the comment of the flea sitting on the shoulder of the elephant: "have you seen the dust we make", she said? Some of us were convinced that it was necessary to discuss alternative policies and show results, provide avenues and clues on health care policies to those who, in political circles, already support a balance between health care and disease control in international aid.

There is an alternative policy which promotes access to quality care with limited resources in a health centre and a peripheral hospital where disease control is integrated. This policy could conveniently be named the community development of "public" services, "public" being understood as driven by the ethical principles defined above and not as "state-owned" or "state-operated".

The formulation of this alternative health policy makes apparent the essence of any health sector policy - politics - and suggests that health policy is not (should not) be an issue for technicians only, but also for the people and their representatives. Though a paradox it may be, many health academics still consider health policies as a mere technical issue *with no explicit political valence*.

Thirty years of academic work at the ITM department of public health was guided by an intent to treat health and health care as a public good. Our research, teaching and field interventions generated a know how and research methodologies fit for the management of health care delivery systems in "public" services i.e. services driven by a concern for solidarity, equity, general well-being and autonomy in health². During the colloquium, this alternative policy building upon successes and failures of primary health care has been presented to the colloquium participants. Since we intend to promote it in technical and political circles, we wish to share it with you. So please feel free to react to the paper "The community development of public services" which you will find in appendix and do send us your comments.

Other papers were also circulated in advance to the colloquium. They examined to which extent AIDS, Malaria and Tuberculosis control need well functioning health services to achieve their objectives.

During 2 days, presentators fueled the debate on the two policy options. Abdel Wahed el Abassi from Unicef Geneva, presented the results of the Bamako Initiative, a health policy led in 35 countries largely based on the community

development of “public” services. Salif Samake, Director of Health Services, MOH, Mali depicted the Mali health policy over the last 10 years. Agnes Soucat, Health economist at the World Bank, analysed some problems with past international policies such as sector wide approaches and present ones such as poverty reduction plans. She discussed how constraints on wages and appointments in health public sector hampered access to health care. Sam Fehrsen, Medunsa South Africa, described how patient-centredness can be strengthened in first line health care services. Carlos Cuellar, Abt Associates Inc., told how quality health care was secured in a successful Bolivian health care NGO. Malcom Segall, University of Sussex, elaborated on the pivotal role of health districts in health care systems. Charles Collins and Andrew Green, Leeds University, elaborated on how public services could be professionalised. Omar Mayeh and Carol Barker, both from the Nuffield Institute in Leeds, identified needs to support health districts. Bart Van der Plaetse, Medicus Mundi and Gordon Hlatywayo, MOH Zimbabwe showed that a functional two tiered district system could operate properly in Zimbabwe in 1998 for about 15 USD pc/year. Heng Thay Ly, Institute of Public Health Phnom Penh, Cambodia and Wim Van Damme, MSF Cambodia, showed that health professionals can work properly in public settings if their salary is decent, negotiated and if there is an appropriate remuneration mix. Guy Kegels, ITM, Antwerp, discussed how a sound pharmaceutical policy could take into account the necessary links between health care and drugs. Also, numerous contributions were made by academics and technicians invited by the other departments of the Institute, around one central issue: which disease control interventions and results require health services and which not. They showed that malaria, tuberculosis, and, proportionally to a lesser extent AIDS, all need appropriate interfaces between patients and doctors – all need a good accessibility and acceptability of health care – to be effective.

Some complaints on missed opportunities and deficient organisation during the colloquium are unavoidable. Many official speeches – made by top executives of Unicef, WHO, the Global Health Fund, and EU – suggest that a long way remains to be made to reorient the international health policies towards supporting health care systems and, furthermore, towards the community development of “public” services. Still, this colloquium has opened room for those who, like you, devote their life to improve access to quality health care and make health systems more democratic. It is not impossible that our efforts already contributed to nuance the European policy for developing countries’ health sector.

Our key message is: whether health and health care is a “public” or a “private” good is a political issue before being a technical one. Not an issue to be decided by sole bureaucracies. Then the technical consequences follow and entail other medical and managerial practices, another medical know how, another management science for health and other academic strategies. Let’s make the debate more democratic.

More can be expected from this colloquium if each of you support politically and technically, a health sector policy based on the community development of “public” services in your own country and organisation. A first debate amongst ex-ICHD participants and ITM staff may help us in getting there. Your comments are thus most welcome.

All the best,

Jean-Pierre Unger
ICHD Co-ordinator 2001-2002
Department of Public Health ITM

ou même violentes dont le personnel n’est d’ailleurs pas forcément conscient mais qu’il ne faudrait plus accepter. Ainsi, des Lerberghé, Tellier, et al. 1993 520 /id/ dysfonctionnements de grande ampleur révélés par des études socio-anthropologiques récentes et al. 1998) (Haddad et al. 1998); de Sardan 2001) (Olivier de Sardan 2001) montrent que la qualité des soins et des services doit impérativement faire l’objet d’une attention toute particulière.

Sans qu’il ne soit très clair s’il s’agit d’une pression exogène internationale ou d’une dynamique propre résultant d’une prise de conscience interne, un nombre croissant de pays africains se sont effectivement engagés dans la mise en œuvre de programmes de «Management pour la Qualité». Il s’agit bien souvent, sous forme de projet, de l’importation de modèles de gestion de la qualité initialement développés dans les systèmes de santé de pays industrialisés. Comment se passe sur le terrain cette dynamique, quels en sont les potentiels et les atouts, les succès et les échecs, et quelles leçons en tirer pour le futur, tel est le domaine que je propose d’explorer dans ce texte pour le RIAC.

Je passe d’abord en revue les différentes formes qu’a pris le mouvement pour la gestion de la qualité dans nos systèmes de santé, les résultats obtenus et les difficultés rencontrées. Je montre ensuite que les systèmes de gestion de qualité sous tendent un certain nombre de logiques, que ces logiques interagissent avec des services de santé eux même sous tendus dans leur fonctionnement par d’autres logiques liées à la structure organisationnelle du système de santé et qu’il existe donc des conflits et des synergies potentielles entre ces différentes logiques. J’en conclus qu’il est important de comprendre la dynamique d’interaction entre ces différentes logiques si l’on veut que les systèmes de gestion de la qualité soient capable à la fois de résoudre les problèmes de santé et de susciter les changements organisationnels nécessaires à une offre de soins de qualité.

Le management pour la qualité, une approche prometteuse qui marque le pas.

La vision moderne de la gestion de qualité est représentée par les concepts de *Management de la Qualité Totale* (Total Quality Management: TQM), et d’*Amélioration Continue de la Qualité* (Continuous Quality Improvement: CQI). Le premier met l’accent sur une approche globale, à travers l’entière d’une organisation et impliquant tous ses acteurs. Le second considère la qualité comme un idéal jamais atteint et par conséquent sa gestion comme un processus qui doit être permanent et internalisé par ses acteurs. Cependant, entre cette vision holistique et la réalité des pratiques, le fossé est souvent très grand. En Afrique, tout comme en Europe d’ailleurs, la mise en œuvre de programmes de *Management pour la Qualité* rencontre d’énormes difficultés. Il y a des difficultés d’ordre conceptuel tenant à la difficulté à définir ce qu’est la qualité pour des services de santé Roberge, & Pineault 1997) (Haddad, Roberge, & Pineault 1997). Il y a des difficultés d’ordre méthodologique liées au caractère le plus souvent exogène des modèles de gestion de la qualité qui doivent être adaptés aux services de santé. Il y a des difficultés d’ordre organisationnel qui révèlent le conflit entre une culture d’organisation souvent bureaucratique et les approches proposées pour gérer la qualité & Kegels 2001) (Blaise & Kegels 2001); et al. 1995) (Shortell et al. 1995); Jr. 1991) (Ziegenfuss, Jr. 1991). Il y a enfin des difficultés d’ordre socio-culturel qui révèlent des tensions entre l’identité professionnelle des personnels de santé, les paradigmes qui soutiennent l’offre de soins et les attentes du public.

Ces difficultés se manifestent sur le terrain par des résultats décevants au regard de l’enthousiasme initial que suscitent le plus souvent ces projets de *Management pour la Qualité*. Lorsque les interventions, menées habituellement sous forme de cercles de qualité autour d’un cycle de résolution de problème, atteignent leur objectif, elles restent malheureusement le plus souvent confinées au problème identifié. Elles ont du mal à s’inscrire durablement dans un processus continu, intégré au fonctionnement de routine des services. Lorsque des initiatives d’amélioration de qualité ont été introduites de façon programmatique, elles ont alors souvent du mal à dépasser le stade d’analyse de situation: soit elles se concentrent sur la mise en place de structures de gestion de la qualité et sur la formation des acteurs, soit elles s’enlisent dans une collecte très large de données multiples dont l’interprétation et l’utilisation posent problème. Elles ont alors du mal à enclencher l’étape suivante de mise en œuvre de cycles de résolution de problèmes. Elles peinent à passer au stade d’amélioration de qualité proprement dite, comme si l’existence d’une structure de gestion de qualité ou le résultat de la mesure de performance étaient considérés comme le produit du *Management pour la Qualité* et non un moyen pour améliorer la qualité.

La mise en œuvre de cycles de résolution de problèmes n’est pourtant pas nouvelle en Afrique. Précédant l’engagement pour le management de la qualité, la décennie 1990 a été celle du «Renforcement des Systèmes de Santé» (Health systems strengthening) 1987) (WHO 1987) et de la «Recherche sur les Systèmes de Santé» (Health systems research) Mwaluko, & Le Grand 2001) (Varkevissier, Mwaluko, & Le Grand 2001), sous l’influence de l’Organisation Mondiale de la Santé. Passant en revue les dynamiques suivies et les résultats obtenus par ces projets de *Renforcement*

¹ Brugha, R. & Walt, G. A global health fund: a leap of faith?. BMJ, 323, 152-154.

² Giusti, D.; Criel, B.; de Béthune, X., Viewpoint: Public versus private health care delivery: beyond the slogans, Health Policy and Planning, 12, 3, 193-198

Des projets de renforcement des systèmes de santé aux programmes d'assurance de qualité. Interpréter les dynamiques, mieux comprendre les contraintes et proposer une approche intégrée du management pour la qualité.

Dr Pierre Blaise, MD, MPH

Introduction

Offrir des soins de qualité! Pour nous, médecins, n'est ce pas une notion enracinée dans l'acte même de soigner? L'engagement d'offrir la meilleure qualité de soins possible dans l'intérêt de nos patients n'est-il pas au cœur de l'exercice de notre profession? Ne considérons-nous pas d'ailleurs que c'est cet engagement même qui nous distingue, professionnels de santé, des profanes ou des charlatans. 1979)» (Pellegrino 1979)? Et pourtant, la réalité n'est pas aussi limpide. Il faudrait être naïf pour ne pas se rendre compte que partout, au Nord comme au Sud, on peut mettre en doute la certitude que nous affichons, professionnels de santé d'agir de la meilleure façon possible dans le seul intérêt de nos patients et du public en général. Il faudrait être arrogant pour imaginer que le seul fait d'appartenir à la profession médicale devrait nous dédouaner de devoir rendre des comptes. Longtemps restée implicite, aujourd'hui bien plus qu'hier, la qualité des soins se doit d'être objectivée, et les professionnels de santé, et les systèmes de santé qu'ils servent, sont désormais tenus d'en faire la démonstration. C'est à la fois une chance et un risque. C'est une chance car expliciter nos démarches, - qu'elles soient cliniques ou managériales - est une occasion de prendre du recul, de se mettre en question, d'être plus systématique, plus objectif. Mais cela comporte aussi des risques: risque de se concentrer sur ce qui peut être mesuré, objectif, standardisé au dépend du subjectif, du perçu, du relationnel, risque aussi de bureaucratisme.

Beaucoup d'entre nous ont été confrontés, impliqués ou concernés par l'introduction formelle de mécanismes d'assurance qualité sous des formes multiples. Ce n'est pas surprenant. Venu du monde industriel, des mécanismes d'assurance qualité ont été introduits un peu partout dans le monde des soins de santé. Les raisons qui les sous-tendent sont variables. Initiée aux Etats-Unis, cette évolution contribua à assurer la transparence requise pour corriger les imperfections du marché des soins de santé. En Europe, A partir de la fin des années 80 et durant la dernière décennie du 20^{ème} siècle, le développement des mécanismes d'assurance qualité est venu répondre à la montée des exigences du public et de ses représentants pour plus de transparence, de responsabilisation et d'efficacité. La montée en puissance de ces mécanismes gagne maintenant progressivement la plupart des systèmes de santé des pays industrialisés sous la pression conjuguée des contraintes économiques et des patients devenus consommateurs avisés 1998)» (Arce 1998; 2000)» (Schuyve 2000). Désormais ce phénomène concerne également les pays émergents Huang et al. 2000)» (Ping Huang et al. 2000). Tout laisse à penser que ce mouvement est durablement installé dans le monde de la santé. Participant récemment à une formation sur la gestion de qualité organisée entre autre par la GTZ, à Heidelberg, j'ai eu l'occasion de côtoyer des collègues impliqués dans ce type de programme, ainsi Reinhard Kulke (CIPS 1993) en Tanzanie. Le département de santé publique a également participé au cours des dernières années à ce type d'intervention avec d'anciens ou futurs participants du CIPS: Vincent de Brouwere, Sylvie Dugas (ICHHD 1996), Paul De Munck (CIPS 1997) et Mariama Djakunda (CIPS 2001) et j'en oublie, la liste serait trop longue, à Tahoua et dans le reste du Niger; Guy Kegels et Michel Gody (CIPS 1992-1993) en Guinée travaillant pour la GTZ et le ministère de la santé guinéen. De nombreuses autres activités et projets des uns et des autres même si elle ne s'appelle pas formellement assurance de qualité en utilise les outils, les méthodes ou la philosophie.

Ainsi, ce mouvement de «*Management pour la Qualité*»¹, très prégnant dans les systèmes de santé occidentaux, concerne aussi l'Afrique non pas seulement parce qu'il s'agit d'une vague de fond internationale, mais aussi parce qu'en Afrique comme ailleurs se préoccuper de façon systématique de qualité est pertinent. Malgré une remarquable extension de la couverture sanitaire au cours des 20 dernières années sous l'impulsion de l'Initiative de Bamako et al. 1997)» (Levy-Bruhl et al. 1997), des doutes ont été exprimés quant à la capacité des services de santé à répondre de façon adéquate à la demande des populations Lerberghe, Tellier, & Van Dormael 1993)» (Van Lerberghe, Tellier, & Van Dormael 1993). La relation entre le personnel soignant et les patients est désormais de plus en plus reconnue comme un problème. On montre souvent du doigt la mauvaise qualité de l'accueil dans bon nombre de services de santé. En réalité, le problème va bien au-delà. Il est probablement plus profond et plus complexe. La pression du travail, la routine, l'habitude conduit souvent à des attitudes bureaucratiques distantes. Pour avoir travaillé en hôpital de district surchargé, je sais à quel point il peut être confortable de masquer son impuissance en invoquant des contraintes techniques, l'insuffisance des moyens ou les limites du système et de renoncer à s'impliquer lorsque l'on est dépassé par la complexité d'une situation individuelle ou menacé par le «burn-out». Dans certains cas cela mène à des situations franchement agressives

¹ En employant le terme général de «*Management pour la Qualité*», nous entendons englober toutes les approches qui vont du «Contrôle Qualité» aux approches plus récentes de «Management de Qualité Totale» et «d'Amélioration Continue de la Qualité» en passant par «l'Assurance de Qualité».

Boboto: vers une nouvelle logique pour ouvrir des «windows of opportunity»

Karel Gyselinck (CIPS 2000-2001)

Kinshasa, fin janvier 2001: Joseph Kabila vient d'être inauguré comme troisième président du RD Congo. Une 'window of opportunity'¹ est créée justifiant un optimisme prudent pour sortir de l'impasse qui paralyse le pays depuis trois ans. Mogalo, le 12 août 2001 : dans ce petit port en zone rebelle contrôlée par Jean-Pierre Bemba tout près de Bwamanda dans le Nord de la province de l'Equateur, le Bateau Boboto (« la paix » en lingala) vient d'accoster, après un voyage de 1250 km sur le fleuve Congo à partir de Kinshasa. La cargaison de 636 tonnes (l'équivalent de 130 camions) est constituée de médicaments, de vivres, de matériel scolaire, de vêtements, de matériel de construction, d'ustensiles de cuisine, etc... La population, enclavée depuis 1998, ne cesse d'exprimer sa joie en chantant et en dansant. A son retour, le bateau ramènera près de 900 tonnes de maïs, soja et arachides pour la ville de Kinshasa. Les bateaux du convoi Boboto, organisé par l'ONG Memisa-Belgique en collaboration avec l'ONG CDI-Bwamanda, l'Ambassade de l'Ordre de Malte, l'Ambassade de Belgique, les Nations Unies (OCHA)² et d'autres bailleurs sont les premiers à traverser la ligne de front entre la zone gouvernementale et la zone rebelle contrôlée par Bemba depuis le début de la rébellion.

Cette initiative du Bateau Boboto nous offre l'opportunité de réfléchir autour des concepts 'aide humanitaire' et 'appui structurel'. Ces deux types d'intervention ont été strictement séparés suivant une logique dualiste. La façon dont la majorité des bailleurs de fonds sont organisés en témoigne. Mais la situation actuelle d'instabilité chronique en RD du Congo ne permet plus de réfléchir selon cette logique. De plus, cette logique ne répond pas aux réalités du 'terrain' beaucoup plus complexes et diverses, variant d'une province à l'autre, ou même d'un district à l'autre. Nous avons besoin d'un nouveau paradigme, d'une nouvelle approche plus adaptée à la réalité locale, moins artificielle et catégorisante. Le tableau en annexe élaboré dans la thèse de Wim Van Damme (Van Damme, 1998) nous offre une piste de réflexion. Un bailleur de fonds comme ECHO³ commence aussi à réaliser le besoin d'une nouvelle approche et cherche à combiner un système de financement à court terme avec une approche à plus long terme. Le projet du bateau Boboto est l'exemple concret d'une expérience où cette nouvelle logique a été utilisée, avec succès. Comment ce projet a-t-il été réalisé? Quelle est sa logique? Quels sont les ingrédients majeurs de son succès?

La réalisation

Quelles sont les raisons à la base de cette initiative?

- D'abord il y avait suite à la guerre des conditions de vie très difficiles dans le Nord de la province de l'Equateur d'autant plus qu'elle a engendré un enclavement géographique, socioculturel et économique. Cette guerre a exacerbé la pauvreté de la population et accentué la destruction des infrastructures économiques, sanitaires et sociales. Le fameux système de mutuelle du CDI-Bwamanda a risqué de s'effondrer suite à la dégringolade du pouvoir d'achat de la population. Dans ces circonstances ce fameux article 15 ('il faut se débrouiller') ne suffit plus, ni même l'article 16 ('il faut se débrouiller avec l'article 15').
- Ensuite il y avait un problème d'approvisionnement de Kinshasa: le maïs était en train de pourrir dans les silos de l'Equateur pendant que la population de Kinshasa était affamée. Cela met en évidence l'absurdité de la guerre.

Que s'est-il passé entre janvier et août 2001 pour aboutir à cette réalisation?

Pendant qu'en Equateur, Memisa-Belgique, en collaboration avec l'ONG CDI-Bwamanda et les autorités locales, fait l'inventaire des premières nécessités dans les domaines de la santé, de l'agriculture, de l'enseignement et de l'infrastructure, le scepticisme initial commence à se dissiper à Kinshasa. Un partenariat se forge entre un amalgame d'acteurs venant du secteur de développement et du dehors. Ce partenariat est constitué des autorités locales des deux côtés de la ligne de front, d'organisations internationales, de bailleurs de fonds, de quelques ONGs locales et internationales et même de certaines compagnies (multi)nationales. Ces dernières s'impliquent vu l'intérêt économique d'une réouverture du fleuve Congo. Avant même que le convoi Boboto ne parte le 12 août, il y a des plans pour un deuxième convoi, cette fois avec comme destination Kisangani (contrôlée par les rebelles du RCD⁴), afin de capitaliser sur la dynamique initiée par le premier projet.

La logique

Faudrait-il considérer l'initiative Boboto comme 'une aide humanitaire' ou plutôt comme 'un appui structurel', c'est-à-dire un appui à un processus de développement?

La question n'est pas relevante, sauf peut-être pour les bailleurs de fonds. N'avons-nous pas la responsabilité d'agir toujours dans une vision de développement, d'exploiter au maximum le potentiel 'structurel' de chaque situation particulière, d'ouvrir au maximum la 'window of opportunity'? C'est peut-être évident mais les exemples du contraire sont nombreux. Par exemple, dans le cas de l'Afghanistan: notre responsabilité s'arrête-t-elle avec le parachutage de médicaments et de nourriture par des avions? Etiqueter une action comme 'aide humanitaire' engendre le risque que nous nous déchargions de notre responsabilité de comprendre une situation complexe et de mener les graines afin de préparer une dynamique à plus long terme. Devant un drame humanitaire, nous risquons de devenir myopes.

¹ L'expression 'window of opportunity' vient du plan d'action belge pour la région des Grands Lacs de 2001

² OCHA: Office of Coordination of Humanitarian Aid

³ ECHO: European Commission - Humanitarian Aid Office

⁴ RCD: Rassemblement Congolais pour la Démocratie

En prenant cette responsabilité, le projet Boboto a adopté une nouvelle logique. Il a semé ainsi des graines en espérant que la population puisse en recueillir les fruits, pas seulement au moment même, mais aussi plus tard :

- Des graines de continuité : assurer la continuité du fonctionnement des structures et des services existants est un objectif bien plus noble que nous le pensons, si nous le regardons sous l'angle de la loi d'inertie. Cette loi nous apprend que (re)démarrer nécessite bien plus d'énergie que assurer la continuité. De plus, une interruption laisserait des cicatrices au niveau des services et de la santé même. Ces cicatrices se feraient ressentir longtemps après. Cette continuité du fonctionnement dépend non seulement de la continuité des intrants matériels mais aussi de la confiance des communautés locales dans les services. L'initiative Boboto a essayé de valoriser le plus possible les structures locales en Equateur, en rendant celles-ci responsables pour coordonner la distribution de la cargaison, au lieu de les réduire à des simples assistées. La formation de plusieurs commissions intersectorielles composées des acteurs locaux et la constitution d'un fonds de roulement avec une partie de l'aide permettant de répéter ultérieurement l'opération démontrent le souci d'instaurer des mécanismes en vue d'une dynamique ultérieure.
- Des graines de collaboration : plus que lors des conférences, c'est dans les conditions difficiles comme en RD du Congo qu'il y a une opportunité de forger des partenariats, a fortiori quand il y a un catalyseur comme l'initiative Boboto. Ce projet a laissé ses traces : on a déjà parlé des commissions intersectorielles en Equateur. A Kinshasa, l'Etat, le secteur à but non-lucratif et le secteur privé ont collaboré. Nous pouvons nous demander si nous aurions pu initier de telles dynamiques en situation stable en moyennant le même effort. Certes, ces partenariats sont fragiles. Mais ceci ne peut que renforcer le plaidoyer pour rapprocher les situations d'urgence avec une vision de développement, afin de capitaliser sur cette dynamique.
- Des graines de pouvoir symbolique : étant le premier convoi qui a traversé la ligne de front avec un ticket aller et retour, l'effet symbolique de cette action ne peut pas être sous-estimé. Elle symbolise avant tout la force de vie qui caractérise le congolais. Du point de vue politique, le bateau de la paix est considéré comme le cordon ombilical, réunissant les populations des deux côtés. Il démontre, en tout cas au yeux de ces mêmes populations, que la RD du Congo est en réalité un seul pays, et que sur ce chemin se trouve la voie du progrès. Ce projet met aussi les décideurs des deux côtés devant leur responsabilité de subvenir aux besoins de leurs populations. Du point de vue économique, l'exploit Boboto vise à rouvrir le fleuve Congo et ses affluents afin de re-dynamiser le circuit économique. Les acteurs-clés dans ce projet ont bien saisi ce pouvoir symbolique et l'ont habilement exploité. Ils ont fait en sorte que le bateau Boboto n'est pas resté une initiative isolée, mais a lancé une dynamique suscitant l'intérêt non seulement des acteurs de la coopération (inter)nationale, mais aussi des acteurs politiques et économiques.

Les ingrédients ...

Quels sont les facteurs-clés qui à notre avis ont mené à une logique moins dualiste, et qui ont permis de semer des graines dans une bonne terre ? Nous avons identifié trois ingrédients:

- Le premier ingrédient est la présence d'une vision globale qui permet de mieux saisir les opportunités. L'expérience Boboto démontre l'utilité d'être un 'globaliste', dans le sens 'cipsien'. 'L'homme cipsien' est parmi ceux qui considèrent l'homme dans sa totalité et visent son bien-être, qui approchent ses problèmes dans une perspective plus large. Nous retrouvons également cette approche dans le tableau de Van Damme (cf. annexe). Que signifie cet ingrédient dans ce contexte-ci ? L'initiative du bateau de la paix indique qu'une aide humanitaire peut être beaucoup plus complexe qu'elle ne le semble si on veut initier un processus. Monter un tel projet requiert une attitude 'empathique', une compréhension profonde de tous les problèmes d'une région, une sensibilité politique et une capacité pour mobiliser des partenaires potentiels dans un tel projet. Dans un monde où les bailleurs de fonds exigent une spécialisation basée sur des compétences techniques professionnelles, il nous semble indispensable de garder une visée large basée sur les valeurs humaines. Dans une lettre précédente, Pierre Blaise a plaidé pour remettre l'humain au cœur de la pratique médicale (Blaise, 2000). Ne faudrait-il pas étendre ce même plaidoyer à toute initiative de développement ? Cette approche nous semble être essentielle pour pouvoir exploiter pleinement les synergies potentielles entre partenaires avec parfois des intérêts apparemment très divergents comme dans le cas du projet Boboto.
- Cela nous mène à un deuxième ingrédient lié au premier : la présence d'un réseau de contacts. Un tel réseau s'est avéré un instrument flexible s'adaptant facilement à des situations complexes et très diverses. Il a montré son importance pour le projet Boboto. Il a facilité l'organisation pratique du projet et a permis de trouver des solutions originales et de maintenir la dynamique par la suite. L'expérience nous montre que conclure des alliances formelles entre organisations, administrations ou compagnies est en général beaucoup plus facile si cela est précédé par des alliances informelles entre des personnes travaillant dans ces structures. Déjà longtemps avant le projet Boboto, des alliances se sont forgées entre personnes dynamiques ayant une attitude globale, un sens de la

HOMO CIPSIENS

Noël Nahounou (CIPS 2000-2001)

A vous tous enseignants, secrétaires et tuteurs
Qui nous avez guidé et encadré avec la patience des instituteurs
Sachez-le, nous serons pour longtemps encore vos débiteurs
Que dire de la dynamique et chaleureuse Claire
Si disponible avec son sourire apaisant et son regard rassurant et clair
Merci Anne, Helga et Patricia pour les excursions à Bruxelles et à Paris
Vous pouvez être sûres, vous l'avez gagné votre pari
Mercenier, Van Balen, voilà des noms mythiques
Qui pour nous sont synonymes d'une vision historique
Que n'avons été des années plus tôt avec vous au Congo
Pour vous accompagner dans cette excitante aventure que fut Kasongo
Mais la graine semée a produit un arbre qui fièrement s'élève et s'étend
Car le CIPS années après années forme un véritable réseau militant
APD, AV, EBM, OSS, RSS, des concepts passionnants, j'avoue
Maintenant, SSPE, District, systèmes de santé je suis à vous
«Je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien» a dit le Sage
Cette pensée pour nous restera un vivant message
Nous sommes arrivés à Anvers bourrés de certitudes, Homo Sapiens
Nous repartons avec des connaissances et un esprit plus critique, Homo Cipsiens

POEME DEDIE A L'EQUIPE D'ENCADREMENT DU 37^{ème} CIPS

Conclusion et recommandations

Seuls les hôpitaux disposant d'un bloc opératoire opérationnel peuvent fournir les interventions appropriées permettant de réduire l'important déficit en interventions obstétricales majeures constaté. La mise en place des hôpitaux de district opérationnels devient par conséquent hautement prioritaire. Il faut accélérer la politique de mise en place des hôpitaux de district afin d'améliorer l'accessibilité et réduire le retard dans l'accès aux services compétents. Cela implique une redynamisation de la formation des médecins de district en chirurgie.

Pour également améliorer l'accès et réduire les retards, un service d'ambulance avec radiophonie et des références obstétricales de qualité des Centres de Santé Intégrés vers le milieu hospitalier sont parmi les priorités d'un district sanitaire dans le contexte d'un vaste pays comme le Niger. Les compétences en matière obstétricale des agents de santé, et plus particulièrement des infirmiers devraient être renforcées à la base.

Chaque hôpital de district devrait être en mesure d'assurer la césarienne, l'hystérectomie et la transfusion de sang. La disponibilité des produits liés à ces interventions devrait être garantie.

Parmi les services médicaux à assurer se trouve aussi la réanimation du nouveau-né. Les compétences du personnel en réanimation du nouveau-né sont à améliorer. Une attention devrait être portée à la surveillance du travail et de l'accouchement, en prêtant attention aux signes de souffrance fœtale.

Le taux actuel des accouchements par césarienne est très bas (0,35%), il devrait atteindre au moins 2% pour avoir un impact sur le déficit constaté.

Une sensibilisation continue des agents de santé sur les besoins obstétricaux s'avère nécessaire. Ceci justifie l'organisation d'ateliers de restitutions de l'étude BONC aux niveaux national et régional.

Des études complémentaires sont nécessaires sur le temps mis par les patientes entre leur arrivée et le moment de l'intervention, ainsi que sur la mortalité périnatale et la mortalité maternelle dans certaines localités.

Les registres et dossiers des patientes devraient être standardisés et mieux tenus (protocoles opératoires, partogramme, registre d'hospitalisation etc.) afin d'intégrer les données sur les besoins obstétricaux non couverts dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Références

1. Ministère du Plan, Bureau Général du Recensement : Recensement de la Population 1988, Analyse des Données Définitives, Rapport de Synthèse, Niamey, février 1992
2. Ministère de la Santé Publique : Evaluation des Besoins en Santé de la Reproduction, Niamey, 1999.
3. Ministère de la Santé Publique : Politique Nationale en Santé de la Reproduction, Niamey janvier 1998.
4. Réseau International sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts (Unmet Obstetric Need -UON) : L'Approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures, Première Partie : Concepts, Principaux Généraux et Réseau International.
5. Réseau International sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts (Unmet Obstetric Need -UON) : L'Approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures, Deuxième Partie : Elaboration du Protocole de Recueil de Données
6. Réseau International sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts (Unmet Obstetric Need -UON) : L'Approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures, Troisième Partie : Analyse des Données et présentation des tableaux.
7. Vincent de Brouwere et Wim van Lerberghe : les Besoins Obstétricaux Non Couverts, L'Harmattan, 1998

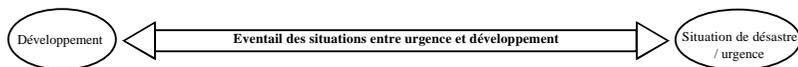
communication, un engagement personnel et bien sûr aussi une compétence technique. Ce réseau ayant atteint une 'masse critique' de personnes avec un tel profil, les chances de succès ont augmenté. De plus, la détermination des personnes dans ce réseau a contaminé d'autres personnes dans leur entourage. Comme disait Jean-Pierre Unger lors d'un cours, il s'agit de 'réveiller l'ange en chacun de nous'. Heureusement que ces anges ont bien été réveillés dans le cas de ce projet-ci, car à certains moments il semblait y avoir plusieurs lignes de front beaucoup plus difficiles à traverser que la vraie ligne de front.

- Le dernier ingrédient constitue l'engagement permanent d'organisations comme l'Ambassade de l'Ordre de Malte et l'ONG Memisa-Belgique envers la population congolaise pendant ces dernières années malgré la guerre. Cet engagement a contribué à instaurer la crédibilité nécessaire auprès des acteurs locaux et internationaux pour faire réussir le projet Boboto. De plus, il a renforcé les liens basés sur le respect et la solidarité. Ces liens, fragiles mais tangibles, ne peuvent être que bénéfiques pour le processus de développement initié dans les projets et programmes appuyés par ces organisations dans le futur. Cet avantage se remarque d'autant plus en ce moment où certaines ONG internationales qui 'ne font que du structurel' commencent à revenir en RD du Congo après une absence de plusieurs années. C'est alors que nous réalisons davantage que les concepts 'aide humanitaire et 'appui structurel' se trouvent dans un continuum.

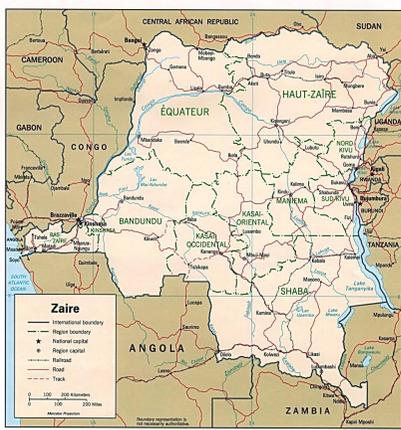
Le fleuve du Congo a retrouvé, ne fût-ce qu'un moment, son rôle : il a permis d'acheminer des biens. Mais il a aussi apporté de l'espoir et une nouvelle approche. Cette approche refuse de diviser la coopération internationale en aide humanitaire et appui structurel. Elle reconnaît la diversité et la complexité des situations sur le terrain, nous invite à prendre notre responsabilité et à chercher la meilleure réponse pour chacune de ces situations dans une perspective de développement. De cette façon nous pourrions mieux percevoir et exploiter les dynamiques potentielles, présentes aussi dans les situations 'd'urgence'. A nous d'ouvrir les 'windows of opportunity' avant qu'elles ne se referment.

Références:

- Blaise P. (2000) Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer les soins. *Lettre du RIAC*, Nov. 2000, pp 6-12.
- Van Damme W. (1998) *Medical Assistance to Self-settled Refugees: Guinea 1990-1996*, ITG Press, Anvers, p 158.



	Développement	Eventail des situations entre urgence et développement	Situation de désastre / urgence			
Description de la situation	Contexte	Gouvernement stable Développement économique Services publics fonctionnels	Gouvernement instable Dégradation économique Services publics faibles	Conflits chroniques Situation de blocage	Conflit aigu «classique» entre deux parties Maintien relatif de l'ordre et de la loi	Exacerbation d'un conflit chronique et dégradation totale des services publics et du gouvernement
	Situation sociale	Harmonie relative	Paupérisation, migration urbain-rural, éclatement des familles	Fréquents éclatements des familles, peu de support familial, peu d'autonomie et peu de perspectives de retour	Familles et ménages migrent vers des zones stables aux services sanitaires surchargés	Perte totale des moyens d'existence, éclatement des familles et des ménages, migrations internes massives
	Situation sanitaire	'Normale'	Précaire	Camp de réfugiés «chroniques» surpeuplés mais conditions sanitaires correctes	Surpeuplement et contamination de l'eau	Surpeuplement, manque d'abris, climat, eau contaminée
	Etat Santé	'Normale'	Mauvaise, apparition de malnutrition et augmentation de la mortalité	Pas de surmortalité, de problèmes de malnutrition ni de sentiment de désespoir	Crise sanitaire: épidémies entraînant une surmortalité; pas de malnutrition sévère	Crise sanitaire aiguë, épidémies sévères parmi les malnutris entraînant une surmortalité importante
	Objectif	Développement durable intégré	Eviter la dégradation des services sociaux	Développement de services de santé complets, augmentation de la participation et encouragement à l'autonomie	Prévenir la surmortalité, maintenir la structure sociale et renforcer les services sociaux	Prévenir la surmortalité, améliorer l'environnement sanitaire, permettre la reconstitution des ménages
Interventions requises	Approche	Aide au développement. Soins de santé primaires. Participation communautaire & renforcement des capacités	Soins de santé primaires, activités de substitution parfois nécessaires	Soins de santé primaire, activités de substitution parfois nécessaires	Aide médicale urgente, appui aux services existants en collaboration étroite avec les autorités locales	Assistance médicale urgente, implantée et dirigée par des acteurs extérieurs



Les interventions obstétricales majeures pour des indications maternelles absolues représentaient 60% (1368/2263 cas) de l'ensemble des interventions obstétricales réalisées au cours de l'année 1998 au Niger. Au total 82% des interventions obstétricales réalisées sont des césariennes, mais près de la moitié (46,8 %) de ces césariennes sont faites pour des indications maternelles non absolues.

La disproportion foeto-pelvienne représente plus du tiers (36,5 %) des indications maternelles absolues pour lesquelles une intervention obstétricale majeure a été faite. Les ruptures utérines constituent environ 20% des indications maternelles absolues. Le travail bloqué pour dystocie dynamique (27,5 %), l'antécédent de césarienne (22,8 %) et l'éclampsie (20,5 %) sont les principales indications maternelles non absolues pour lesquelles des interventions obstétricales majeures ont été faites.

Le déficit en interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues varie selon les régions de 70% à 84%. Il est de 72 % pour l'ensemble du pays. Ce déficit varie très sensiblement selon le milieu. Pour l'ensemble du pays, le déficit en milieu urbain est de 25 % alors qu'en milieu rural il est de 82 %. Le déficit en interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues est important et uniforme sur l'ensemble des districts à l'exception de quatre, dont deux districts fortement urbanisés (Maradi et Zinder) et deux autres (Konni et Madaoua) qui bénéficient de la présence d'un hôpital confessionnel (Galmi).

La mortalité maternelle intra hospitalière dans l'ensemble des formations sanitaires disposant d'une capacité chirurgicale et obstétricale en 1998 est de 2,4 pour 100 accouchements. Elle varie de 1% à 12%. La mortalité maternelle après intervention obstétricale majeure atteint 4% pour l'ensemble des formations sanitaires. Les pourcentages les plus élevés atteignent 10% et plus dans quatre formations sanitaires.

La mortalité périnatale dans l'ensemble des formations sanitaires étudiées était de 8%. Ce taux varie de 0,5% à 21%. Si on ne considère que les interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue, la mortalité périnatale est alors en moyenne de 34% pour l'ensemble du pays.

Au niveau des ressources on note moins d'un gynécologue ou personnel médical à compétence gynécologique disponible et qui effectue des interventions obstétricales pour 10.000 naissances attendues. Le ratio sages-femmes pour 10 000 naissances attendues est inférieur à quatre dans 50% des districts analysés. Dans quatre districts sanitaires, ce ratio n'atteint par deux sages-femmes pour 10.000 naissances attendues. Il n'existe pas de corrélation apparente entre le ratio des sages-femmes pour les naissances attendues et le taux de déficit.

Commentaires

Le taux repère de 0,9%, mesuré à Niamey, est comparable avec celui trouvé dans d'autres pays (4,7). Il est probablement (légèrement) sous-estimé parce qu'il existe des femmes à Niamey qui meurent à la maison à la suite d'une couche sans jamais se présenter dans une formation sanitaire.

Les déficits en Besoins Obstétricaux Non Couverts sont très importants dans l'ensemble du pays. Les déficits sont nettement plus importants dans le milieu rural qu'en ville.

Le nombre total de césariennes pratiquées dans les formations sanitaires au Niger en 1998 ne représente que 0,35% des accouchements attendus, ce qui est très bas.

La mortalité maternelle intra-hospitalière élevée ne s'explique pas seulement par le retard avec lequel les femmes se présentent à l'hôpital. Le manque de sang et la présence irrégulière des médecins (ou autre personnel) compétents représentent d'autres aspects du problème.

La mortalité périnatale est également très élevée: 34% chez les enfants dont les mères ont eu une intervention obstétricale majeure.

L'étude a pu identifier des indicateurs par rapport à la qualité des soins obstétricaux qui pourraient être suivis de façon routinière par les districts sanitaires, les centres hospitaliers départementaux et les maternités de référence.

Au niveau des ressources, l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel est un handicap majeur.

Aperçu de l'étude sur « les Besoins Obstétricaux non- couverts au Niger en 1998»

Drs Bossyns Paul (ICHHD 1993-1994)& Hamidou Miyé (1988-1989), Projet Alafia/GTZ, Niamey , Niger

Introduction

Le Niger, à l'instar de plusieurs pays africains membres du Réseau sur les Besoins Obstétricaux Non- Couverts (BONC), a réalisé une étude rétrospective couvrant l'année 1998 sur ce thème. A travers cette étude, qui a concerné tout le pays, on a cherché à savoir dans quelle mesure les problèmes obstétricaux majeurs de la population nigérienne étaient pris en charge.

Le concept et la méthode utilisée au Niger

Le concept du besoin non couvert réfère à la notion de différence entre les services que le système de santé doit offrir pour répondre aux problèmes obstétricaux dans une population donnée et les soins réellement prodigués. En terme opérationnel, l'indicateur du BONC est exprimé en nombre de femmes qui auraient dû bénéficier d'une intervention obstétricale majeure et pour lesquelles l'intervention n'a pas eu lieu. Il est possible d'estimer le besoin non couvert en interventions obstétricales d'urgence sans avoir recours à de grands investissements dans de larges enquêtes de populations. En effet, la liste des indications maternelles absolues a été restreinte aux problèmes pour lesquels seule une intervention obstétricale majeure – qui ne peut être réalisée qu'à l'hôpital – permet d'éviter le décès probable de la mère. Or les hôpitaux dans lesquels on peut réaliser des interventions majeures (comme une césarienne ou une laparotomie) sont peu nombreux dans un pays comme le Niger.

Pour comparer ce qui a été fait avec ce qui aurait dû être fait, il faut pouvoir estimer 'ce qui aurait dû être fait'. La méthode propose de définir un taux repère mesuré dans la population considérée dans le pays comme ayant la meilleure accessibilité possible aux soins obstétricaux essentiels compréhensifs. Ce taux repère se situe autour de 1 à 2% dans les pays où il a été étudié (4,7). On peut alors appliquer ce taux aux autres populations (naissances attendues) et ainsi déterminer le nombre attendu d'interventions obstétricales majeures si les femmes de ces autres populations avaient eu les mêmes chances que celles où on a défini le taux repère. On détermine par enquête dans les services hospitaliers le nombre de femmes qui ont eu accès à une intervention obstétricale majeure pouvant sauver leur vie (pour indication maternelle absolue), et on en déduit le nombre de celles qui n'ont pas eu accès sur la base de l'estimation faite avec le taux repère.

L'enquête sur les besoins obstétricaux non couverts, vise à asseoir une véritable politique de lutte contre la mortalité maternelle. Il s'agit plus spécifiquement d'obtenir les données indispensables à une élaboration rationnelle du programme de SR/PF volet «maternité sans risque» et d'avoir un indicateur de suivi de la politique de décentralisation des soins au niveau des hôpitaux de district et de monitoring de la couverture nationale des besoins obstétricaux (2,3). Au Niger, la liste des interventions ainsi que les indications maternelles auxquelles elles se rapportent ont été arrêtées selon des critères définis par un comité scientifique national lors de l'élaboration du protocole de recherche en utilisant le protocole de base du réseau BONC (5).

La collecte des données a été faite par les membres du comité et le personnel (gynéco-obstétriciens, médecins, sages-femmes) travaillant dans les hôpitaux concernés. Elle s'est déroulée à Niamey, la capitale du 20 mai au 6 juin 1999, et de décembre 1999 à février 2000 pour le reste du pays.

Le seuil ou taux repère a été fixé par consensus sur la base des résultats de l'enquête menée en premier lieu au niveau de la ville de Niamey. La population du Niger est estimée à 10.300.000 habitants en 1998 avec un taux d'accroissement de 3,2% et un taux de naissances attendues de 5,2% (1). Le pays compte huit régions, subdivisées en 42 districts sanitaires. Au total en 1998, 14 formations sanitaires dont 4 hôpitaux de district, faisaient des interventions chirurgicales et obstétricales.

Principaux résultats (6)

Le taux de référence ou taux repère, calculé sur la base du taux d'interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA) pour 100 naissances attendues dans la communauté urbaine de Niamey où l'accessibilité géographique semble facile, était de 0,90 %.

Not so long ago, a former ICHD participant contacted the Department for support and advice in an argument he was involved in, about health care policy using Disability Adjusted Life Years (DALYs) as the main (if not the sole) basis for decision making – to which he was strongly opposed.

For those who are interested, and for what it is worth, we hereby offer you the off-hand reply by one of the ICHD staff, slightly adapted for the purposes of this newsletter.

Dear friend,

I would counsel you not to get yourself in an extreme position concerning the DALY-thing. You are right in saying that (1) DALYs is an indicator, and that an indicator is not the same thing as a goal, and (2) that it is a controversial indicator.

Certainly. However...

Things are not that simple, as usual. Let us review some elements of the debate, and see where they get us.

There was and continues to be controversy over the DALYs, as to its *concept*, and as to its *uses*.

With regard to the concept

A couple of years ago, people criticising the DALY concept often did so because they were partial to the (historically preceding) «QALY»-concept ('Quality Adjusted Life Years', much developed in the UK), which is not all that different, really, if you get down to it. More recently, conceptual (and methodological) opposition came and comes more from people saying that the assumptions underlying some of the weightings of disability adjusting and discounting life years are either inaccurate or not universally applicable – they would reflect Western (liberal economy oriented) value systems in attributing maximum weight to young, economically productive people, etc. This kind of controversy can go on for a long time, and is, in my opinion, not really productive. The expected response is likely to be (and this is what happened) some refinement in the calculations, possibly adapting the weights to local situations and preferences, or things of that kind. The result will be, maybe, Indian DALYs or even State level DALYs, and the debate can start all over again or come to a stalemate. Moreover, the differences are not likely to be fundamentally different; there may be a relative shift in burden of disease values and in the rankings, but that is not likely to be very important, I suspect. Not much to be gained there, in my opinion.

Il n'y a pas si longtemps, un ancien participant du CIPS nous a contacté pour avoir notre opinion et nos conseils sur le sujet suivant. Il était impliqué dans une discussion sur l'utilisation des DALYs (Disability Adjusted Life Years (lost): années de vie (perdues) ajustées pour l'incapacité) comme principale (sinon la seule) base de prise de décision en matière de politique de soins de santé. Il était fortement (et viscéralement) opposé à cette façon de voir mais voulait notre opinion.

Le texte qui suit est la réponse (légèrement adaptée au Bulletin du RIAC) d'un membre du département.

Cher ami,

Je vous conseillerais tout d'abord de ne pas vous mettre dans une position extrémiste vis-à-vis des DALYs. Vous avez raison en disant que 1) les DALYs sont un indicateur, et qu'un indicateur n'est pas la même chose qu'un but, et 2) qu'il s'agit d'un indicateur controversé.

Tout cela est juste, cependant...

Les choses ne sont pas aussi simples, comme d'habitude. Voyons les éléments du débat et voyons où cela nous mène.

Il y a eu, et cela continue, une controverse sur les DALYs, tant par rapport au *concept* que par rapport à leur *utilisation*.

Concernant le concept

Il y a quelques années, les gens critiquant le concept de DALY le faisaient souvent parce qu'ils avaient pris position à l'époque en faveur du concept de QALY ou Quality Adjusted Life Years (qui a historiquement précédé les DALYs), concept qui a été développé et approfondi en Grande Bretagne et qui n'est pas vraiment très différent si on le décortique. Plus récemment, l'opposition conceptuelle (et méthodologique) est venue, et continue à venir, de gens qui disent que les hypothèses sur lesquelles les DALYs sont basés pour la définition du poids accordé à l'ajustement pour l'incapacité ou à l'escompte pour les années de vie, sont soit inexactes soit non universelles – elles reflèteraient les systèmes de valeurs occidentaux (orientés vers une économie libérale) en attribuant un maximum de poids à la population jeune et économiquement productive, etc. Ce genre de controverse peut durer longtemps et, à mon sens, n'est pas très utile. La réponse attendue est vraisemblablement (et c'est ce qu'il s'est passé) un raffinement des calculs, par exemple en adaptant les pondérations aux situations et aux préférences locales, ou des choses dans ce genre. Le résultat sera peut-être des DALYs indiens ou de tout autre état, et le débat peut recommencer indéfiniment ou se retrouver dans une impasse. De plus, les différences ne vont pas être fondamentalement différentes; il pourrait y avoir un glissement relatif dans la charge des valeurs des maladies et dans l'ordre, mais je crains que ce ne sera vraisemblablement pas très important. En tout cas, pas assez important pour gagner quelque chose de ce côté-là, à mon avis.

With regard to the use of this indicator

The basic problem may very well be that these DALYs, by banging together, as it were, the time-dimension and the severity-dimension of disease, are probably the *best* indicator of 'burden of disease' that is at present available (much more workable, sophisticated and accurate than 'premature mortality', or 'infant mortality rates', or 'disability rates', or what have you), and that it can be used (if you follow its logic) to identify the most cost-effective interventions to increase 'health status', as measured by reduction of the 'burden of disease', in a population.

But there is of course a big difference between using it for selecting the most cost-effective *intervention* for a given health problem (for which it is clearly an interesting tool), and using it in order to select the *health problems* that health (care) policy decides to tackle (which is a different kettle of fish altogether).

As cost-effectiveness in decision making is intimately and ultimately rooted in the notion of opportunity cost, the argument against its use becomes very difficult, especially in resource-poor environments, and even more especially in situations where *public* money is scarce. As long as we cling to the classic notion of 'priority health problems' (remember what we teach here also: based on the criteria of *frequency*, *severity* and *vulnerability*), the case for the DALYs is quasi air-tight. Fortunately, in our criteria we also include the notions of *perception* (of the health problem, by the people, individually and/or collectively) and *acceptability* (of the intervention, for the population and individuals). The 'advantage' of *perception* and of *acceptability* is (and this may appear as a rather sophistic argument) that they are much more difficult to *measure* – thus creating room for intelligent emotion in decision making. Because here appears one of the fundamental issues, I think : in the presently fashionable 'managerial' reasoning (implicit in most WB reasoning, but also in WHO nowadays – have you read the 'World Health Report 2000' ?), the underlying dogma is: *you cannot manage what you cannot measure*. This is a widely prevailing paradigm, and it has been around for quite some time now, especially in business management but more and more also in public and social management. The fallacy is not that measurement is bad or useless – it obviously is not. The fallacy – in my opinion – is in the *reduction* of manageability (and, therefore, decision making) to measurability. Henry Mintzberg had seen that already 12 years ago¹. He states that the tendencies in professional management over the past decades have been in favour of reducing 'efficiency' to 'calculated efficiency', with the following results: (1) since costs are typically easier to measure than benefits, efficiency is often reduced to 'economy' (i.e. cost-cutting measures); (2) since economic costs are usually easier to measure than social costs, calculated efficiency often produces an escalation in social costs (which are then treated as 'externalities', to be taken care of by the

Concernant l'utilisation de cet indicateur

Le problème fondamental pourrait très bien être que ces DALYs, combinant ensemble, comme c'est le cas, les dimensions 'temps' et 'sévérité' de la maladie, soient probablement le meilleur indicateur de la charge de maladie qui est actuellement disponible (bien plus intéressant, sophistiqué et précis que la mortalité prématurée, les taux de mortalité infantile ou les taux d'incapacité, ou toute autre chose) et qu'il peut être utilisé (si vous suivez sa logique) pour identifier les interventions les plus coût – efficace pour améliorer l'état de santé, tel qu'il est mesuré par la charge de maladie, dans une population.

Mais il y a bien sûr une grosse différence entre l'utiliser pour sélectionner l'*intervention* la plus efficace pour un problème de santé donné (et pour lequel c'est évidemment un outil intéressant) et l'utiliser de façon à sélectionner les *problèmes de santé* qu'une politique de soins de santé décide d'attaquer (ce qui est une toute autre affaire).

Comme l'analyse coût-efficacité dans le processus de décision est intimement – et c'est au fond sa finalité – liée à la notion de coût d'opportunité, prendre position contre son utilisation devient très inconfortable, spécialement dans un contexte de pauvreté, et plus particulièrement encore dans une situation où l'argent *public* est limité. Aussi longtemps qu'on accepte la notion classique de 'problèmes de santé prioritaires' (souvenez-vous des critères que nous enseignons aussi: *fréquence*, *gravité* et *vulnérabilité*), les DALYs en sont très proches. Heureusement, dans nos critères nous incluons aussi les notions de *perception* (du problème de santé par les gens, individuellement ou/et collectivement) et d'*acceptabilité* (de l'intervention, pour la population et les individus). L'avantage de ces critères de *perception* et d'*acceptabilité* est (et ceci peut apparaître comme un argument plutôt sophistiqué) qu'ils sont beaucoup plus difficiles à mesurer – cela crée de l'espace pour une émotion intelligente dans le processus de décision. Et ici apparaît un des problèmes fondamentaux, je pense : dans le raisonnement 'managérial' actuellement à la mode (implicite dans la plupart des raisonnements de la BM, mais aussi aujourd'hui à l'OMS – avez-vous lu le 'Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000' ?), le dogme sous-jacent est : *vous ne pouvez pas gérer ce que vous ne pouvez pas mesurer*. C'est le paradigme le plus largement répandu et il est présent depuis un bout de temps maintenant, particulièrement dans le management des entreprises mais de plus en plus aussi dans le management public et social. La faute de raisonnement n'est pas que la mesure soit mauvaise ou inutile – ce n'est de toute évidence pas le cas. La faute – selon moi – réside dans la réduction du management (et dès lors de la prise de décision) à la (petite) part qu'on peut mesurer. Henry Mintzberg avait déjà identifié ce problème il y a 12 ans¹. Il affirmait que la tendance dans le management professionnel durant la période précédente a été de favoriser la réduction de l'efficacité à l'efficacité calculée, avec le résultat suivant : 1) puisque les coûts sont plus faciles à mesurer que les bénéfices, l'efficacité a été souvent réduite à l'économie (c'est-à-dire les mesures de ré-

passés par un prestataire privé avant d'arriver au laboratoire. D'autre part, la majorité des professionnels travaillant dans le secteur privé travaillaient dans des services publics, surtout dans les hôpitaux. Ces informations nous ont permis, au travers d'une vision plus large de l'offre de soins de santé ambulatoires, de discuter de déficience dans la qualité « humaine » des soins de santé dans les services publics, de l'inefficacité du secteur privé pour le patient et du risque de transfert de patient du public vers le privé quand les professionnels travaillent dans les deux.

Dans deux autres municipios, nous avons interrogé 52 patients sur les soins reçus pendant leur traitement de la tuberculose. Dans ces municipios, 45% des patients déclaraient avoir perdu ou abandonné leur travail pendant leur traitement. 27% déclaraient avoir eu des problèmes de rejet de leur entourage. Les recommandations telles que comprises par les patients (par exemple de dormir et manger seul, ...) les forçaient à s'isoler de leur famille et d'autres groupes sociaux. Le fait qu'ils doivent venir tous les jours pour prendre leur médicament sous la supervision d'un professionnel pouvaient leur donner des difficultés avec leur travail. Ces informations ont permis d'initier une discussion sur la communication entre patients et prestataires de soins.

Lancer une réflexion au niveau local pour identifier et tester des solutions locales

Dans chacun des municipios ou les interviews de patients avaient eu lieu, une discussion des résultats et un atelier de réflexion sur la signification de ces résultats a été organisé. Cela n'a pas été suivi dans tous les cas d'une décision de tester des changements. En fait, sur 5 municipios où cette recherche a été conduite, 2 ont cherché à mettre en place des solutions autour des thèmes suivants : à Waslala, renforcement de la collaboration entre ONG et secteur public pour améliorer la prise en charge avant l'arrivée des patients vers le laboratoire; à Masatepe, discussion sur le partage du travail entre infirmiers et médecins pour améliorer le temps disponible à la communication entre soignant et soigné. Aucune de ces tentatives n'a abouti à des changements durables au niveau local. Elles ont néanmoins permis une prise de conscience de la part de la direction du programme de tuberculose et de la direction du premier échelon du ministère de la santé de l'importance d'avoir de favoriser des dynamiques locales de changement.

Quelles premières leçons après trois ans ?

Les problèmes dans l'offre de soins de santé ambulatoires ne peuvent être identifiés que à partir d'un autre type d'information

Nous avons identifié des problèmes dans l'offre de soins de santé ambulatoires qui ne sont pas rendus apparents par les informations disponibles en routine dans les services de santé. Un des éléments clés a été de partir de l'expérience des patients pour comprendre les choses à améliorer dans l'organisation des services de santé en s'intéressant notamment aux problèmes de types économiques et sociaux qu'ils pouvaient rencontrer.

Promouvoir une meilleure prise en charge locale de problèmes locaux prend du temps

Notre recherche n'a pas apporté de changement révolutionnaire dans la manière de faire des différents acteurs du ministère de la santé au Nicaragua. On ne pouvait probablement pas espérer autre chose, dans une organisation où la décision centralisée et le risque lié à la prise de décision locale sont trop grands. Nous sommes en effet dans une démarche où le changement de paradigme et de « culture » de l'organisation est recherché. L'accumulation d'expérience cherchant à renforcer les initiatives locales de meilleure organisation des soins de santé ambulatoires est nécessaire. Au delà de cette expérience, d'autres recherches (notamment pour créer des espaces de discussion au niveau local) en plus de la mise en place d'un cours visant les gestionnaires locaux de systèmes de santé pourraient y contribuer.

Une petite unité au sein d'une école de santé publique indépendante peut apporter quelque chose

Cette expérience de recherche a probablement eu plus d'impacts à l'intérieur de l'école de santé publique du Nicaragua. Elle a permis de discuter des différents paradigmes dans l'offre de soins de santé ambulatoire et de leurs effets. Les tensions internes provoquées par les travaux de l'unité de recherche UNIOSS sont probablement un indicateur d'une remise en question par certains de choses qui étaient ancrées dans les habitudes.

Cette recherche a aussi fait ressortir deux rôles importants pour l'UNIOSS. Cette équipe a joué le rôle d'agent externe au ministère qui permette la transmission de la voix des prestataires et de la population auprès des directeurs de programmes. De plus elle a amené des informations et des questionnements capables de susciter, si pas des changements, au moins une réflexion aux niveaux local et central.

Suivant nos critères de références, une autre forme de soins et un autre rôle pour les prestataires de soins de santé ambulatoires doivent promus.

Comment amener le changement nécessaire ?

Avoir une idée générale de où on en est et où on veut aller n'est bien sur pas suffisant pour amener le changement. La recherche conduite par l'UNIOSS avait pour but d'enclencher un processus capable d'initier un changement. Nous avons utilisé comme porte d'entrée la prise en charge du patient tuberculeux. Nous avons considéré comme facteurs importants pour permettre le changement la bonne identification des interlocuteurs de départ, l'élaboration d'un autre type d'information que celle existante et son utilisation pour générer un dialogue moteur de changement au niveau local.

Choisir des interlocuteurs de départ pour créer un environnement favorable et diriger le changement:

Pour promouvoir un changement dans l'offre des soins de santé ambulatoire, nous avons pris comme organisation de référence le ministère de la santé, en temps que régulateur et principal prestataire de soins au Nicaragua.

Pour permettre le changement, il fallait créer un environnement favorable. Dans un système gouvernemental centralisé où l'offre de soins est principalement organisée au travers de programmes verticaux, il était important d'impliquer les responsables centraux de ces programmes pour qu'ils acceptent des changements locaux. De plus, sans l'aval des autorités hiérarchiques des systèmes de services publics de premier échelon, les directeurs de SILAIS (système intégré de soins de santé, correspondant au niveau régional en Afrique) et de municipios (niveau de gestion de système la plus décentralisé), aucun changement n'était possible. Ces différents acteurs ont donc été informés des progrès de la recherche depuis le début.

Pour qu'un changement local soit proposé, il fallait aussi des acteurs moteurs du changement. Les municipios dans lesquels se sont fait cette recherche ont été choisis en fonction de la présence de personnes connues du CIES et de leur volonté de participer activement à cette recherche.

Amener des informations différentes qui permette la meilleure compréhension des problèmes à résoudre sur base de l'expérience des patients et des prestataires de soins

Les informations telles qu'elles sont générées dans les services publics de santé du premier échelon sont avant tout utiles à une gestion normative des programmes de santé. Elles sont peu utiles à la compréhension des difficultés rencontrées par les gens dans la recherche de solution à leur problème de santé. Elles servent avant tout au contrôle par le niveau central des performances des prestataires pour les activités des programmes prioritaires, dont le programme de contrôle de la tuberculose. Celui-ci a une excellente réputation tant au niveau national que international. Il est considéré comme un des plus performants d'Amérique. Les résultats de 1998 par exemple sont élogieux. En effet, Le taux de détection est de 34 pour 100000 personnes, ce qui correspond à 86% de l'incidence estimée des patients tuberculeux BK positifs ; 81% des patients diagnostiqués ont terminés leur traitement et sont considérés guéris. Ces résultats donneraient à penser que les soins de santé ambulatoires, élément essentiel dans la prise en charge du patient tuberculeux nécessitent peu de changements, alors que dans le contact avec ces services de santé, on a l'impression qu'il y a des problèmes. Pour les identifier, nous avons élargi la perspective et nous nous sommes intéressés à d'autres aspects que les seules informations de couverture de différentes activités du programmes.

Concrètement, nous nous sommes intéressés à l'expérience du patient tuberculeux. Celle-ci est intéressante à plusieurs titres : il s'agit de personnes dont la maladie « principale » a un diagnostic et traitement clairement établis, mais qui souvent ont d'autres problèmes d'ordre médical (ils ont souvent une maladie débilitante, à l'origine de leur tuberculose : diabète, SIDA, alcoolisme) d'ordre social et économique. De plus, pour guérir ils doivent prendre suffisamment longtemps et régulièrement une grande quantité de médicaments. Leur comportement d'observance est donc central à leur guérison. Ces personnes permettent donc d'évaluer les rôles multiples que devraient jouer les prestataires de soins de santé ambulatoire.

Pour éclairer les problèmes locaux potentiels dans l'offre des soins de santé ambulatoire, nous nous sommes focalisés sur des étapes spécifiques de la prise en charge des patients tuberculeux, en utilisant les subdivisions proposées par le modèle opérationnel. Nous avons taché de mettre en relation des problèmes rencontrés par le patient, avec des problèmes d'organisation de services de santé et des problèmes de gestion ou de régulation.

Ainsi, dans trois municipios, nous avons interrogé 251 patients tuberculeux sur les soins reçus avant d'arriver à un laboratoire pour examen d'expectoration. Un des problèmes identifiés était le coût exagéré des soins pour les patients : entre 20 et 30% selon les municipios dépensaient plus que le revenu mensuel médian par habitant au Nicaragua avant d'arriver au laboratoire pour l'examen microscopique d'expectoration. Ces coûts sont à mettre en relation, notamment à l'utilisation relativement importante par ces patients du secteur privé, pour la plupart non régulé: 40% d'entre eux étaient

collective, say the State), and (3) since economic benefits are typically easier to measure than social benefits, efficiency often drives the organisation toward an economic morality which can amount to a social immorality. That is why, he states, the word 'efficiency', instead of being the value-free concept it initially was², has come to get a bad name.

Mintzberg's primary object of analysis is the world of commercial organisations, but he does not exclude social organisations from this reasoning. I personally find his statements very powerful and convincing, but they are to a certain extent a matter of *believing*, of course – more synthetic intuition than documented evidence. Anyway, the distinction between (and the existence of) economic and social costs and benefits can be used with effect, I think, in a *political* argument.

A second argument in the criticism is the inefficiency of the whole 'burden of disease' approach (as measured with the DALY-tool). Huge amounts of resources are being spent everywhere in order to measure this burden of disease, in virtually all countries that I know of, in order to set priorities for which sufficient information is most probably already available from other sources. This amounts, somewhat ironically, to the criticism that measuring burden of disease would not be cost-effective, since the marginal benefit would not at all be comparable to the marginal effort... Publications along this line of argument can be found in the journal *'Health Economics'*³.

A third argument (or another way of arguing the first one) is in the definition of 'health' and what it is in aid of. The 'burden of disease'-point of view is one that can basically be somewhat ridiculed into an attitude of: *'the purpose of life is for every individual to consume as many disability-free years of life as possible'*. The problem with this is that many people will tend to agree with such a formulation. Fortunately your countryman, Amartya Sen, has put forward a more sensible way of describing 'the good life': something along the lines of *'to have the capability of realising valuable and valued doings and beings'*, introducing with his 'capability'-concept also (i) the *freedom* of individuals to decide on what they value, including if and how they are going to try and realise it, and (ii) underlining the *diversity* of human beings, in their 'endowments' as well as in their other resources and in their valued goals.

The presently prevailing paradigm (WB, and also WHO) seems to be that health systems are in the business of producing measurable and fairly distributed 'health gains' at population level, while at the same time being 'responsive' to their 'clients'. Actually, put like that, there is not very much that you can counter. The only thing you can say is that this 'responsiveness' should include the responsiveness to *suffering in all its forms*,

duction des coûts) ; 2) puisque les coûts économiques sont habituellement plus faciles à mesurer que les coûts sociaux, l'efficacité calculée a souvent produit une escalade de coûts sociaux (qui sont alors traités comme 'externalités', à prendre en charge par la collectivité, disons l'état) ; et 3) puisque les bénéfices économiques sont typiquement plus faciles à mesurer que les bénéfices sociaux, l'efficacité a souvent mené l'organisation vers une moralité économique qui peut déboucher sur une immoralité sociale. C'est pourquoi, affirmait-il, le mot 'efficacité', au lieu d'être le concept libre de toute valeur qu'il était initialement² en est venu à être un terme à connotation négative.

L'objet fondamental d'analyse de Mintzberg est le monde des organisations commerciales, mais il n'exclut pas les organisations sociales de ce raisonnement. Je trouve personnellement ses déclarations très puissantes et très convaincantes, mais elles sont jusqu'à un certain degré plutôt du domaine de la foi, c'est-à-dire qu'il s'agit plutôt d'une intuition synthétique que d'une évidence documentée. De toute façon, il n'en reste pas moins vrai que la distinction qu'il fait entre coût et bénéfice social et économique peut être utilisée avec un certain effet, je pense, dans une discussion *politique*.

Un second argument pour la critique est l'inefficacité de l'ensemble de l'approche 'charge de maladie' (telle qu'elle est mesurée par l'instrument DALY). De grandes quantités de ressources sont en train d'être dépensées un peu partout de façon à mesurer cette charge de maladie, dans presque tous les pays que je connais, de façon à établir des priorités pour lesquelles suffisamment d'information est déjà probablement disponible à partir d'autres sources. Cela mène, un peu ironiquement, à la critique que mesurer la charge de maladie pourrait ne pas être coût-efficace, puisque le bénéfice marginal ne serait pas comparable à l'effort marginal... On peut trouver des articles reprenant cet argument dans la revue *'Health Economics'*³.

Un troisième argument (ou une autre façon de discuter le premier) réside dans la définition de 'santé' et de ce à quoi elle servirait. Le point de vue de la 'charge de maladie' peut être caricaturé selon l'attitude suivante : « *le propos de la vie est pour chaque individu de consommer autant d'années libres de toute incapacité que possible* ». Le problème avec cette proposition est que beaucoup de gens vont avoir tendance à être d'accord avec une telle formulation. Heureusement, votre compatriote Amartya Sen a présenté une façon plus raisonnable de décrire 'la bonne vie' : quelque chose qui ressemble à « *avoir la capacité de réaliser le 'faire' et 'être' qui ont de la valeur pour nous et qui sont valorisés* », introduisant aussi avec son concept de 'capacité - aptitude' (i) la *liberté* pour les individus de décider ce qui a de la valeur pour eux, y compris si et comment ils vont s'y prendre pour le/la réaliser, et (ii) soulignant la *diversité* des êtres humains tant par rapport à leur 'capital de départ' que par rapport aux autres ressources ainsi que par rapport aux

and not only to what would be dictated by the cost-effectiveness reasoning of the DALYs. This might possibly be formulated in an alternative way: what should be our first concern is the burden of *illness* rather than the burden of *disease* ... But not everyone would understand that immediately.

The last 20 years have seen a quite impressive shift in the bodies and ways of decision making in public health, away from the traditional medical ('professional') attitudes and toward a more economic and 'managerial' reasoning. I think this should be considered as a given fact; maybe it is even irreversible, at any rate it does not seem really vulnerable at present and, moreover, it has added valuable insights. What we can formulate in the way of criticism is that the balance needs to be continuously readjusted and that there is a need to do so at present. But many people do not see it that way. The mainstream current is very strong, and head-on confrontation is, I fear, counter-productive, as it can (too?) easily be interpreted as a medical 'corporatist' reflex, or as a naïve and sentimental do-gooder reaction. However, the balanced view needs to be clearly and sufficiently loudly formulated.

If it is advice you want: I would advise you to handle this kind of dispute carefully and with the right dose of passion, i.e. not too much. Your main force will have to lie in careful conceptual preparation. Good luck.

Guy Kegels

but which are of value for them.

The paradigm currently prevailing (à la BM et aussi à l'OMS) semble être que les systèmes de santé se lancent dans la production de 'gains de santé' mesurables et équitablement distribués au niveau de la population et en même temps 'réactifs' vis-à-vis de leurs 'clients'. En fait, formulé ainsi, on ne peut pas vraiment être contre. La seule chose qu'on peut dire est que cette 'réactivité' devrait inclure la réactivité à la *souffrance sous toutes ses formes* et pas seulement vis-à-vis de ce qui serait dicté par le raisonnement de coût-efficacité des DALYs. Ceci pourrait alors être formulé d'une autre façon : ce qui devrait être notre premier souci est la charge de la *souffrance d'être malade* (illness) plutôt que la charge des *maladies* (disease)... Mais tout le monde ne va pas comprendre cela immédiatement.

Les vingt dernières années ont connu un changement impressionnant quant aux types de personnes impliquées dans le processus de décision en santé publique et quant à la façon de décider ; nous sommes maintenant loin des attitudes médicales traditionnelles (professionnelles) et plus proches du raisonnement économique et 'managérial'. Je pense qu'il faut considérer cela comme une donnée, peut-être même irréversible ; en tout cas, actuellement cela ne semble pas réellement vulnérable et, de plus, cette approche a amélioré notre compréhension. Ce que nous pourrions formuler comme critique est que l'équilibre nécessite d'être continuellement réajusté et qu'il est nécessaire de le faire à présent. Mais beaucoup de gens ne voient pas cela de cette façon. Le courant dominant actuel est très puissant et la confrontation directe est, je crains, contre productive tant qu'elle est (trop ?) facilement interprétée comme un réflexe médical corporatiste ou comme une réaction d'une bonne âme naïve et sentimentale. Cependant, un point de vue contrebalancé devrait être clairement formulé et formulé suffisamment fort pour être entendu.

Si c'est un avis dont vous avez besoin, je vous conseillerais de traiter ce genre de conflit très prudemment et avec la bonne dose de passion, c'est-à-dire pas trop. Votre force sera de vous appuyer sur une préparation conceptuelle soignée. Bonne chance.

Guy Kegels

¹ Mintzberg H (1989). Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations. The Free Press. Pp. 330-334

² If we agree to refrain from going back in time to Aristotle in order to find an 'initial' definition, we can take Herbert Simon who defined the criterion of efficiency as dictating "that choice of alternative which produces the largest result for the given application of resources". (Administrative Behavior. 2d edition. New York: Macmillan, 1957, p. 14)

³ One example: Mooney G and Wiseman V (2000). Burden of disease and priority setting. *Health Economics*. 9: 369-372. Around that time, quite a few contributions in *Health Economics* were about the same topic.

¹ Mintzberg H (1989). Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations. The Free Press. Pp. 330-334

² Si nous acceptons de nous empêcher de revenir à Aristote de façon à trouver une définition initiale, nous pouvons prendre celle de Herbert Simon qui a défini le critère d'efficacité comme dictant "ce choix de solution qui produit le plus grand résultat pour une application donnée de ressources". (Administrative Behavior. 2d edition. New York: Macmillan, 1957, p. 14)

³ Un exemple: Mooney G and Wiseman V (2000). Burden of disease and priority setting. *Health Economics* 9: 369-372. A cette époque, un grand nombre de contributions ont été publiées sur le même sujet dans *Health Economics*

Nombre de médecins font des consultations privées à leur domicile. L'offre de soins, que nous qualifions de type « biomédical » individuel se centre sur le traitement de maladies et souffrances individuelles comme résultat, et la consultation curative comme moyen. Ces prestataires recherchent la satisfaction des utilisateurs sans pour autant rechercher à renforcer leur capacité d'autonomie.

Leur offre est principalement régulée par la loi du marché, c'est à dire par l'importance de la concurrence et par la demande de la population. De plus, comme la majorité des médecins travaillant en privé travaillent en même temps dans les services publics, une forme de régulation professionnelle existe, exercée au travers de formations, d'influence par les pairs et surtout par les spécialistes cliniciens.

Les Cliniques commerciales : offre de soins de type « biomédicale » ; régulation « du marché », « professionnelle » et au travers de contrats.

Depuis quelque années, des cliniques commerciales se sont créées. Des entreprises médicales sont souvent propriétaires de plusieurs cliniques dans les principales villes du pays. Les médecins qui y travaillent sont habituellement salariés. Nombre d'entre eux ont en même temps un travail dans les hôpitaux gouvernementaux. L'offre de soins est y organisée par spécialités et est avant tout centrée sur la consultation curative. En plus des modes de régulation déjà mentionnés pour les médecins privés, une majorité des cliniques privées ont un contrat avec l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) qui couvre les soins de ses affiliés. Ceux-ci sont habituellement travailleurs du secteur formel et représentent avec leur dépendants moins de 10% de la population.

Les hôpitaux : offre de soins de type « biomédicale » ; régulation professionnelle et éventuellement arbitraire

Les hôpitaux offrent des soins de santé ambulatoires, surtout au niveau des urgences, mais aussi au travers des consultations spécialisées externes. La plupart du temps, il s'agit d'une consultation unique curative avec référence vers d'autres prestataires si nécessaire. L'offre de soins est donc de type « biomédicale », et la régulation professionnelle, avec une grande influence des spécialistes cliniques. Le pouvoir arbitraire lié à l'appartenance à un parti politique ou au copinage est plus limité qu'au niveau des services publics de premier échelon.

Les ONG : offre de soins limitée dans une approche de type « intégrale » ; régulation souvent au travers de « réseaux ONGs » et parfois au travers de contrats

La plupart des ONG's travaillant dans le domaine de la santé au Nicaragua axent leurs activités autour de la promotion sociale de groupes défavorisés (appui à la femme, aux enfants des rues, etc). Elles se basent sur le paradigme « intégral » de la santé, utilisé comme référence par les spécialistes en santé publique au Nicaragua: le but final d'action sur la santé est le « bien être », résultat d'une bonne santé, de prospérité et de capacités individuelles. Dans l'effort à fournir pour atteindre cet objectif, les soins de santé ne sont qu'un déterminant parmi d'autres. Les moyens à mettre en œuvre doivent donc impliquer une approche multidisciplinaire. Ces ONG's offrent donc peu de soins de santé et quand elle le font, c'est toujours dans le contexte d'activités de promotion sociale

Le modèle de régulation recherché est la négociation entre les professionnels des différents secteurs influençant la santé et représentant de la population locale. Sa concrétisation la plus connue est le « municipio saludable », modèle hérité du mouvement d'épidémiologie sociale et appuyé par l'OPS.

Certaines ONG pourraient passer des contrats avec le ministère de la santé, via les « municipios », entité de gestion la plus décentralisée. Cette approche est promue notamment par la Banque Interaméricaine de Développement.

Nos critères de référence en terme d'offre de soins et de régulation de services

Ces différents modes d'offre de soins de santé ambulatoire et de régulation ne correspondent pas aux caractéristiques générales que nous espérons. En effet, suivant notre approche l'offre de soins de santé doit chercher un équilibre entre trois différents objectifs, pas toujours concordants: traiter ou prévenir les maladies, renforcer la capacité de réponse individuelle et optimiser les coûts, sachant que en matière de développement les soins de santé sont une priorité relative. Les moyens pour trouver cet équilibre est d'offrir un type de soins permettant de répondre aux besoins de chaque individu, en l'adaptant aux caractéristiques de chacun. Cela nécessite un dialogue entre soignants et soignés, et des soins efficaces et accessibles à tous pour lutter contre les problèmes de santé rencontrés. Cela nécessite aussi des ressources équitablement disponibles pour tous.

Dans le mode de régulation que nous défendons, la participation interne, la vision de système intégré local (ou la collaboration et la complémentarité priment sur la compétition), l'équilibre optimal entre décision centralisée pour plus d'équité et décision décentralisée pour plus de participation sont les éléments clés.

Quel paradigme dans l'organisation de soins de santé ambulatoires et comment le changer ? Une expérience au Nicaragua

Jean Macq (CIPS 1994-1995), Alejandro Solis, Marcia Ibarra, Bruno Dujardin

Introduction

En 1998, une unité de recherche sur les systèmes de services de santé (UNIOSS) a commencé ses activités au sein du CIES, école de santé publique du Nicaragua. Elle est le fruit d'une collaboration entre l'école de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles et le même CIES. L'hypothèse générale sous-tendant cette collaboration est que les écoles de santé publiques peuvent, à long terme, jouer un rôle dynamisateur dans l'amélioration de l'offre de soins de santé au travers d'activités de recherche action ou opérationnelles.

Nous voudrions rapporter ici, l'expérience d'une recherche conduite avec plusieurs « municipios » (unité de gestion périphérique de services de santé du premier échelon public) au Nicaragua, utilisant l'expérience de soins de santé par des patients suspect ou avérés tuberculeux comme porte d'entrée pour une réflexion sur l'organisation de soins de santé ambulatoires (i.e. les soins de santé individuels qui ne nécessitent pas d'hospitalisation).

Le spectre des prestataires de soins de santé ambulatoires s'est fortement élargi ces dernières années au Nicaragua. En effet, le système de santé Nicaraguayen a connu et continue à connaître une évolution parallèle à sa société. La fin des années 80, du régime Sandiniste et des illusions révolutionnaires d'une société plus équitable, a marqué la fin d'un système national unique et strictement public. Depuis cette époque, en plus de services publics de santé, le secteur privé s'est fortement développé, surtout dans les soins ambulatoires. Aujourd'hui, en vague néolibérale, les prestataires de soins de santé ambulatoires sont devenus multiples: en plus des services de premier échelon publics, les médecins privés en solo (« consultorio » médical), les pharmacies privées, les hôpitaux, les cliniques affiliées à la sécurité sociale et les ONG's present des soins de santé. Nombreux reconnaissent le risque d'inéquité et d'inefficience qui peut résulter de cette situation. Beaucoup de questions sont soulevées quant à la qualité et l'accessibilité aux soins. On ne voit pas très clairement vers où on va, vers où on devrait aller, et comment on devrait y arriver. La recherche que nous avons conduite, analysant une situation de départ, avait pour but de générer des informations pour susciter une réflexion propice au changement notamment au sein du ministère de la santé du Nicaragua.

La situation de départ

Les soins de santé ambulatoire se basent sur des choix variés en terme d'offre de soins et de régulation. Pour l'explicitier nous développons ci-dessous une rapide typologie où chacun des prestataires est qualifié par une ou plusieurs approches d'offre de soins et de régulation. Comme type d'offre de soins existant, nous identifions l'offre « épidémié-économiste » ; « biomédicale individuelle » ou « intégrale ». Comme mode de régulation existant, nous identifions la régulation de type « norme et contrôle », « arbitraire », « professionnelle », « du marché », au travers de contrats ou au travers de réseaux d'ONG's. Nous décrivons successivement les services de premier échelon publics, les médecins privés travaillant en solo, les cliniques commerciales, les hôpitaux et les ONG's.

Les services publics de premier échelon: offre de soins « épidémié-économiste » ; régulation de type « normes et contrôle » et « arbitraire »

Les services publics de premier échelon public sont constitués par des centres de santé avec ses postes de santé satellites. Les centres de santé ont plusieurs médecins et infirmiers. Les postes de santé fonctionnent avec au maximum un duo médecin-infirmier(e). Dans les deux types d'unités, les soins sont légalement gratuits.

L'offre de services dans les centres de santé est organisée par programmes, principalement axés autour d'activités préventives, ou ciblées sur des maladies « prioritaires » et au binôme mère-enfant. Les Postes de santé fonctionnent comme extension du CS. Les objectifs de ce type d'offre de soins sont d'améliorer la santé de la population, objectivée au travers d'indicateurs populationnels de mortalité, de morbidité, et éventuellement de souffrance. Nous appelons ce type d'approche des soins de santé ambulatoires « épidémié-économiste ».

Les soins sont régulés par deux mécanismes dominants : d'une part, une série de normes sont édictées par des experts d'organisations internationales et leur application est contrôlée par des responsables de programmes du niveau national ou régional ; d'autre part l'appartenance à un parti politique et le copinage, jouent un rôle important dans la nomination à des postes clés du ministère, depuis le niveau le plus centralisé, jusqu'au plus décentralisé. Ce mode de régulation « arbitraire » influence fortement l'offre de soins au niveau du premier échelon public.

Les médecins privés travaillant en solo : offre de soins de type « biomédicale » ; régulation « du marché » et « professionnelle »

Research Project: The role of doctors in strengthening first line health services

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996)

The aim of this paper is to share with you a research project that Monique Van Dormael, Edith Hesse and myself are currently working on. This project is financed by the Belgian development co-operation, which expects us to come up with an analysis to help along their thought process on the matter. In this article we will not present research results since we have not reached that stage yet. But we want to situate our research in a wider context, explain the logic behind the reasoning that has led us to the research questions and explain briefly where we are.

The basis and unifying element of our perception of health systems is one of a strong first line: interaction between population and health system, continuity and synthesis. The first line is for us the cornerstone around which the system should be built.

Following the ideas and efforts of the first line is relevant because reality is often far removed from the "model". A great number of systems remain hospital centred and first line activities do not get the attention they deserve. Why do first line services remain weak and less attractive? What is the experience with strengthening first line services? These subjects are not new and the questions connected to them keep their topical quality especially in the South. For twenty years now, many countries have put in a lot of effort to set up first line services that are geographically accessible and that propose care that is able, in theory at least, to deal with the majority of everyday illnesses at an acceptable fee. We have to accept however that these efforts meet about everywhere with problems caused by underutilization of the services. Nevertheless, as a result of reforms in the health sector, health care managers are beginning to show a growing interest in first line services that have a good return and are efficient, permitting a reduction in hospital costs and attributing the role of gate keeper to these first line services. The question of adequacy and quality in the first line has become the centre of many a debate.

The different first line services and their place in the health system depend on the context. They are a result of the individual history of each country. Among the influencing factors we distinguish: the nature of the service (public, private not for profit, private for profit), the relationship between state and health service (State administratively and technically responsible, regulatory state, state as financier, absence of any relationship with the state), the way of financing care, the relative impor-

Une recherche en cours : le rôle des médecins dans le renforcement des services de première ligne

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996)

L'objectif de ce papier est de partager avec vous une recherche en cours dans laquelle sont ou ont été impliquées Monique Van Dormael, Edith Hesse et moi-même. Il ne s'agit pas de présenter les résultats d'une recherche, nous n'en sommes pas là. Il s'agit plutôt de situer notre sujet de recherche dans une problématique plus large, d'explicitier le raisonnement qui nous a conduit aux questions de recherche et de brièvement dire où nous en sommes.

Un élément fondateur et fédérateur de notre vision des systèmes de santé est celui d'une première ligne forte : interface entre la population et le système de soins, lieu de continuité et de synthèse, la première ligne constitue pour nous le pilier autour duquel le système devrait s'organiser.

Poursuivre la réflexion et le travail sur la première ligne reste pertinent parce que la réalité est souvent loin du « modèle » : de nombreux systèmes demeurent hospitalo-centrés et les fonctions de première ligne sont souvent peu valorisées. Pourquoi la première ligne demeure-t-elle souvent faible et peu attractive ? Quelles sont les expériences de renforcement de la première ligne ? Si le sujet n'est pas neuf, les questions n'en restent pas moins d'actualité, tout particulièrement dans les pays du Sud. Depuis deux décennies en effet, de nombreux pays ont déployé des efforts considérables pour mettre en place des structures de première ligne géographiquement accessibles, proposant une offre de soins théoriquement à même de répondre à la majorité des problèmes de santé courants, à des tarifs supposés acceptables. Force est de constater que ces efforts se heurtent un peu partout à ce qui est considéré comme une « sous-utilisation » des services. Par ailleurs, dans le contexte des réformes du secteur santé, les gestionnaires des systèmes de soins manifestent un intérêt accru pour une médecine de première ligne performante et efficace, permettant de réduire les coûts hospitaliers en donnant à la première ligne un rôle de gate-keeper. La question de l'adéquation et de la qualité des services de première ligne se retrouve donc au centre de nombreux débats.

Les types de services de première ligne et leur place dans le système de soins sont très variables d'un contexte à l'autre. Ils proviennent de l'histoire individuelle de chaque pays. Parmi les facteurs qui les façonnent : le statut du service (public, privé à finalité publique, privé à but lucratif), la relation du service à l'État (État responsable administratif et technique des services, État régulateur, État financier, absence de relation avec l'État), le mode de financement des soins, l'importance relative accordée aux dimensions individuelles et collectives dans l'offre de soins,

tance given to individual and collective dimensions of the care on offer, the degree of versatility of the services, staff policy.

As for human resources, the kind of staff in charge of first line services is an important variable. We distinguish two great axes. In some countries (especially in Latin America) we find that in the majority of cases doctors are in charge while in many other countries the duties are carried out by paramedical personnel such as nurses, medical assistants, health technicians... In the latter case, this is due to the fact that there are not enough doctors because historically there has always been a concentration in hospital structures and management functions while first line services have "temporarily" been delegated to paramedics. The idea was that doctors could take over again when their numbers had sufficiently risen again.

Two characteristics have struck us in our research so far:

1. A gradual extension of first line care services given by doctors
2. The hypothesis that when doctors take charge of the first line this will logically lead to a strengthening of the service because an increase in competence is not so obvious, in fact far from it.

In countries where doctors are in charge of the first line, the reputation and performance of general practice is often undervalued. This does not only apply to salaries but also to the legitimacy of the profession. The career of a specialist is generally a greater indication of success than that of a general practitioner often chosen for want of something better. Moreover, training doctors in a hospital environment leads them to consider hospital biomedicine as being "real" medicine and badly prepares them for a first line practice. The accumulation of frustrations has several repercussions on the quality of the relationship with the patients as well as on the quality of care. All things being equal, this quality is not necessarily superior to those given by nurses. Models of family practice exist (based on the continuity in the relationship with the patient, holistic approach and clinical decision-making criteria appropriate to the epidemiological characteristics of the first line) which are explained and taught in certain countries in the North and which contribute to the strengthening of the professional identity of the general practitioner. Whether such models are useful for first line practice in the South remains to be investigated.

In environments where nurses are in charge of first line services, the gradual increase in the number of doctors, together with a structural adjustment policy and the legalisation of private care, have led to more doctors going into first line services. But this is the case mainly in private and urban practices only accessible to a minority. These are generally not included when talking of strengthening the

le degré de polyvalence des services, la politique des ressources humaines.

Au sein des ressources humaines, le type de personnel en charge des services de première ligne est une variable importante. Deux grands cas de figure existent. Dans certains pays (en particulier en Amérique Latine) ce sont majoritairement des médecins qui sont en charge de la première ligne, dans beaucoup d'autres, il s'agit de para-médicaux : infirmiers le plus souvent, assistants médicaux, techniciens de santé... Dans ce dernier cas, c'est l'absence d'un pool suffisant de médecins qui a historiquement mené à leur concentration dans les structures hospitalières et les équipes cadres, et à la délégation, à titre provisoire, de la charge de la première ligne à des para-médicaux. L'idée était en effet que les médecins puissent prendre le relais quand ils seraient en nombre suffisant. En équipe avec Monique Van Dormael, nous menons actuellement une recherche sur « *le rôle des médecins dans le renforcement des services de première ligne dans les Pays en Développement* ». L'étude est financée par la coopération Belge qui attend une analyse à même de nourrir sa réflexion dans ce domaine.

Au départ de la réflexion, un double constat :

1. On assiste de fait à un processus d'extension progressive de la dispensation de soins de première ligne par des médecins.
2. L'équation selon laquelle la prise en charge de la première ligne par des médecins aboutirait logiquement à son renforcement à travers l'élévation du niveau de compétence ne va pas de soi, loin s'en faut.

Dans les contextes où les médecins sont majoritairement en charge de la première ligne, l'image et la pratique de la médecine générale y est souvent peu valorisée, non seulement du point de vue de la rémunération, mais aussi du point de vue de la légitimité au sein de la profession : une carrière de spécialiste marque généralement mieux la réussite que la médecine générale qui reste souvent un choix par défaut. En outre la formation des médecins en milieu hospitalier les conduit à considérer la bio-médecine hospitalière comme la « vraie » médecine et les prépare mal à la pratique de la première ligne. Les frustrations accumulées se répercutent à des degrés divers sur la qualité de la relation avec les patients et sur la qualité des soins, qui de ce fait n'est pas nécessairement supérieure à celle dispensée par des infirmiers pour des soins équivalents. Il existe des modèles de pratique de médecine de famille (basés sur la continuité de la relation, l'approche globale et des critères de décision clinique appropriés aux caractéristiques épidémiologiques de la première ligne) qui s'explicitent et s'enseignent dans certains pays du Nord, et contribuent au renforcement d'une identité professionnelle spécifique de médecin généraliste. La question de l'utilité de tels modèles pour la pratique de la première ligne dans les pays du Sud est à explorer.

Comments on "AIDS in Zimbabwe"

Dr. Anne Buvé, ITM

I have been following – though admittedly from a distance – the debate on the AIDS levy in Zimbabwe and this is the first time I read a positive reaction to it. Dr Apers reiterates some of the criticisms that were voiced, but he fails to mention one major criticism. The people of Zimbabwe go through times of hardship and are asked by their government to pay an extra tax, while this same government each month is spending several millions of dollars on the war in the Democratic Republic of Congo. A criticism along these lines was voiced by a Zimbabwean delegate at the AIDS in Africa Conference in Lusaka in December 1999.

As a public health specialist, but also as someone who is concerned about the plight of HIV infected people in Africa, I feel indeed uneasy about the way the priorities were set. It sounds this was the result of consultations with the "people". Of course people want their suffering to be alleviated now, of course HIV infected people do not want to die. And at present the only way to postpone death is antiretroviral cocktails. Although he did not state it explicitly, I understand from Dr Apers' paper that the first priority was access to antiretroviral drugs. But what kind of information was given to the people? Does the HIV+ farmer who lives 30 km from a small district hospital know that it is highly unlikely that he will ever in his life see antiretroviral drugs (unless I am completely mistaken about the potentials of the medical infrastructure of Zimbabwe)? I feel uneasy because I am afraid false hopes may have been created with a lot of people. This AIDS levy is just not enough to ensure access to antiretroviral drugs "at a public health scale". Allow me to present some "back of envelope" calculations. By the end of 1999 there were an estimated 1.4 million adults living with HIV in Zimbabwe. Let us assume (and this is a conservative assumption) that 10% of these HIV infected men and women need antiretroviral cocktails now (because they start getting symptomatic with AIDS), that is 150,000 people. Let us assume that a cocktail costs 350 US\$ per year (but it could be anything up to 1,000 US\$ per year). In that case the AIDS levy could pay for the drugs for 51,400 people (18 million divided by 350) or 1 out of 3 HIV+ people who need the drugs for their survival. I did not take into account the costs of training of clinicians, HIV testing and counselling, monitoring of the infection, extra staff needed to counsel and help patients so that they are compliant with the treatment etc etc. In addition next year the numbers of people who need antiretroviral drugs will have increased again with a couple of 10,000. Did anybody present calculations of this type to "the people"?

If people across the board are asked to pay extra taxes (it is the same percentage for everybody) then you would expect that everybody or as much as possible everybody, benefits from it. I really wonder whether this is the case with the AIDS levy.

register all genuine organisations and so, bit by bit the project takes shape.

The first target for the fund are people living with AIDS. Since some years they are grouped under an organisation: the ZNNP+: Zimbabwe National Network of People living with AIDS. Their chairman is one of the more outspoken members of the national board and one of the strongest voices in favour of the introduction of Antiretrovirals at a public health scale. Second target group are the orphans. Third priority is prevention and fourth research. This was the result of the consultative meetings and that is how the proposals are prioritised. The fact that prevention activities are only taking the third place is causing a bit of uneasiness among public health specialists but that is what the people decided. So many well supported NGOs are active in the field of prevention with so little effect that it was reasoned that the tax-payers money should go in the first place to the ill and the orphans, to help reduce the immediate burden of the disease.

Roughly 36 million USD has been collected from tax-payers and companies since the introduction of the AIDS levy, of which 5.5 million USD has already been distributed through provincial and district AIDS action committees and 29 million USD is committed for planned projects (ref: The Herald, a local newspaper, 28/09/01). This was said by the Minister of Health and Child Welfare in answer to a question raised by a Member of Parliament on the 27th of September.

Of course this initiative won't stop a virus that has infected 35% of the adult population, but at least it's a sign that a troubled nation is trying to come to terms with one of the biggest threats to its own survival. The fact that it has decided to pay for it itself in stead of begging around and seeking assistance from donors is only commendable.

first line within the system but are situated in a competitive environment next to existing public first line services.

Starting from these two concepts, we have formulated following research questions:

- In an environment where doctors are in charge of first line services: Which conditions/strategies permit updating the potential they represent for strengthening the first line
- In an environment where nurses are in charge: Under which condition is it in the interest of the quality of services and the system to replace them by doctors?
- Can the models of family practice be integrated in the nurses' practice if it is not appropriate to replace nurses by doctors?

The essentially qualitative methodology describes the development experiences of first line doctors in different contexts, analyses their being there and the effects of their presence on the first line and the health systems in general. In practice, this is translated by two different research directions. On the one hand, the identification of developing country experiences with the promotion of first line doctors and a set up of more in-depth case studies. On the other hand, the identification of institutions in the North which contribute to the promotion of family medicine in developing countries and the set up of exchange programmes. The final objective of our research is, starting from a documentary analysis and meetings with the actors and especially case studies, to come to a wider analysis which will permit introducing elements of the answers to the earlier stated research questions. A second objective is to identify fields where the hypothesis of strengthening first line health care, emerging from the descriptive analysis, could be tested.

The initial identification research of the different experiences with the promotion of first line medicine in the South has resulted so far in 3 case studies i.e. Cuba, Mali and South Africa. We hope to carry out a case study in Thailand in a very near future.

Cuba is a country that has undergone a major change 15 years ago. It has recentred the whole health system around the first line by setting up a dense network of family doctors. These doctors, who work together with a nurse, are responsible for offering curative, preventive and promotional health care in an individual and collective sense for a population of about 600 to 800. The characteristics of this type of system and the conditions of its set up over 15 years provide us with a lot of information. The fact that it is possible for a public service in a developing country to go that far in the development of first line care is already an important lesson. The richness in human resources, quality as well

Dans les contextes où les infirmiers sont majoritairement en charge de la première ligne, l'augmentation progressive du nombre de médecins, couplée aux politiques d'ajustement structurel et de légalisation de l'offre de soins privée, ont conduit à l'apparition de médecins en première ligne. Il s'agit essentiellement d'une médecine privée et urbaine qui s'adresse à une minorité de la population. Elle ne se situe généralement pas dans une optique de renforcement de la première ligne au sein du système, mais plutôt dans une optique de concurrence avec la première ligne publique existante.

Partant de ce double constat, nous avons formulé nos questions de recherche de la façon suivante :

- Là où des médecins travaillent au premier échelon, quelles conditions, quelles stratégies permettent d'actualiser le potentiel qu'ils représentent pour renforcer la première ligne ?
- Là où des infirmiers travaillent au premier échelon, à quelles conditions est-il pertinent, pour la qualité des services et du système, de les remplacer par des médecins ?
- S'il n'est pas opportun de remplacer les infirmiers par des médecins, les modèles de pratique en médecine de famille peuvent-ils être intégrés dans la pratique des infirmiers ?

La méthodologie, essentiellement qualitative, consiste à décrire des expériences de développement de médecins en première ligne dans différents contextes, à analyser leurs conditions d'émergence et les effets de leur présence sur la première ligne et sur le système de soins en général. En pratique, cela se traduit par deux axes de travail. D'une part, identifier des expériences de promotion de médecine de première ligne dans des pays en développement et réaliser des études de cas plus approfondies pour certaines d'entre elles. D'autre part identifier des institutions du Nord qui interviennent dans la promotion de la médecine de famille dans les pays en développement et établir des relations d'échange. L'objectif final de la recherche est, à partir de l'analyse de documents, de rencontrer d'acteurs et surtout d'études de cas, de dégager une analyse plus globale permettant de d'apporter des éléments de réponses aux questions de recherche. Un deuxième objectif est d'identifier des terrains où les hypothèses de renforcement de la médecine de première ligne qui émergent de l'analyse descriptive pourraient être testées.

Le travail initial d'identification de différentes expériences de promotion de la médecine de première ligne dans les pays du Sud nous a mené à réaliser à ce jour 3 études de cas : à Cuba, au Mali et en Afrique du Sud. Nous espérons pouvoir également réaliser une étude de cas en Thaïlande dans les mois à venir.

Le contexte Cubain est celui d'un pays qui a effectué

as quantity, is another factor.

Mali is a country that has made important first line health reforms 10 years ago. The state was up to then the main supplier of all services and has now left the responsibility for administrative and financial management of first line health services to the communities (the community HC). In parallel, a major reduction in staff recruitment by the public services has contributed to an increase in first line doctors in community and private sectors. The originality and value of the Mali experience with first line doctors is mainly due to two factors. On the one hand, it is not limited to an urban environment but has also extended into rural areas. On the other hand, it is strongly anchored in the public way of thinking and thus thanks to the choice of a number of doctors to work in the community sector. The Association of Rural Doctors has been a great help in encouraging the creation of a professional identity of family doctors who care for the public interest.

The South African system reflects the division of South African society: bipolar, conflicting and in transformation. The most striking element is the co-existence of a typically Western private sector that occupies an important place in the system even if it attracts only 20% of the population and a public sector typical for a developing country. The position of first line doctors represents these same contrasts: doctors take up the private first line while the public first line is reserved for nurses. The latter is being restructured at the moment and a health card system is being introduced based on the district health system. The major objective of this restructuring process is the reduction of inequality in terms of access to care. The main characteristic of the South African system is the predominance of the clinical and the individual dimension over the health aspect and the collective dimension.

These first case studies have confirmed the pertinence of the problem of the role of doctors in the first line services for the current and future workings of health services in developing countries. They also make clear the complexity through the great diversity of realities and history of each country. The data gathered are rich and evoke quite a variety of hypotheses.

Next to these case studies, an identification research of the different actors in the North involved in the promotion of general medicine in developing countries has been carried out and contacts have been made with several of them. We have for example participated in the 16th Congress of Family doctors organised in Durban in May 2001 by WONCA (World Organisation of Family Doctors). Although mainly present in Europe and North America they encourage

un changement majeur il y a 15 ans, en recentrant l'ensemble du système de santé autour de la première ligne, et en prenant l'option de la mise en place d'un réseau dense de médecins de famille. Ces médecins de famille, qui travaillent en binôme avec une infirmière, sont responsables d'offrir des services curatifs, préventifs et promotionnels, dans leur dimension individuelle et collective, à une population de responsabilité de 600 à 800 habitants. Les caractéristiques d'un tel système et les conditions de sa mise en place effective sur une période de 15 ans sont très riches en enseignements. Le fait qu'il soit possible pour un service public d'un pays en développement d'aller aussi loin dans le développement d'une médecine de première ligne est en soi un enseignement majeur. La richesse que constitue des ressources humaines importantes en quantité et en qualité en est un autre.

Le contexte Malien est celui d'un pays qui a mis en place il y a 10 ans une réforme également majeure de sa première ligne puisque l'État, jusqu'alors fournisseur principal de l'ensemble des services, a passé le relais aux communautés pour la gestion administrative et financière des services de première ligne (les CS communautaires). Parallèlement, la réduction drastique du recrutement de personnel par la fonction publique a favorisé l'apparition de médecins en première ligne dans les secteurs communautaire et privé. L'originalité et la richesse de cette expérience malienne de médecins de première ligne tient principalement à deux aspects. D'une part elle n'est pas limitée à l'environnement urbain mais elle s'est développée aussi dans le milieu rural. D'autre part elle est fortement ancrée dans une logique de finalité publique grâce au choix d'un certain nombre de médecins de travailler dans le secteur communautaire, et grâce au rôle joué par l'Association des Médecins de Campagne qui favorise chez ces médecins l'émergence d'une identité professionnelle de médecins de famille ayant un souci de finalité publique.

Le système de santé Sud Africain reflète la dichotomie de la société Sud Africaine : bipolaire, contrasté et en transformation. L'élément le plus frappant est la co-existence d'un secteur privé de type occidental qui occupe une place importante dans le système même s'il ne draine que 20% de la population, avec un secteur public typique d'un pays en développement. La place des médecins dans la première ligne suit la même dichotomie : la première ligne privée est tenue par des médecins, la première ligne publique est tenue par des infirmières. Cette dernière est en cours de restructuration et de développement à travers l'établissement d'une carte sanitaire basée sur le système de santé de district, avec comme objectif majeur la réduction des inégalités en terme d'accessibilité aux services. Ce qui est spécifique à l'ensemble du système Sud-Africain, c'est la prédominance de la clinique et de la dimension individuelle sur l'aspect santé publique et la dimension collective.

AIDS in Zimbabwe

Ludwig Apers (ICHD 1997-1998)

So much has been written about AIDS in Africa that the total number of trees used to produce all that paper would definitely outweigh the total number of trees used to produce the coffins of AIDS victims. Still I want to add a few thoughts about an interesting initiative that takes place in Zimbabwe, the country I am working in.

It is (hopefully) not a secret anymore that Zimbabwe belongs to the group of hardest hit countries in the world. For those ones who like figures: please go to the UNAIDS web-site, they are all there, the prevalences, the deaths, the orphans, the projections, all the indicators to express the human tragedy. For those ones who don't believe in figures: there is simply no family left in the country that has not experienced an AIDS death of a relative in the recent past. No Zimbabwean will deny this.

Sadly enough it is most likely this last fact that has led to a prudent change in sexual behaviour. Not the figures, massive campaigns, health education, mass media, school programmes, threats or thunder-preaches, but the direct confrontation with suffering and death has triggered the beginning of a change. It is hard to prove, seroprevalence figures will remain high for some time to come as they are not very sensitive to small changes in infection rates, but at least we are seeing a constant decline in the incidence of Sexually Transmitted Infections since over 5 years.

This greater public concern has led to an innovative initiative I would like to highlight in this article because it is, to my knowledge, rather unique in the world: the introduction of the AIDS levy in January 2000. The Zimbabwean government, through its ministry of Finance, decided to increase all income taxes by 3%, and each and every cent of this extra money should go to the fight against AIDS. A rather strange decision in view of the fact that there is most likely no issue that is more popular for external donor-support than HIV/AIDS. Anybody working in Zimbabwe, as an individual or as a company, now pays for the burden of the disease. Myself being a government employee, I can read every month on my pay-slip that about 10 US\$ has been deducted from my salary for the AIDS levy.

This measure was introduced as part of the global budget for 2000 and was accepted without much debate by parliament. In the press however, quite some eyebrows were raised: was it not Ministry of Health that should pay for the AIDS bill? Were the Americans not prepared to support with billions of dollars? How would the money be distributed? How would corruption be avoided? Why should the general public pay for the mistakes of dirty sinners etcetera, genuine and less genuine questions that opened a lively debate in the media. That was the first advantage.

Second advantage – despite the fact that I am one of the affected tax payers I can only see advantages – was indeed the very critical attitude of the public: the National Aids Council that was formed to set up criteria and priorities for the disbursement had to organise national and provincial meetings to cope with the critical voices. I attended some of them and enjoyed every bit of it.

Third advantage: the burden of AIDS care has finally been taken away from MOH, the ministry that has widely been accused of not tackling the epidemic efficiently. The members of the board that is governing the National Aids Council are from all walks of life, even the chairman has no medical background. In this way it is officially admitted that AIDS is much more than a medical problem and that possible solutions should come from the society at large.

Fourth advantage: this Zimbabwean money will be governed by Zimbabweans for Zimbabweans. No external funding agency will be involved, no hidden agenda's pursued, no decisions imposed, no irritating consultants hired.

Of course, to get rid of the equivalent of 1.2 to 1.5 million US\$, the average monthly revenue, is not easy. Although it was agreed under pressure of the public that not more than 5% of the money should go to administration, a minimum structure needed to be set up, provincial co-ordinators appointed, an outline of the money-flow agreed upon. This took its time, whilst the money was accumulating and generating interest, visible and transparent for anybody who wanted a copy of the bank statements from the board. Again under public pressure, the first millions were distributed rather haphazardly by the board members themselves, under massive press coverage. To avoid that 13 community organisations asked for funds for orphan care in a village where hardly 12 orphans were to be found, an umbrella organisation took the task to

Les négociations avec les partenaires, l'acheminement de ressources vers les districts et la justification de leur utilisation sont des aspects de coordination importants pour la mise en œuvre des plans et programmes dans les districts.

Le système donne l'impression de baigner dans l'huile par sa cohérence ! Cependant certains faiblesses sont constatées :

1. Les équipes cadres de district sont sur-sollicités par des séminaires, ateliers et formations qui occupent le tiers de leur temps
2. Les supervisions programmées sont réalisées au mieux à 50% (à chaque niveau)
3. Le monitoring presque inexistant au niveau des CSCom est peu structuré au niveau district et débutant au niveau régional
4. L'utilisation de la consultation curative atteint rarement 0,5 NC/Habitant/an
5. La couverture par les soins préventifs dépasse rarement 50% des populations cibles

Ces constats amènent des **questions** :

1. L'efficacité du système de santé a été démontrée dans plusieurs districts pilotes comme Kolondieba, Bla, Kolokani et Djéné. Les résultats moyens ne sont-ils pas liés essentiellement à une organisation insuffisante des services de santé ?
2. Les équipes mobiles polyvalentes de soins constituent-elles une alternative efficace pour les aires de santé qui ne sont pas économiquement viables (zones arides à faible densité de population) ?
3. Quel sera l'impact du renforcement des capacités de gestion des structures décentralisées (communes et ASACO) sur l'utilisation des services de santé ?
4. Le district sanitaire renferme plusieurs communes (de 10 à 30) qui font des plans quinquennaux multisectoriels. Comment formaliser dans le cadre du plan quinquennal de développement social et sanitaire les relations entre l'état, les communes et la société civile ?

Les **hypothèses** à vérifier :

1. L'amélioration du contenu et de l'organisation des supervisions et du monitoring à tous les niveaux permettra une amélioration de la qualité des prestations de services
2. L'amélioration de la qualité des prestations de services permettra une meilleure utilisation des services de santé par les populations.
3. Les équipes cadres de district sont capables par une approche contractuelle de réussir l'articulation entre les plans de district et les plans communaux multisectoriels.

Tableau synthétique des constats

ACTIVITES	CONSTATS	QUESTIONS
Appui technique aux ESSC	<ul style="list-style-type: none"> • trop d'ateliers • formations inefficaces ? 	Comment les rendre efficaces ?
<ul style="list-style-type: none"> • Planification • Gestion • évaluation 		
Suivi de la cohérence de la traduction des stratégies nationales dans les cercles	<ul style="list-style-type: none"> • insuffisants en nombre et surtout par la qualité • moins motivants que les formations et les ateliers 	<ul style="list-style-type: none"> • relations communes / ASACO • RIGEUR / TRANSPARENCE de la gestion aux différents niveaux
<ul style="list-style-type: none"> • supervision • monitoring 		
Coordination de la mise en œuvre des plans et programmes dans les cercles	<ul style="list-style-type: none"> • résultats probants ? • utilisation des services ? • qualité des soins ? • couvertures faibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidés / stratégies pour les aires non viables (densité faible) • Equipes polyvalentes de soins • Maternités rurales déjà fonctionnelles • PALU • IST / SIDA • VACCINATION • SOINS OBSTETRICIAUX URGENTS
<ul style="list-style-type: none"> • négociation avec les partenaires (ONG, populations...) • allocation / arbitrage des ressources • harmonisation entre les districts • passerelle entre le niveau national et le niveau opérationnel 		
Contrôle de la qualité des services tant publics, privés que communautaires	insuffisant	Maintenir le cap combien de temps ?
Surveillance épidémiologique et suivi de l'évolution des situations d'exclusion	Analyse insuffisante de l'information	Relations avec la lutte contre la pauvreté
Transmission de l'information entre le niveau national et le niveau opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Urgences • multiplicité 	Coordination au niveau national

the development of professional associations of family doctors in developing countries. In the wake of the Durban Congress, the question as to the adaptability of models and strategies for strengthening family medicine according to the characteristics of the health systems and community of these developing countries was never far away.

The wider analysis field will be made clear in the future. We will not fail to share our findings with you.

Ces premières études de cas ont confirmé pour nous la pertinence de la problématique du rôle des médecins dans les services de première ligne pour le fonctionnement actuel et futur des systèmes de soins de santé des pays en développement. Elles en font aussi apparaître la complexité à travers la grande diversité des réalités et des histoires de chaque pays. Elles sont très riches quant aux informations recueillies et aux hypothèses qu'elles suscitent.

Parallèlement aux études de cas, un travail d'identification de différents acteurs du Nord impliqués dans la promotion de la médecine générale dans les PVD a été effectué et des contacts ont été pris avec plusieurs d'entre eux. Nous avons en particulier assisté au 16^{ème} congrès des médecins de famille organisé à Durban en Mai 2001 par la WONCA. La WONCA (world organisation of family doctors), surtout présente en Europe et en Amérique du Nord, encourage le développement d'associations professionnelles de médecine de famille dans les pays en développement. En filigrane de la conférence de Durban figurait la question de l'adaptabilité des modèles et stratégies de renforcement de la médecine de famille aux caractéristiques des systèmes de santé et des sociétés des pays en développement.

Le stade de l'analyse plus globale devrait se faire sur l'année à venir. Nous pourrions alors la partager avec vous.

Message from Malawi.

Bart Vander Plaetse (ICHD 1999-2000)

Having recently arrived in Malawi, I will allow myself to breach the rule of first see then talk in order to share some of my experiences with you. It has been wisely said that one could talk for four hours about a country where he just arrived in, or one hour about a country where he lives since four years, or wisely keep quiet about a country he lives and works in for 8 years. Since I'm definitely belonging to the first category, let's start.

Malawi calls itself the warm heart of Africa, and honestly speaking, this is an overstatement pertaining climatology. Coming straight from the scorching, excessive heat of Bamako, Mali, the winter of Eastern Africa made buying a couple of blankets a priority. But maybe the warm heart says more about the people than about the climate: in general, Malawians are overwhelmingly friendly and helpful, to that extent that saying "no" is difficult. This complicated discussions somehow, but after some adaptation by undersigned, was dealt with.

My job: coordinating a support programme with mixed content. Restructuring the national Health Information System, introducing health delivery areas (a cautious way of splitting huge districts in new districts that cannot be called so because of political reservations), research on user fees/exemption policies (that have not yet been introduced: luckily or unfortunate?), community empowerment (through transformation of health workers), public private partnership (extensive church related networks of facilities operate parallel to government institutions), decentralisation (it is only two years ago that provincial offices were abolished, and districts started planning and monitoring more autonomously): enough pleasure in content, and the addition of the budgetary important infrastructure works does make my day more than full.

At the general national level, the Ministry of Health is on the move: first decentralising some of the functions to district level, abolishing the provincial level, and moving from (perceived) leadership to stewardship. The recently published National Health accounts came as a shock to many: the "free health care" dream is shattered into pieces even before user fees are introduced (45% of health expenditure is out of mainly poor pockets, only 25% from government). The discovery of "the other" (a growing for profit sector of about 10% and a large church related and other NGO sector) made clear that there is only one way forward: cooperation, and less accent to the provision of services within the own system, but assuring good services to all. A memorandum of understanding between the church related sector and the government is worked upon, and there is ample room for contracting services to the missions, ranging from supervision (where more skilled clinicians are available in the mission) to specific services (where eg there is only a maternity in the mission hospital). This happens amidst the well-known hypes of essential health packages and poverty reduction strategies.

To end with, I have to salute my colleagues health workers: pleasant counterparts, knowledgeable, hard working but paid a shameful near-nothing a month. The result: if it looks as if you are getting a salary, then let it look as if you are working, give priority to real business to ensure the survival of your family, if possible within the system (allowances, under the counter payments, selling free drugs) if not out of the system (growing mushrooms, taxi driving). The lucky few get a job in the green pastures: the big away-from-the-public brain drain, internally towards the wealthy (using the private sector), externally to work overseas or for UN institutions. Against this a group of donors, traditionally lamenting the situation, but as a matter of fact confirming if not enhancing it by abiding to the culture of allowances, playing the market game of offering just enough allowances to get the desired attendance at workshops. Or by offering the most promising a well paid job as employee of their organisation.

It may all sound cynical but I fear I am just depicting the harsh reality.

Against this background, there are the unnamed hero's and heroines: silently working, serving the ill, going the long distances, and battling to survive themselves. There are the somehow more named hero's that dare to speak out, even if what has to be said is not always politically popular. Even in the donors there are some (too silent though) that try to reinforce the system, paying salaries to key function holders, avail budgets to the so needed partnership between all health services that serve the public.

A question heard also here: How can we assure to preserve, and increase that so needed inner dedication and motivation in health workers? It is a challenge that is still beyond my imagination, since I can frame my own dedication within a better-paid job than is the case for most colleagues in Malawi. Where one talks about stewardship at the national level, the characteristic of stewardship is equally needed in the individual health worker. To choose service over self-interest, trusteeship over ownership, and self-management over control is not only the challenge of the big organisation or management team, but also an individual challenge and choice to be made. To enable health workers to make this choice is a "lead" that goes through my work. Let's wait another 8 years before reporting on impact (and I'll be old and wise enough to remain silent).

Des horizons au niveau intermédiaire

Dr Sory Ibrahima BAMBA (CIPS 1998-1999)

Le système de santé du Mali

Le système de santé du Mali utilise le *district sanitaire à deux échelons* complémentaires. Il existe un réseau de centres de santé communautaires (CSCoM) gérés par des populations organisées en Association de santé communautaires (ASACO). Les cas graves et/ou compliqués sont évacués sur un hôpital de district que nous appelons Centre de Santé de Référence qui est cogéré par l'équipe cadre de district et les populations.

Le niveau de planification retenu est le district. L'équipe cadre de district a donc la responsabilité de planifier, budgétiser, gérer et évaluer les activités de santé. Elle doit négocier les interventions des partenaires dans le cadre d'un plan quinquennal élaboré en concertation avec les populations organisées en structures décentralisées. La mise en œuvre de ce plan de développement social et sanitaire fait intervenir différents acteurs dans le district sanitaire : communes, ASACO, ONG et services techniques.

Le niveau intermédiaire : la Direction Régionale de la Santé (DRS)

Les orientations stratégiques, l'allocation des ressources, le suivi et le contrôle de l'exécution de la politique de santé étant assurés par le niveau national, l'on pourrait s'interroger sur les fonctions du niveau intermédiaire **Que fait-on dans une DRS ?**

Au Mali, une DRS comporte quatre divisions :

- La « Planification » dirigée par un médecin de santé publique
- Les « Programmes de santé » dirigée par un médecin de santé publique
- La « Pharmacie et laboratoire » dirigée par un docteur en pharmacie
- Les « Infrastructures et assainissement » dirigée par un ingénieur sanitaire

Les divisions sont soutenues par un service comptable, un secrétariat et un service de maintenance du parc automobile qui comporte une demi-douzaine de véhicules.

La fonction sensible de la DRS est la transmission des informations dans les deux sens. L'information du niveau national vers le niveau opérationnel est toujours enveloppée par les connotations d'urgence et/ou de priorité (instructions, directives...); elle est donc transmise par radiocommunication ou par téléphone aux districts. Il revient donc à la DRS la tâche de "harcèlement" des districts pour en extirper des informations qui doivent remonter au niveau stratégique : l'information sanitaire au sens large sera transmise d'autant plus vite que la DRS est bien organisée et l'appréciation de la DRS par la DNS est largement tributaire de cette vitesse de transmission.

L'appui technique de la DRS aux équipes cadres de district se fait essentiellement lors des visites de supervision et au cours du monitoring. La DRS de Koulikoro, en constituant trois équipes de supervision intégrée (chacune dirigée par un médecin de santé publique), a réalisé en 2001 une supervision de chacun des 9 districts à raison de trois jours par district. Les termes de référence de ces supervisions comportaient les aspects hospitaliers en plus de la planification / gestion du district.

Par exemple l'analyse de certains partogrammes au niveau de la maternité a permis d'apprécier la qualité de la surveillance des accouchements ; la vérification de la caisse de solidarité des Associations de Santé Communautaires (ASACO) pour la prise en charge des urgences obstétricales était suivie de celle de l'armoire d'urgence du bloc opératoire.

La DRS n'arrive pas à participer à tous les monitorages des districts pour des raisons de calendrier (**les ateliers et les formations que nous organisons, plus ceux auxquels nous sommes invités occupent le tiers du temps**). L'équipe régionale reconnaît cependant l'importance d'améliorer et d'harmoniser le contenu du monitoring au niveau district, d'encourager les équipes cadres à instituer et à participer au monitoring à l'échelle de l'aire de santé (CSCoM). Le monitoring régional pendant trois jours permet de faire un bilan et une programmation trimestriels en plus de la récupération des pièces justificatives des dépenses réalisées par les districts dans le cadre de l'exécution de leur programme opérationnel annuel.

L'appui régional à l'élaboration de plans de développement social et sanitaire des districts se fait au cours de séances de travail avec l'équipe cadre ; le respect des étapes du processus de planification et les modalités d'implication des communes et des ASACO sont les thèmes les plus discutés. L'évolution se fait vers une approche contractuelle autour du plan de district avec trois intervenants au minimum : les communes, l'ASACO et l'Etat.