

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 1997 - Décembre 1997

Contenu – Contents

Introduction (F)	2
Introduction (E)	3
Editorial: Privatisation of Health Care: Experience from India.....	4
The 34 th ICHD – Can We Meet Their Expectations?.....	6
Le 34 ^{ième} CIPS: sommes-nous à même de satisfaire leurs aspirations ?.....	6
Participants 34 th ICHD (1997-98).....	7
Intégrer des activités de nutrition dans les postes de santé et au sein de la communauté dans un district sanitaire du Sénégal: Où en sommes-nous?.....	8
Sujets des thèses du 33 ^{ième} CIPS (1996-97).....	12
Mail Survey Preliminary Results : We Are Not Only 'Homo Economicus' But	13
Les résultats préliminaires de l'enquête postale : nous ne sommes pas seulement 'homo economicus' mais... ..	13
Discours à la promotion du CIPS 1997 par le prof K. Vuylsteek, président du jury d'examen du CIPS.....	22

Introduction

Chers amis,

Nous avons espéré vous envoyer la présente lettre d'information avant la fin de l'année 1997. Tous les documents n'ayant pas pu être rassemblés en temps voulu, nous avons préféré retarder l'envoi au lieu de devoir supporter deux fois des frais d'expédition.

Dans son introduction à la lettre du mois de juin dernier, Dr I Beghin mentionnait l'accord-cadre signé entre l'I.M.T et l'Administration Générale pour la Coopération au Développement (AGCD/ABOS). Nous pouvons maintenant vous annoncer que, grâce aux efforts soutenus de quelques-uns parmi nous, l'AGCD a décidé d'augmenter les subsides pour le RIAC, ce qui nous permettra de continuer nos activités plus à l'aise.

La présente lettre contient plusieurs articles de la main d'anciens participants. Afin de rendre les textes plus accessibles pour tous un sommaire en français ou anglais a été joint. Nous vous soumettons un texte de la main du Dr. Ngoné Séné Touré du Sénégal (CIPS 1988-89, tuteur 1992-93). Elle est actuellement attachée au Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) à Dakar. Elle fait le point sur un programme d'intégration de soins nutritionnels au niveau du premier échelon et de l'hôpital de district, auquel elle a participé. Le deuxième texte par le Dr. N Devadasan (CIPS 1993-94, tuteur 1997-98) traite de la privatisation des soins de santé en Inde. Dr. J Macq (CIPS 1995-96, tuteur 1997-98) rapporte sur les résultats préliminaires d'une enquête par correspondance sur la fonction remplie par les anciens participants du CIPS dans les services de santé publics et privés. Les Dr. Devadasan et Macq font encore part des aspirations des nouveaux participants du CIPS, comme exprimé à De Haan au début du cours actuel. Pour terminer nous reproduisons le texte de l'allocution du Dr. Vuylsteek à l'occasion de la promotion du CIPS 1997.

Nous joignons la liste des thèses du cours 1996-97 ainsi que la liste de participants du cours 1997-98. Vous trouverez également un exemplaire du Rapport Annuel de l'Institut, ainsi que des dépliants sur le CIPS, et une liste des anciens de votre promotion. Le secrétariat du CIPS attire votre attention sur le fait que d'importantes modifications ont été apportées pour l'obtention d'une bourse de l'AGCD/ABOS. Veuillez vous renseigner à temps.

Comme d'habitude vous trouverez la liste des livres disponibles aux membres du RIAC. Nous rappelons que les livres mis à votre disposition par le RIAC vous sont

offerts gratuitement, dans les limites des moyens disponibles. Nous continuerons à donner priorité à ceux qui travaillent dans des conditions d'isolement.

En annexe vous trouverez des copies de quelques publications. Certains points de vue ou conclusions présentés dans les articles ne correspondent pas nécessairement avec ceux que nous supportons. Nous espérons toutefois que ces textes vous permettront d'une part de suivre l'évolution de la pensée en santé publique et d'autre part stimuleront des réflexions critiques.

Nous vous présentons un article sur les relations entre les services de santé 'publics' et 'privés' (en anglais). Cet article rejoint les réflexions du Dr. Devadasan dans son article sur la privatisation des soins de santé en Inde.

Deux articles font réfléchir sur l'accessibilité aux soins de santé adéquats. Ils décrivent comment les services de santé créent ou peuvent créer des barrières aux soins, souvent tout en blâmant les malades pour leur comportement inadéquat.

Un article traite des soins de santé à Bamako (Mali) et fait réfléchir sur la barrière financière aux soins dans le cadre du recouvrement des coûts.

Un article du Dr H Van Balen traite de la mobilisation des ressources. Ces deux derniers articles font partie des présentations faites dans le cadre d'un séminaire sur les innovations dans les systèmes de santé en Afrique.

Un autre article fait le point sur les systèmes de prépaiement des soins en Afrique Sub-Saharienne. Il se rapporte à une publication que nous vous offrons parmi les livres tenus à votre disposition: 'Mutualités de Santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs.'

Une dernière publication concerne la continuité des soins et le contrôle de l'hypertension dans un centre de santé en Tunisie.

Une nouvelle série d'études vient de voir le jour à l'IMT : *Studies in Health Services Organisation & Policy*. Il y aura des titres en français et en anglais. Nous joignons un exemplaire de cette nouvelle série d'études, pour vous permettre de faire connaissance avec la série. Une liste des titres est jointe et vous pouvez commander les numéros pour lesquels vous aurez de l'intérêt.

Des réactions sur la lettre d'information et peut-être une participation littéraire de votre part seront toujours bienvenues. En attendant l'équipe du RIAC vous présente à tous ses meilleurs vœux pour l'année à venir, dans l'espoir que celle-ci puisse être une année de paix et de solidarité.

S. Annys

Introduction

Dear friends,

We expected to mail the present newsletter before the end of December. However, the present issue being rather voluminous, and the printing of some documents not being achieved in due -time, we postponed mailing in order to avoid needless expenses.

In the previous letter, Dr I Beghin announced the signature of a convention between the Institute of Tropical Medicine and the Belgian Development Administration (AGCD/ABOS). We can now inform you that, as a result of the untiring efforts made by some members of the staff, the AGCD/ABOS has increased next year's allowances for the follow-up of former ICHD participants. Hence, planning and development of our activities becomes easier.

The present issue of the newsletter contains papers by ex-participants. In order to make the information accessible to all of you a summary in English or French is added when appropriate.

Dr Ngoné (CIPS 1988-89; tutor 1992-93) is working at the United Nations Population Funds (UNFPA) in Dakar, Senegal, and reports on the integration of nutrition activities at the first and district hospital level, in which she was involved some years ago.

The paper of Dr Devadasan from India (ICHD 1993-94; tutor 1997-98) deals with the privatisation of health care in India.

Dr. Jean Macq (CIPS 1995-96 and tutor for ICHD 1997-98) presents a preliminary report on the results of a mail survey concerning the roles of former participants in the public and private health sector.

Drs Devadasan and Macq further report on the expectations of the present ICHD participants, as expressed in De Haan. Finally, we reproduce the speech of Dr K Vuylsteek, delivered at the occasion of the closing ceremony of the Course in June 1997 (French only).

You will also find the list of theses from the 1996-97 ICHD and the list of participants for 1997-98. We also join a copy of the Institute's Annual Report, folders for

the next ICHD and the updated addresses of participants of your promotion. The secretariat of the ICHD reminds you that the procedures for the request of a grant from the Belgian Government have changed. Please do enquire if needed.

As in the past, you will find a list of books, available to former ICHD participants. Books are sent free of any charge; as long as we do have the means. People working in isolated areas will still be served first!

We also add some copies of interesting papers. We do not always agree with the viewpoints or conclusions expressed by the authors. We hope that those papers will enable to follow-up the ideological developments in public health and stimulate critical thinking.

We present a paper on the relationship between public and private health services. This paper joins Devadasan's concerns regarding privatisation of health services.

Two papers deal with the problem of accessibility of care, and indicate how health care services may create their own barriers, while at the same time blaming the patients.

One paper deals with health care in Bamako city, Mali, and the financial barriers to utilisation. Another paper by Dr H Van Balen discusses the issue of resource mobilisation. The two papers are part of a report on an international seminar on health care system innovations held in Mali.

Another paper reports on pre-payment systems in sub-Saharan Africa. A practical guide for promoters of such systems is offered among the newly available books! (in French).

A new Series '*Studies in Health Services Organisations & Policy*', edited by members of the staff of the Public Health Department, was born. We add a copy as an example. A form with all titles is added. You can order the titles you would like to receive.

Finally, we remind you that we expect your contributions for the Newsletter. Any news that might interest other ICHD participants is welcome!

Best wishes for the New Year. We wish it to be a peaceful one.

S. Annys

Editorial: Privatisation of Health Care: Experience from India

N. Devadasan (ICHHD 1993-94, tutor 1997-98)

Historically ignored, the private sector¹ is gradually being recognised as an important player in the provision of health services. World Bank diktats or diminishing health budgets – whatever the reason, the for-profit private sector – the “untouchables” – are today objects of new interest and studies. And what do these studies reveal? I take the example of India to illustrate.

Following Independence, as the new Government was struggling to put a public health system into place, there was an insidious growth of the private sector. So much so that today India has one of the world's largest private health care systems in the world (probably second only to the USA). 73% of its one million doctors, 56% of its hospitals and 49% of its half a million hospital beds belong to the private sector. There is a wide spectrum of private health facilities ranging from the ubiquitous single private practitioner, to private polyclinics/ hospitals, to corporate hospitals. And of course the paramedical services of private pharmacies and diagnostic centres. Yet, the public health planners have studiously ignored this huge resource. Except for the tax benefits, there has been no attempt by the State to collaborate with, co-ordinate with or integrate them into the national health system. Similarly, except for a couple of ineffective laws, which are in turn poorly enforced, there has been no regulation of this huge sector.

This profit driven, unplanned and unregulated sector has had both positive and negative impact on the health status of the Indian population. Studies show that more than 60% of illness episodes are treated by the private sector, even in rural areas. Thus, they provide an accessible and perhaps more acceptable alternative for the patient, than the public health services. At the other end of the spectrum, private tertiary care centres provide state of the art medical technology and thus relieve the Government of huge capital expenditure.

However, on the other side is the concern for equity. Private sector facilities are rarely available in the more under developed parts of the country. Similarly, their fees are usually a significant barrier for the indigent.

While generally the private sector is considered a more efficient sector, in reality the presence of asymmetric information has led to a supplier-induced demand. This means that there is a promotion of unnecessary medications, procedures and laboratory tests. This is further compounded by the profit motive of the sector, which has led to unethical practices.

Yet another myth is that the private sector provides services of better quality. In reality, it is seen that because of the lack of the continuing medical education and because of the pressures of competition and profits, the care in this sector is poor. While the private practitioner may provide more holistic care, it is seen that the facilities are often poorly staffed and under equipped. The technical quality of the treatment also leaves much to be desired.

This parallel system has very little relation with and regard for the Government health policies. Moreover, the relations of the private practitioner with other levels of care (be it private or public) is minimal as they are very possessive of their patients and are reluctant to refer unless absolutely necessary. Last, but not the least, the private sector competes actively with the public sector for resources (especially manpower) and takes away the cream of the profession – all trained with public finances.

The million-dollar question is “who is this sector accountable to?” Till lately, the answer to this question was “nobody!” Laws were few and rarely adhered to. Government action against the lawbreakers was very very rare – thanks to the powerful professional union. The Ministry of Health had abdicated its responsibility in regulating this important health care provider. However, all this has changed since 1996, when the medical profession came under the purview of the Consumer Protection Act. It allows dissatisfied patients to take doctors to court and receive a verdict in 6 months time. Naturally, the profession is up in arms, and the situation is highly polarised with the patient caught in the crossfire. What are the lessons to be learnt from all this? While the case of India maybe an extreme example, privatisation in some form or the other exists in most countries. The question to be asked is – “should it be ignored (till it grows into a Frankenstein like the Indian example)?” or “should its presence be acknowledged and suitable action taken?”

I think the first step is for professionals in the other sectors (public and NGO sectors) to change their mindset – accepting the fact that the private sector is an actor in the provision of services, and that they meet the unmet demand of the population. Once this reality has been accepted, it will make one more open to the potential for collaboration or co-ordination or even coexistence with this sector. While it would be of great help for a country to spell out its policy on this issue, one need not wait for the policy to be formulated to change one's attitudes – and accept one's reality.

Does this mean that MOH promotes its growth as advised by the World Bank and other such free market advocates? This of course depends from country to country, but whatever the decision, the private sector has to function within a framework of regulations. This is especially important for those countries that are initiating the process of privatisation. Without regulation, the interest of the society is compromised and that is not a

¹ Private sector = The for-profit private sector

desirable goal. Regulation should be enforced – in the pharmaceutical industry, in monitoring the private sector facilities and in the quality of care provided. While the last is usually left to the professional associations – experience shows that they are more concerned about protecting the professional rather than the patient.

While the above said measures are policy issues and involve mainly the Ministry of Health, what can be done at the local level to optimise the resources provided by the private sector? While again this depends from country to country, and from situation to situation, I think a good starting point is the “felt needs”; the overlap between the ‘demands’ of the private sector and the ‘needs’ of the public sector. One common demand is that of updating their knowledge. This could be a starting point for introducing rational prescribing habits, etc and ultimately lead onto an accreditation system. Yet another demand of the private practitioners is to be recognised by the State – this can be used to include them in various national programs, surveillance of important diseases, etc. Here I take the example of India’s Polio eradication campaign. When the authorities realised that achieving 100% coverage was an impossible

task and sought the help of the private sector – there was very good co-operation leading to a tremendous extension of coverage.

Yet, another agenda for collaboration is research. Health systems research by the district can be a place where the two sectors work together. For the health manager, it is a more comprehensive approach, while for the private practitioner, it is intellectually satisfying.

From this limited beginning one can gradually progress onto delegation of tasks, responsibilities, delineation of areas of interest and avoid possible areas of conflict. Thus, a system of co-ordination can be set up between the private and public sectors.

While I agree that this may sound too simplistic, the first step is definitely a change in attitude which stops looking at the private sector as opponents/competitors but as partners. And the next step is of course a dialogue between the two sectors. Some of the forums for dialogue are the local medical/professional associations; social occasions where the two meet informally; formal meetings, etc. From the dialogue, the felt needs can be identified and ... The potential is unlimited.

In Memoriam Dr Sema (CIPS 1992-93)

Le Dr Norbert Sema Hurugo est décédé le 13 septembre dans un accident d'avion dans l'Est du Congo-Kinshasa. Il voyageait de Bukavu à Uvira pour y aller visiter ses parents. L'avion a eu des problèmes lors de l'atterrissage et dans une tentative de redresser l'appareil, il a crashé sur une montagne. L'avion a pris feu et tous les 20 passagers sont morts.

Dr Sema (°1960) a terminé ses études de médecine à Kinshasa en 1987. Il a rejoint le staff du district de santé de Bwamanda pendant la même année. A Bwamanda, il a occupé successivement les fonctions de médecin de l'hôpital, de directeur de l'hôpital et de médecin chef de district. Pendant l'année académique 1992-93, il a suivi avec succès le CIPS. Après sa maîtrise il est retourné à Bwamanda en tant que coordinateur du programme de lutte contre la trypanosomiose dans la sous-région de l'Ubangui (Nord Ouest du Congo).

Son épouse et ses quatre enfants demeurent pour le moment à Bukavu. Nous nous souviendrons toujours du Dr Sema comme un médecin compétent et intègre. Son engagement pour le développement des soins de santé primaires dans son pays était exemplaire.

The 34th ICHD – Can We Meet Their Expectations?

N. Devadasan & J. Macq (tutors 1997-98)

This year's ICHD batch is unique in that it has a number of firsts. It is the first batch to have 12 women – never has the fairer sex been represented in such large numbers in the corridors of the Public Health Department. For the first time in 34 years, Japan has sent a student to the ICHD. And for the first time, we have a participant with a spouse as a tutor.

The 39 participants come from the usual 4 continents – Africa (16), Asia (12), Latin America (8) and Europe (3). Most of them are relatively young; the median age is 34 years. This young batch of doctors has various experiences between them, ranging from GPs in FLHS to policy makers at Ministry level. There is even one “Flying Doctor” – no, he doesn't fly around, but is in charge of the “Flying Doctor's” in Zambia, which apparently provides an ambulance service for the remote areas of Zambia.

During the introductory week at De Haan, the participants answered a questionnaire on how they had heard about the ICHD. It was indeed encouraging to note that a majority of them had been inspired by previous participants. However, except for Indonesia and Cameroon, this was more through individual contacts rather than established networks of the INFI/RIAC. In the above two countries, informal networks seem to be in place – though the participants could not provide any further details.

While motivation and related issues were the preoccupation of the students last year, this year financial constraints of their health services were the main concerns. This was followed by management of change, especially in countries implementing health sector reforms. Motivation of staff, collaboration with others (other levels, private sector) and technical problems were a close third. Does the ICHD have the answers to these problems? Can we meet their expectations? Only time will tell – but we are confident that this year will definitely make a difference to the lives of 39 participants and 20 staff.

Le 34^{ième} CIPS: sommes-nous à même de satisfaire leurs aspirations ?

J. Macq & N. Devadasan (tuteurs 1997-98)

Le CIPS de cette année est un « cru » unique, de par toutes ses « premières » : C'est la première fois qu'il y a 12 femmes – le « sexe faible » n'a jamais été aussi fortement représenté au CIPS... C'est la première fois, depuis 34 ans de CIPS que le Japon nous envoie une participante Et c'est la première fois qu'une participante se fait accompagner par son époux en le plaçant comme tuteur....

Les 39 participants viennent des quatre continents habituels : Afrique (16), Asie (12), Amérique Latine (8) et Europe (3). La plupart d'entre eux sont relativement jeunes : l'âge médian est de 34 ans. Leur expérience (professionnelle bien sur !) vont de médecin généraliste dans des SSPE à décideur de politique de santé au niveau central. Il y a même un « docteur volant » - non ce n'est pas Batman, mais son rôle est de couvrir les régions inaccessibles par avion.

Pendant la semaine d'introduction à De Haan, les participants nous expliquent comment ils avaient aboutis au CIPS. Il est encourageant que la plupart d'entre eux sont venus suite aux (bons) conseils d'anciens participants. Néanmoins, à l'exception du Cameroun et de l'Indonésie, la plupart ont entendu parler du CIPS à travers des contacts informels individuels plutôt qu'à travers un réseau bien établi du RIAC. Dans les deux pays susmentionnés, un réseau informel semble exister, bien que les participants ne pouvaient pas donner plus de détails.

Concernant les préoccupations des participants de cette année, les problèmes liés aux contraintes financières sont en première place, suivit par la difficulté de s'adapter aux changements, spécialement dans les pays dans lesquels un processus de réforme est en route. La (dé)motivation du personnel, la collaboration soit avec d'autres niveaux, soit avec d'autres secteurs, et des problèmes d'ordre techniques viennent ensuite.

Le CIPS apportera-t-il des solutions à ces problèmes ? Seul le temps nous le dira... Nous sommes néanmoins confidents que cette année fera une différence pour les 39 participants et les 20 membres du staff.

Participants 34th ICHD (1997-98)

ABWAIMO Francis (M), Medical officer in district , P.O. Box 30837, Mbale, Uganda
AKOH-ARREY Mathilda Echi (M), District Medical Officer, Preventive Medicine Limbe, Fako Division, Cameroon
AMENA Bushra (F), Program head, MCH-FP, NGO, P.O. Box 8080, Mirpur 1216 Dhaka, Bangladesh
APERS Ludwig (M), District level, Eksaardedorp 145, 9160 Lokeren, Belgium
BIJINGNIPius Kuwoh (M), District chief of service, Nkambe District, Nkambe, Cameroon
CHINBUAH Ernest L. Ackah (M), Group team leader Medical officers, P.O. Box M142, Accra, Ghana
DAYANG Joseph (M), District Health Service Manager, P0 BOX 620, Maroua, Cameroon
DEVADASAN Roopa (F), Director Health services - NGO-PHC, Gadalur, Nilgiris 643212, India
DRABO K. Maxime (M), Director of Malaria Program, , BP 8076, Ouagadougou 04, Burkina Faso
EYISAB ASHU-EGBE Martin (M), Medical chief at District, Hôpital de district de Meiganga, Meiganga, Cameroon
FERNANDEZ ORTIS Frank Luis (M), Director of « Santa Rosita » HC – Santa Cruz, Casilla 3341, Santa Cruz, Bolivia
HENG Thay Ly (M), MOH, No. 6 E1, Rue 23, Sangkat Chey Chum Neas, Khan Daun Penh, Phnom Penh, Cambodia
HENOCK Aloisi Mayombo Ngonyani (M), Registrar hospital, P.O. Box 9083, Dar Es Salaam, Tanzania
KUMURUR Willy H.D. (M), Chief, MCH sectionl, JL. Pasifik Indah III/67, Jayapura 99117, Indonesia
MARTINEZ Ernesto (M), Chief Department Paediatrics, Casilla 03-794, Azogues, Ecuador
McDAMIEN Dedzo (M), District Director of health services, P.O. Box 82, Keta, Ghana
MENDEZ Capobianco Alberto (M), Chief planning & coordination - Santa Cruz, CP 3739, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
MTONGA Chipayeni Chimwongo (M), Chief medical doctor; Flying Dr. Service, Box 71856, Ndola, Zambia
MYCHALEUNE Kaysone (F), Health officer - section hospital care, PPCU of Province Savannakhet, Laos
NGUYEN QUOC Hung (M), Director malaria control, 699 Tran Hung Dao Street, District 5, Hochiminh City, Vietnam
NSAHTIME-AKONDENG Linda (F), Chief Medical Officer, District level, BP 03, Nkongsamba, Cameroon
OGAWA Sumiko (F), Resp. PHC Project à Thakhek (Laos), 207 Uehara, Nishihara, Okinawa, Japan
OWINO-ONG'OR Willis Dixon (M), University Lecturer, PO. Box 5329, Eldoret, Kenya
PARENT Florence (F), Head of district and hospital, 99 Av. Chevalier Jehan, 1300 Wavre, Belgium
POZO José Braulio Mosquera (M), Coordinator of Health District, Correo Central Sucua, Sucua, Ecuador
PRAWIT LEESATAPRONWONGSA (M), Director Uthai Hospital, Uthai district, Ayutthaya 13210, Thailand
RIBKA G/HIWOT (F), District medical officer, P.O. Box 1975, Addis Abeba, Ethiopia
ROSSI Maria Mercedes (F), Assistant AIDS Coordinator – Zambia, P.O. Box 70244, Ndola, Italia
SALIM Abdul Hamid (M), Director TB & Leprosy control, PB 76, 92/Kha C.K. Ghosh Road, Mymensingh, Bangladesh
SANTA CRUZ Gallardo Walter Ignacio (M), Researcher in a project, Casilla 3644, Cochabamba, Bolivia
SANTANA GIL Vilfredo (M), Directeur national au Min de la Santé, C.P. No. 23, Sao Tomé
SANTIVARANGKANA Chalor (M), Hospital administration, Kutthum District, Yasothorn, Thailand
SINCHIGUANO LLUMILUISA Hector (M), Area one Coordinator, Abdon Calderón y Cecilia Cevallos S/N 886514, Tena Province de Nabo, Ecuador
SOMYOT KITTIMUNKONG (M), Director urban health centre, 106/1 Mahachai Soi 2, Tombon Naimaung, Amphur Maung, Nakronratchasima, Thailand
SOTO BARBA Marco Miguel (M), General practitioner, Junin 245, Urb. Rinconada del Lago, La Molina, Lima 12, Peru
SOZA Irma Andronica Lorenzo (F), Researcher PHC, Infanta No. 1158 e/Llinas y Clavel, Ciudad de la Habana, Cuba
SUCHAT Nopadol (M), Chief soc. Med. Department & assistant of chief of Buddha Chinara hosp., 305/16 Pichai Song Kram Road, Amphoe Muang – Phitsanulok, 65000, Thailand
TARIRA Elizabeth (F), District med. Officer & med superintendent - Muzarabani - district Mashonaland, P/A St. Albert's Centenary, 157/248, Zimbabwe
TSIGEREDA Kifle Wolde (F), Head of Health Service and Pharmacy, P.O. Box 1377, Dire Dawa, Ethiopia

Intégrer des activités de nutrition dans les postes de santé et au sein de la communauté dans un district sanitaire du Sénégal: Où en sommes-nous?

Dr. Ngoné Sene Touré (CIPS 1988-89, tuteur 1992-93)

Introduction

En 1994, au colloque qui s'est tenu à Huy, nous faisons état des difficultés rencontrées pour intégrer la prévention et la prise en charge des problèmes de nutrition au niveau des différents échelons du système de santé et au sein de la communauté dans le district sanitaire de Thiès. Depuis lors, plus de trois années se sont écoulées. La malnutrition est toujours un problème réel au Sénégal comme le montrent les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) effectuée en 1997. Le gouvernement a même mis en place entre temps un nouveau programme appelé Programme de Nutrition Communautaire (PNC) placé sous la tutelle du Secrétariat d'Etat à la Présidence de la République. Ce programme évolue dans quelques zones tests. Que peut-on dire aujourd'hui après trois années de recul? La stratégie était-elle pertinente? Quelles sont les réalisations? Quelles sont les chances de pérennisation des activités?

Rappel de la stratégie du projet

Il s'agissait d'intégrer des activités de nutrition à tous les échelons du système de santé et plus précisément de:

- transformer un CREN qui fonctionnait comme un îlot autonome entièrement financé par une ONG étrangère en une année annexée au centre de santé du district et gérée par l'équipe-cadre du district et d'en faire une locomotive pour le développement d'activités nutritionnelles dans tout le district. Au lieu de se substituer à l'hôpital régional en hospitalisant 24h/24h des cas de malnutrition graves et compliqués à un coût très élevé, le CREN devait être converti en un échelon intermédiaire entre les postes de santé et l'hôpital (« hôpital de jour » pour malnutritions non compliquées).
- rendre l'hôpital régional capable de prendre en charge les cas de malnutrition graves et compliqués à un coût abordable.
- rendre les postes de santé capables de dépister et de prendre en charge les cas de malnutrition dans leurs zones de responsabilité en s'appuyant sur un réseau de mères relais ;
- instaurer et entretenir au sein des communautés un dialogue sur les stratégies de prévention des problèmes nutritionnels et organiser des activités de promotion telles que la valorisation des aliments

locaux, la diversification des cultures vivrières et le développement d'activités susceptibles de générer des ressources supplémentaires pour les familles.

Bilan après 4 ans

Si on examine les réalisations du programme aux différents niveaux du système de santé, on peut relater un certain nombre d'acquis :

Au niveau du CREN

Aujourd'hui, on peut dire que certains objectifs immédiats ont été atteints. En effet, le Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) anciennement géré par l'ONG Terre des Hommes est passé sous la responsabilité de l'équipe du district depuis janvier 1995. Il n'y a plus de pédiatre en permanence au sein de la structure. Une infirmière-chef ayant une bonne expérience de la conduite d'un centre de nutrition y a été affectée. La majorité des pensionnaires passent la journée et rentrent chez eux le soir. Seules quelques mères qui rencontrent des difficultés d'hébergement passent la nuit. L'effectif du personnel a été réduit. Le nombre des animatrices a été réduit à 6. Les contrats sont signés avec le comité de santé du centre de santé et les salaires sont plus bas que ceux qu'elles recevaient avant le transfert; il y a un gardien-concierge au lieu des 3 gardiens qui se relayaient avant. Le chauffeur a été maintenu et mis à la disposition de l'équipe du district.

L'aide de Terre des Hommes se fait via le comité du centre de santé et comprend:

- des salaires (6 animatrices x 13 mois x 30 000 F = 2 340 000 F; 1 chauffeur x 13 mois x 30 000 F = 390 000; 1 gardien x 13 mois x 30 000 = 390 000 F);
- des fournitures de bureau (forfait de 100 000 pour achat de fiches de suivi), frais d'entretien et réparation (forfait de 15 000 F/mois x 12 mois = 180 000) ;
- frais de déplacements pour les animatrices (carburant 100 litres/mois ; indemnités pour restauration : 3 500 F/pers x 2 pers x 52 semaines = 728 000) ;
- primes du chauffeur (5000 F x 12 mois = 60 000) ;
- participation à la prise en charge des patients (alimentation = 1 965 000, produits pharmaceutiques = 600 000).

Les patients paient une contribution forfaitaire. Ces recettes sont collectées par le comité de santé qui doit les bloquer dans un compte bancaire. Elles devront être utilisées après le retrait total de l'appui de Terre des Hommes.

Au niveau de l'hôpital régional

Une cuisine pour la préparation de repas pour les enfants et un abri pour les discussions de groupe avec les mères ont été aménagés au niveau du service de pédiatrie. Le personnel a été formé essentiellement à travers des stages pratiques au CREN. D'autre part, le pédiatre, l'intendante et les animatrices du CREN se relayaient pour renforcer le personnel de la pédiatrie au démarrage de l'activité nutritionnelle. Un lot de médicaments a également été remis avec comme objectif d'assurer la pérennité de l'approvisionnement en médicament par un système de recouvrement de coûts. Terre des Hommes continue à fournir une ration de lait en poudre mensuelle au service de pédiatrie et depuis le départ du médecin-chef de la pédiatrie (qui s'est installé dans le privé), paie le salaire d'un pédiatre. Actuellement, la pédiatrie est en mesure de recevoir les cas de malnutrition graves et compliqués.

Au niveau du premier échelon des services de santé

Vingt-sept infirmiers chefs de poste ont été formés en deux vagues (12 + 15). La formation comportait une session théorique pour bien faire comprendre les principes, les objectifs et la stratégie d'ensemble du programme et un stage pratique au niveau du CREN pour l'apprentissage des soins et de la réalimentation d'un enfant malnutri.

Des abris ont été aménagés pour les discussions de groupe ainsi que des coins cuisines accessibles aux mères avec l'appui de Terre des Hommes. Un équipement complémentaire (toises couchées, matériel de cuisine, matériel de réhydratation orale, etc.), un lot de médicaments essentiels, des supports d'information et un montant de 100 000F pour l'achat d'un premier stock de nutriments ont été fournis aux postes de santé dont les infirmiers étaient déjà formés. D'une part, une session d'information a été organisée en direction des comités de santé. Les agents de santé communautaires des différents postes de santé et les mères choisies comme relais pour leurs villages ont été regroupées au niveau des chefs-lieux des deux arrondissements et au niveau de la commune de Thiès pour une session d'initiation, la formation devant être poursuivie sur le plan pratique par les infirmiers au sein même des postes de santé. Chacun des postes de santé où les activités nutritionnelles ont démarré reçoit une fois par mois la visite d'une animatrice du CREN qui travaille avec l'équipe et l'aide à améliorer le fonctionnement de son centre indépendamment des visites de supervision assurées par l'équipe du district.

En ce moment, neuf postes de santé dont 4 urbains et 5 ruraux sont en mesure de prendre en charge les cas de malnutrition. Deux possibilités sont offertes aux mamans. Soit la récupération se fait au poste de santé et dans ce cas, la mère doit se présenter tous les jours au niveau de la structure pour les soins et la réalimentation sous la surveillance d'un agent de santé communautaire

supervisé par l'infirmier chef de poste, soit elle se fait à domicile avec l'assistance d'une mère relais, s'il y en a dans son quartier ou son village. Un suivi est assuré par l'infirmier sous forme de rendez-vous réguliers (tous les 8 jours ou tous les 15 jours selon le cas). Un montant forfaitaire est réclamé pour la prise en charge au poste de santé pour couvrir le coût des denrées alimentaires qui sont achetées par le comité de santé sur le marché local. Le taux est variable selon les postes et est fixé d'un commun accord entre l'infirmier et le comité de santé du poste (comité de gestion). Des facilités sont accordées à ceux qui ne peuvent pas payer en une fois. Malgré cela, ce paiement pose problème surtout dans l'arrondissement de Notto où les familles ont des revenus beaucoup plus faibles que dans celui de Keur Moussen.

Au niveau communautaire

Sur les neuf postes ayant démarré des activités nutritionnelles, cinq (dont un urbain couvrant une partie rurale) animent des cases de santé et collaborent avec des mères relais dans des villages de leur zone soit au total huit (8) cases de santé et huit (8) villages dotés de relais. Il faut ajouter que, dans l'arrondissement de Notto, toutes les matrones en activités ont reçu une formation en nutrition grâce à un financement d'une autre ONG (Plan International).

Les activités génératrices de revenus et la diversification de la production vivrière dans les villages n'ont pas pu être développées comme prévu. Le socio-économiste recruté pour renforcer l'équipe cadre dans la mise en œuvre de ce volet n'est resté en fonction que pendant quelques mois. L'animation communautaire sur les problèmes nutritionnels se limite pour l'instant aux causeries organisées au moment des séances de pesées ou de récupération nutritionnelle.

Au niveau du district

Jusqu'en 1995, l'équipe du district a bénéficié de l'appui technique d'experts ayant une expérience dans la gestion de projets/programmes de nutrition. Un socio-économiste avait également été recruté pour aider l'équipe du district à dynamiser la participation communautaire et à mieux exécuter le volet diversification de la production et création d'activités génératrices de revenus. Cet appui technique a connu un arrêt brutal en 95 sur décision unilatérale de l'ONG créant une situation conflictuelle.

D'autre part, l'équipe-cadre élargie a connu plusieurs départs de personnes qui avaient participé à la conception du programme (médecin-chef du CREN, médecin-chef du district, pédiatre de l'hôpital régional) et ses réunions se sont espacées.

Un séminaire atelier animé par les experts regroupant l'équipe du district, l'ensemble des infirmiers chefs de poste et les représentants des ONG nationales et internationales présentes dans le département a été organisé. Le but de ce séminaire était d'informer, de les

amener à réfléchir sur le rôle qu'elles pourraient jouer dans la réalisation des objectifs du programme et de faciliter la collaboration ultérieure avec l'équipe du district et les infirmiers chefs de poste.

Sur le plan logistique, un véhicule a été mis à la disposition de l'équipe pour les déplacements des animatrices et la supervision depuis janvier 1996.

Discussion

On peut dire d'ores et déjà que des progrès réels ont été accomplis dans la mise en œuvre du programme puisque l'intégration du CREN dans le district est aujourd'hui effective et que celui-ci a servi de moteur pour lancer les activités aussi bien au niveau de l'hôpital régional que des postes de santé, puisque la prise en charge des cas de malnutrition grave à l'hôpital régional est instaurée, puisque neuf postes de santé sont capables de détecter et de prendre en charge les malnutris de leur zones de responsabilité et que les communautés sont impliquées, à travers les comités de santé et les comités de mamans dans la gestion des activités nutritionnelles.

Si nous faisons référence à Beghin et coll., qui, en concluant leur communication intitulée « Intervenir en Nutrition », attiraient l'attention sur plusieurs aspects à prendre en compte dans l'appréciation d'un programme de nutrition et si nous utilisons ces critères comme grille d'analyse, nous pouvons déjà tirer quelques leçons :

Sur la globalité de l'intervention

Elle a toujours été une préoccupation au moment de la conception du programme. Un modèle causal avait été fait avec un groupe très large regroupant plusieurs disciplines et sensibilités et avec l'appui de personnes ressources expérimentées. Il avait montré la nécessité, à côté des aspects cliniques de récupération nutritionnelle, d'agir sur la diversification de la production vivrière et l'amélioration des circuits d'approvisionnement en denrées à haute qualité nutritive pour améliorer leur disponibilité. Mais les mauvaises conditions climatiques (rareté de l'eau), la préférence des paysans pour les cultures de rente et leur faible pouvoir d'achat sont autant de facteurs sur lesquels le programme n'a pas su véritablement agir. Finalement, les aspects les plus développés sont ceux que maîtrisent les techniciens de santé à savoir éducation nutritionnelle et prise en charge de cas détectés.

Sur la participation communautaire

Elle se fait à travers le cadre formel des comités de santé mais aussi et surtout à travers les comités de mamans; moins officiels mais plus directement concernés et plus motivés.

Elle est fortement stimulée par les techniciens qui, devant la complexité du problème de la malnutrition, sentent qu'ils ont besoin d'interlocuteurs.

Par ailleurs, dans la dispensation des soins aux malnourris, le personnel communautaire joue un rôle important vu les effectifs réduits en personnel qualifié. Beaucoup d'espoir repose également sur la capacité des mères relais à encadrer leurs pairs et à servir de courroie de transmission entre les techniciens et les populations, mais leur faible nombre et le peu de recul n'autorisent pas à se prononcer sur le succès et la pérennité de cette option stratégique. L'utilisation de relais dans d'autres programmes de santé (Planification Familiale) a montré qu'il était difficile d'entretenir leur motivation sur une longue période.

Sur le coût efficacité du programme

On peut affirmer sans trop se tromper que les coûts ont baissé si on tient compte du fait que le système fonctionne avec moins de personnel : au lieu de deux pédiatres (un au CREN et un à l'hôpital régional), il y en a un seul basé à l'hôpital et qui fait des consultations externes périodiques au CREN ; l'effectif du personnel paramédical, des animatrices et du personnel de soutien est également réduit. Mais on réalise que ce sont les animatrices les plus anciennes, les plus compétentes qui ont quitté suite à la réduction des salaires. On peut donc craindre une certaine baisse de la qualité de la prise en charge des cas au niveau du CREN et donc une baisse d'efficacité. Cet aspect devrait faire l'objet d'une étude approfondie ultérieurement.

Sur la pérennité des actions entreprises

L'option d'intégration des activités nutritionnelles dans le système de santé public offre en elle même des chances de pérennisation. La plupart des dépenses faites par l'ONG au niveau de l'hôpital et des postes de santé sont des dépenses d'investissement (formation, mis en place de stocks de vivres et de médicaments de démarrage, aménagement de locaux). Cependant, dans certaines localités, à cause du faible pouvoir d'achat des populations, le recouvrement des coûts est très partiel avec le risque d'une érosion progressive des stocks si d'autres mécanismes de financement ne sont pas identifiés.

La structure la plus immédiatement menacée par retrait de l'ONG est le CREN, mais on peut dire que la dévolution du CREN est inhérente à la stratégie du programme. Une partie de ses fonctions sont reprises par les postes de santé et l'autre partie par l'hôpital régional. Néanmoins, vu le faible nombre de postes de santé fonctionnels du point de vue des activités nutritionnelles et le rôle du CREN dans l'encadrement des ICP, des ASC et des mères relais, il est prématuré d'envisager sa fermeture. Or, le comité de santé du centre de santé, malgré les recettes « épargnées », pourra difficilement faire face aux charges en personnel de la structure. Une réduction du personnel et de la capacité d'accueil est à envisager.

Sur la qualité de la communication sociale en nutrition

Cet aspect est à remettre en rapport avec celui de la participation communautaire évoquée plus haut. Une vraie dynamique d'échange sur les problèmes nutritionnels n'est pas encore instaurée, du moins à une échelle où elle pourrait induire des changements notables. L'éducation nutritionnelle occupe encore une grande place, car la plupart des professionnels de santé, malgré ou à cause de « formations » brèves et ponctuelles en communication, n'ont pas encore compris la différence entre la délivrance de messages stéréotypés sur un thème donné et le dialogue permanent avec un groupe pour comprendre ses choix et ses motivations profondes et l'aider à trouver des alternatives satisfaisantes.

Conclusion

Le programme de nutrition du district de Thiès, s'il est pertinent dans ses options stratégiques, n'a pas pour autant atteint sa vitesse de croisière quatre ans après son démarrage. Ceci nous reconforte dans l'idée que l'intégration doit toujours être envisagée sur le moyen ou le long terme. Au-delà de cela, on doit garder à l'esprit qu'aucun acquis n'est définitif : il faut assurer la qualité technique par le recyclage et la supervision, il faut trouver des moyens pour maintenir la motivation des différents acteurs et il faut imaginer des mécanismes de financement alternatifs pour éviter que les frais à payer pour accéder aux services ne soit un frein à leur utilisation par les populations bénéficiaires.

Les professionnels de santé ont tendance à ne développer que les aspects dans lesquels ils se sentent « à l'aise » c'est à dire les soins directs aux cas avérés négligeant ainsi des aspects qui pourtant ont plus de potentiels d'attaquer le mal à la racine. Une collaboration avec les autres secteurs de développement ainsi que les ONG travaillant à la base pourrait aider à combler cette lacune. Le séminaire organisé pour les ONG présentes dans le district ne semble pas avoir permis d'instaurer une collaboration durable et effective. Il serait bon d'étudier les obstacles à une telle collaboration afin de les lever au plus vite. Les nouvelles dispositions prises par la Ministère de la Santé concernant l'intervention des ONG dans les programmes de santé pourraient constituer une amorce de solution si elles sont bien acceptées.

Il reste que l'apparition dans le contexte d'un élément nouveau comme le Programme de Nutrition communautaire (PNC), vaste programme soutenu par la Banque Mondiale d'un coût global de plusieurs milliards de francs CFA qui en est encore à une phase expérimentale mais qui à terme devra couvrir l'ensemble du territoire, ne manquera pas d'influer sur le devenir du présent programme. L'option fondamentale du PNC est d'agir en collaboration avec des associations de jeunes et/ou de femmes ce qui autorise à espérer que les actions qui seront développées seront complémentaires à celles qui se mènent déjà dans le district. Nous aurons peut-être à en juger dans un proche avenir.

Summary

Notwithstanding the development of various nutritional programs, child malnutrition remains an important problem in Senegal. In 1993, an experimental program was started in the Thies District to reduce the incidence of maternal and child malnutrition through integration of an NGO-supported program into the District Health Care system. Four years later, it appears that the program has not yet reached full development. However, some structural results have been achieved: reduction of costs by reduction of personnel, structural integration of the program under the responsibility of the district health care team, training of personnel, integration of nutritional activities on first health care level, equipment and development of infrastructure, more adequate hospital care for severe malnutrition, better care of nutritional problems at first health care level, and financial participation of health care consumers. The difficulty to maintain long-lasting motivation of village volunteers has been confirmed. While cost of the program has been reduced through the reduction of the number of personnel and the level of salaries, the most competent and most experienced 'animatrices' left the program. Notwithstanding a certain level of cost recovery, financial continuity of the program will become doubtful once the NGO financing will end. In spite of repeated training-sessions the health personnel did not yet grasp the difference between stereotyped communication and continuing dialogue in order to understand the underlying motivations of the population. Although during a causal model analysis, the need for diversification of food-production and improvement of distribution of nutritional high quality food, had, from the very beginning, been found to be very important factors, the program has not been able to tackle problems of drought and farmer's preferences for cash-crops.

As a conclusion, it may be said that four years of program activities confirm that integration has to be conceived as a long-term goal. It appears also that the most developed activities are those where the health technicians feel to be most at ease, e.g. direct medical care, while they tend to neglect those aspects most apt to tackle the problem at its very basis. Collaboration with other development sectors and local NGOs could be an important help in tackling the problem of malnutrition.

Sujets des thèses du 33^{ème} CIPS (1996-97)

Reyes Tigse Carlos (Ecuador). La continuité intra-épisode des soins dans le district rural Morona – Equateur. **Guigni Bernard (Bénin).** Processus et problèmes des références dans le district de Quidah au Bénin. **Caboré W. Joseph (Burkina Faso).** Problématique de la décentralisation et de l'intégration des activités du programme national de dévotion (lutte contre l'onchocercose) au Burkina Faso. **Assogba A. Laurenta (Bénin).** Intégration des activités de distribution de l'ivermectine dans les centres de santé. Quelles approches pour le Bénin ? **Abessouguie Ibile (Cameroun).** Le système de référence contre référence dans le fonctionnement du système de santé de district de Bogo. **Guevara Daysy (Nicaragua).** Consultation curative dans le Sialis Chontalis (Nicaragua). **Sebaganji Marc (Rwanda).** Proposition d'une approche multidimensionnelle dans la lutte contre la dysentérie bacillaire au Rwanda. **Niangue Joseph (Côte d'Ivoire).** Programme national de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Quelle opérationnalité dans l'actuel système de santé ? **Khayeche Fethi (Tunisie).** Nous et les diabétiques faisons le chemin ensemble (problématique du niveau de la prise en charge). **Valencia Vasquez P.G. (Peru).** L'analyse opérationnelle du programme de contrôle de la tuberculose dans un district sanitaire du Pérou. **Hamidine Mahamane (Niger).** Le contrôle des maladies cibles prioritaires du PEV : un défi impossible à relever par les services de santé actuels du Niger. **Kaba Sétou (Guinée).** Intégration opérationnelle de la planification familiale dans les activités du centre de santé, de l'intention à l'action. **Michaux Geneviève (Belgique/ Guinée).** Eléments d'évaluation des programmes de santé maternelle. Essoufflement de l'IMSR dans le district de N'Zérékoré : défauts conceptuels ou organisationnels. **Encinas J. Leoncio R. (Bolivia).** Couverture prénatale et obstétricale dans l'aire de santé de Cotoca – Bolivia. **Rezende Menezes A.F. (Guinée Bissau).** Analyse du programme de réduction de la mortalité maternelle mis en place dans le district sanitaire de Gabou-Guinée – Bissau. **Dani Rached (Tunisie).** Efficience des maternités périphériques dans un système décentralisé dans la région sanitaire de Tozeur (Tunisie). **Goana Valentin (Centrafrique).** Rôles des régions sanitaires et du niveau central dans l'opérationnalisation des districts sanitaires en République Centrafricaine. **Ouedraogo Issa Boni (Burkina Faso).** Continuité des soins en milieu urbain : quel rôle pour l'hôpital de district. Cas de la ville de Ouagadougou - Burkina Faso. **Espada Teran Antonio (Bolivia).** Amélioration de la qualité des soins du service de pédiatrie de l'hôpital materno-infantile de la ville de Cochabamba – Bolivie. **Hoérée Tom Francis (Belgique/ Zimbabwe).** Evaluation d'un projet de renforcement de la gestion de district sanitaire (Murewa) au Zimbabwe. **Dechène Benoît (Belgique/ Burkina Faso).** Etude de la place des directions régionales dans la décentralisation des services de santé au Burkina Faso. **Domingui Mathurin (Congo).** Réorganisation du service du triage d'hôpital de Makelekele (Brazzaville), Congo. **Inrombe Jermias (Cameroun).** Approvisionnement rationnel en médicaments essentiels : étude d'un modèle dans la province de l'extrême-Nord du Cameroun. **Emeka Jean Claude (Congo).** Réorientation des activités de l'hôpital général du 31 juillet d'Owando dans la Cuvette. **Loussambou Antoine (Congo).** Stratégie globale de rationalisation de l'hôpital régional de Kinkala (Congo) afin qu'il se réoriente en hôpital de premier recours. **Solomanpionio A. R.F. (Madagascar).** L'hôpital : clarification de sa nécessité. **Zioko M. François (Zaïre).** Etude de la proposition d'une assurance-maladie à l'hôpital général de référence de Actrie comme plan de viabilité financière. **Yacouba Harouma (Niger).** Conditions pour la mise en place d'un système de recouvrement des coûts des soins de santé dans un centre de santé urbain (Ville de Niamey-Niger). **Traoré Namory M. (Mali).** Analyse d'un système d'assurance maladie mis en place dans un 1^{er} échelon dans le district sanitaire de Niono au Mali. **Dung Nguyen Tien (Vietnam).** Surcharge de l'hôpital: un point de départ pour la rationalisation du système de santé de district dans sa totalité. **Magassa Nama (Mali).** Financement de la référence/ Evaluation dans le contexte d'un système de santé intégré : cas du district sanitaire de Bla. **Papa Ernesto (Argentine/ Bénin).** Les conditions pour qu'un hôpital privé à but social puisse devenir l'hôpital de référence dans un système de santé de district sans perdre son identité et en assurent sa viabilité financière. Le cas de l'hôpital Sounor Sero de Nikki, Rép. De Benin. **Berkel Marcel (Pays Bas/ Uganda).** Les uns et les autres. Les conditions de la coopération des secteurs privé et public. Le cas de Kabarole – Ouganda. **Tano-Bian Aka (Côte d'Ivoire).** La participation communautaire dans les centres de santé urbains : l'exemple du projet santé Abidjan en Côte d'Ivoire. **Van Dessel Patrick (Belgique/ Malawi).** Encombrement de l'hôpital qui offre les soins de base: cas d'étude pour recherche-action pour Salima, Malawi. **Samake Salif (Mali).** Plan de couverture sanitaire et négociation avec la communauté. **Gavilanez Kleber T. (Ecuador).** Le service civil : étude sur la présence des jeunes professionnels dans le district Puyo. **Zemzoumi M. (Maroc).** La continuité des soins au niveau du district de Sidi Kacem. **De Munck Paul (Belgique).** Les sylos (système local de santé) : un nouveau modèle pour une meilleure collaboration entre médecin généralistes et médecins spécialistes en Belgique? **Derenoncout Herby (Haïti).** Pistes d'opérationnalisation des unités communales de santé en Haïti. **Miette Jean C. (Congo).** Formuler une stratégie de reproduction du modèle de système de santé de district sanitaire de Dolisie au district voisin de Massendjo dans la même région sanitaire. **Bounyarith Phin Nho (Laos).** La supervision régulière au niveau du centre de santé de Thasano, comme outil de formation du personnel.

Mail Survey Preliminary Results : We Are Not Only 'Homo Economicus' But ...

The objective of our survey: to illustrate in order to induce a change

As for many health professionals, ex-ICHHD participants have to cope with difficult situations. For example, they may have to cope with a lack of stability of manpower related to the strong political influence on the health services. Another example is the imbalance which can exist between selective programs over-financed by external donor agencies and basic health services left aside, leading to a very frustrating dis-integration of health services.

Amongst all these difficulties, economic hardship is often a strong source of frustration. In that context, health professionals are confronted with two, often contradictory types of logic: fulfilling their social role as health professionals and meeting their basic socio-economic aspirations. Concretely, when working conditions are not compatible with socio-economic aspirations, health professionals tend to develop strategies to cope with that situation (informal fees in public services, diversification of activities outside official duties...). These strategies can not be ignored by health managers because of the impact they have on the functioning of the health services.

To be able to develop relevant answers to this phenomenon, it is important to go beyond moral or defeatist approaches. A first step is to objectively illustrate these strategies in order to allow a shift from an emotional to a rational reaction.

For that purpose, we have analysed this phenomenon from different angles. Amongst others, the economic logic and the logic followed to organise health services are of interest.

Various projects on this issue have been developed in the department of public health of the institute of tropical medicine of Antwerp. Roenen et al (1996) published the results of a series of interviews done amongst participants to various international courses in Antwerp and in Portugal. Since the end of 1996, a research project funded by EU has attempted to better understand these professional strategies, their consequences and their determinants in two specific countries, South Africa and Mozambique².

Les résultats préliminaires de l'enquête postale : nous ne sommes pas seulement 'homo economicus' mais...

L'objectif de notre enquête : illustrer pour induire un changement

Comme beaucoup de professionnels de santé, les anciens participants du CIPS doivent faire face à des situations difficiles. Cela est du, notamment à l'instabilité du personnel lié à la politisation des services publics, au sur-financement de programmes spécifiques par des bailleurs de fonds aboutissant à une dés-intégration des services de santé ...

Parmi ces difficultés, l'insécurité économique n'est pas la moindre. Dans ce contexte, les professionnels de santé sont confrontés à deux logiques souvent contradictoires : remplir leur rôle social en temps que professionnels de santé et satisfaire leurs aspirations socio-économiques. Concrètement, face à des conditions de travail incompatibles avec leurs aspirations socio-économiques, ils tendent à développer différentes stratégies de compensation (payements informels dans les services publics, diversification des activités en dehors du travail officiel ...). Ces stratégies ne peuvent être ignorées par les gestionnaires parce qu'elles ont un impact sur le fonctionnement des services de santé.

Pour pouvoir répondre de manière pertinente à ce phénomène, il est important de dépasser les clichés moralisant ou défaitistes. Une première étape est de pouvoir objectiver de manière concrète ces stratégies et de permettre de passer d'une réaction émotionnelle à une réaction rationnelle.

Pour ce faire, nous tentons d'analyser ce phénomène à travers différentes logiques dont, notamment, la logique économique et la logique que nous suivons dans l'organisation des services de santé.

Ceci a été et est fait dans trois projets s'insérant dans un même contexte. Roenen et al (1996) ont publié les résultats d'une série d'interviews conduits auprès de participants Africains à différents cours internationaux au Portugal et à Anvers. Depuis la fin 1996, un projet de recherche financé par l'Union Européenne, tente de mieux comprendre les stratégies individuelles développées par les professionnels, leurs conséquences et leurs déterminants en Afrique du Sud et au Mozambique¹.

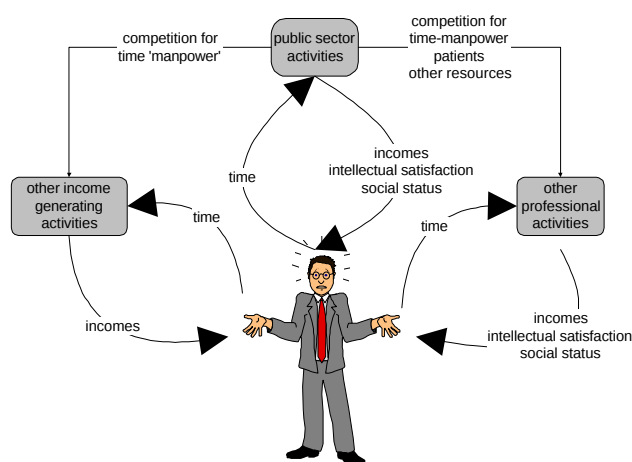
² INCO-DC project "health sector reform: coping strategies and professional identity of primary health care clinicians in Mozambique and South Africa"

Finally, in May 1997, we sent questionnaires to former participants of the ICHD. The objective is to illustrate the economic logic behind the choice of activities, being professional or other. For that purpose, we want to quantify the investment of time and the material benefit obtained from these various activities. In addition, we want to illustrate the conditions (legal, economic...) in which the choice of activity is made.

The first hypothesis we formulated, in an economic logic, is that the various activities are spread between public sector and other sectors. Because they are important enough, in term of time-manpower and of individual incomes, they become an important factor of exchanges between these sectors. In other words, by permanently switching from one to another sector, health professionals transfer patients from public to private, use time and sometimes other public resources to develop activities allowing them to meet their (economic) expectations (figure 1).

A second hypothesis we formulated is that there are activities in which health professionals invest, regardless of the potential material benefit and the economic environment.

Figure 1. An economic perspective: the health professional at the centre of exchanges between various sectors.



We have now completed the first round of this survey. We think that the INFI Newsletter is a good occasion to submit to you the preliminary results. They reflect the professional 'life' of our peer. For that reason, it should be a good basis for a healthy reflection on the (negative but also positive) consequences of our professional choices.

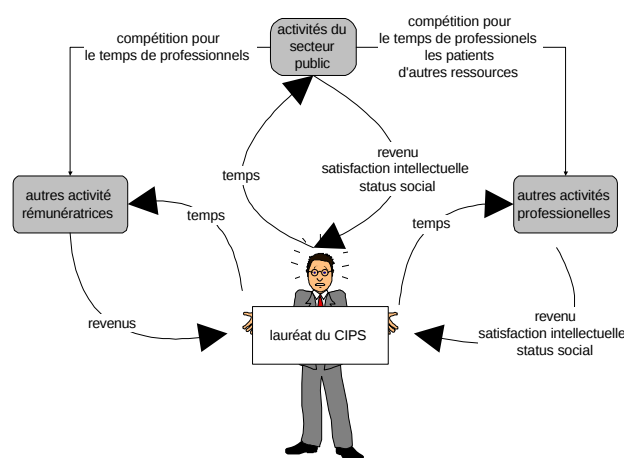
Several other interesting pieces of information coming out of this survey (mainly regulatory aspects and other qualitative information) are still to be disseminated. This will be done in a later stage.

Finalement, en mai 1997, nous avons envoyé un questionnaire aux anciens participants du CIPS. L'objectif est d'illustrer la logique économique motivant le choix d'activités professionnelles ou autres. Pour cela, nous voulons quantifier l'investissement en temps et le bénéfice matériel obtenu de ces différentes activités. D'autre part, nous voulons illustrer les conditions (légales, économiques...) dans lesquelles le choix d'activités se fait.

Dans la logique économique, nous avons fait l'hypothèse que les différentes activités prennent place dans le secteur public mais aussi dans d'autres secteurs. Du fait qu'elles sont suffisamment importantes, en terme de temps qui y est consacré et en terme de bénéfice qui est obtenu, elles deviennent un facteur majeur d'échanges entre le secteur public et les autres secteurs. En passant constamment d'un secteur à l'autre, les professionnels de santé peuvent transférer des patients du secteur public vers le privé, utilisent éventuellement de leur temps de travail et parfois, d'autres ressources allouées au secteur public (figure 1).

Une deuxième hypothèse est que, il existe des activités dans lesquelles les professionnels de santé investissent, même bénéfice matériel qu'il apporte est négligeable et quel que soit l'environnement économique.

Figure 1. Une approche économiste: les professionnels de santé au centre des échanges entre différents secteurs.



Nous avons complété la première partie de cette enquête. Nous pensons que le bulletin du RIAC est une bonne occasion de vous en soumettre les premiers résultats. Ils illustrent la 'vie professionnelle' de nos pairs et devraient être une bonne base d'une réflexion saine sur les conséquences (positives et négatives) de nos choix professionnels.

Beaucoup d'autres informations intéressantes doivent encore être disséminées (principalement sur des aspects qualitatifs et des informations en rapport avec les mécanismes régulateurs). Ce sera fait dans un deuxième temps.

Response

We sent the questionnaire to 510 former ICHD participants. On 1 October 1997, twenty percent of the people (101 persons) had responded to the questionnaire, and (at least) six percent of the questionnaires did not reach their destination. The respondents' countries have been plotted on the map below (figure 2) and the year they completed the ICHD is indicated on figure 3.

The low proportion of respondents does not allow us to make definitive conclusions. Indeed, it is likely that the sample analysed has a strong (selection) bias. However, the preliminary result raised a series of hypothesis as listed below.

Réponses

Nous avons envoyé le questionnaire à un total de 510 anciens participants au CIPS. Au 1er octobre 1997, 20% (101 personnes) avaient répondu au questionnaire, et (au moins) 6% des envois ne sont pas arrivés à leur destinataire. Les pays des répondants ont été indiqués sur la carte du monde (figure 2) et l'année de fin du CIPS est indiquée à la figure 3.

Le faible taux de répondants ne permet pas de conclure de manière définitive. En effet, il est probable que l'échantillon analysé ait un important biais de sélection. Néanmoins, les résultats préliminaires soulèvent une série d'hypothèses, mentionnées ci-dessous.

Figure 2: Countries where respondents are working. Figure 2: Pays où travaillent les répondants.

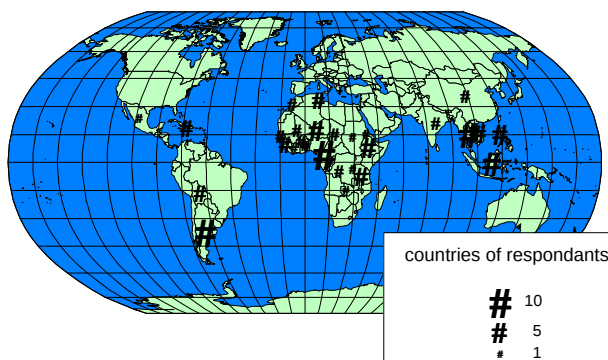
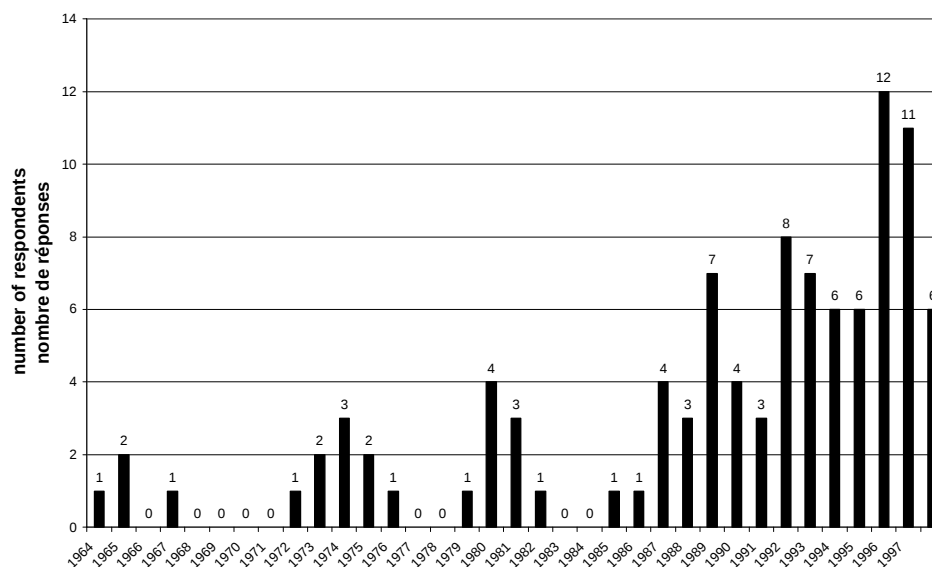


Figure 3: Year of finishing ICHD Figure 3: Année de promotion du CIPS



Preliminary results

Figure 4 presents the various professional and income generating activities as well as the mix of activities declared by the respondents. At this stage, we have consolidated five main categories represented in this graph:

- Activities performed in public services (87 out of 101 respondents)
- Clinical private practice (33 out of 101 respondents)
- Consultancies (40 out of 101 respondents)
- Teaching activities (70 out of 101 respondents)
- Other income generating activities (29 out of 101 respondents)

For each of the categories of activities, we have looked at the proportion of the total working time spent on it by respondents and the proportion of the total revenue obtained from it. That gives an indication of the individual investments and benefits linked with these activities.

In order to summarise the information, we have categorised the proportions (of time and of revenue). This categorisation is arbitrary and not based on respondents distribution (population of respondent is still too small).

Figure 4: What do respondents have as professional activities and income activities? ("n" represents the number of respondents declaring a specific activity)

Résultats préliminaires

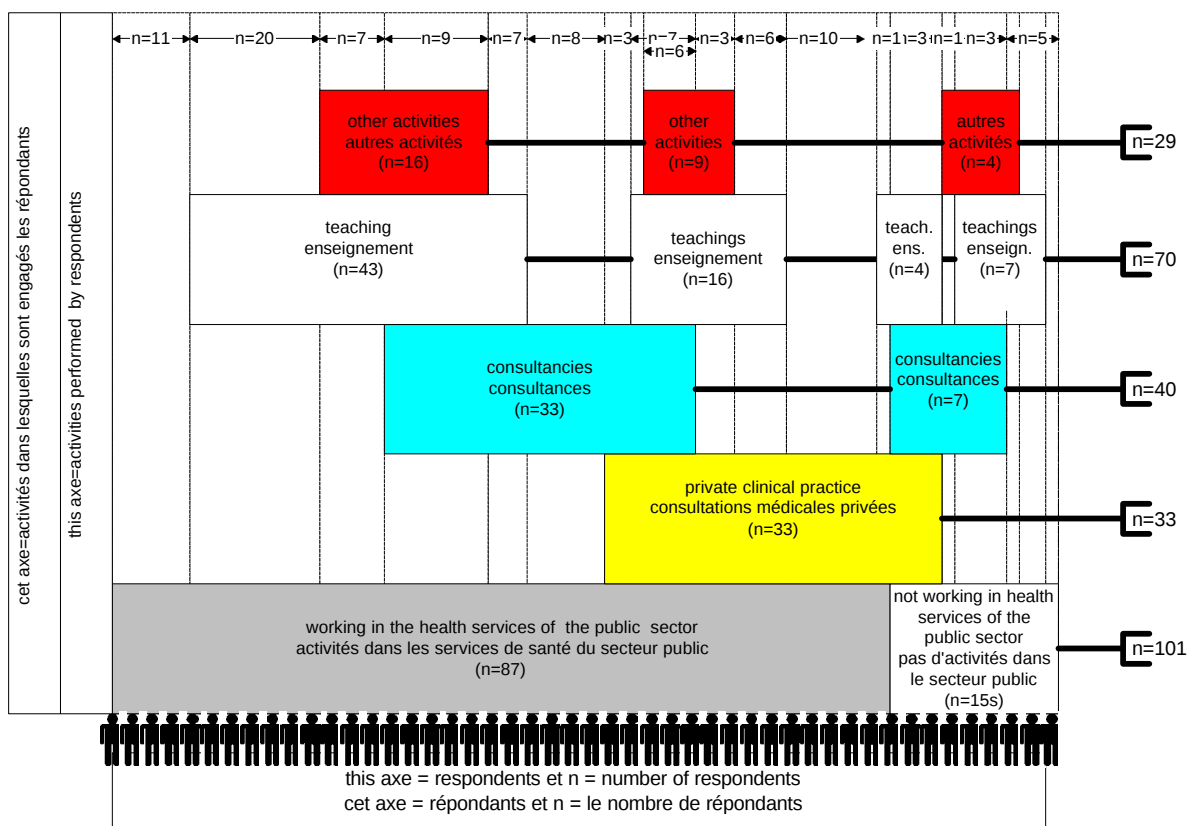
Les différentes activités professionnelles et/ou génératrices de revenu accomplies ainsi que le mix d'activités par répondants sont représentés à la figure 4. A ce stade, nous avons synthétisé cinq catégories d'activités représentées sur ce graphe:

- Les activités accomplies dans les services publics (87 sur 101 répondants)
- La pratique clinique privée (33 sur 101 répondants)
- Les consultations (40 sur 101 répondants)
- Les activités d'enseignement (70 sur 101 répondants)
- Les autres activités génératrice de revenus (29 sur 101 répondants)

Pour chacune des catégories d'activité, nous avons mesuré la proportion du temps de travail total qui y est consacrée et la proportion du revenu total qui en est obtenu.

De manière à résumer ces informations, nous avons catégorisé les proportions (de temps et de revenu). Cette catégorisation n'est pas basée sur la distribution des répondants et est donc arbitraire (la population des répondants est encore trop petite).

Figure 4: Quelles sont les activités dans lesquelles sont engagées les répondants? (« n » représente le nombre de répondants accomplissant une activité spécifique)

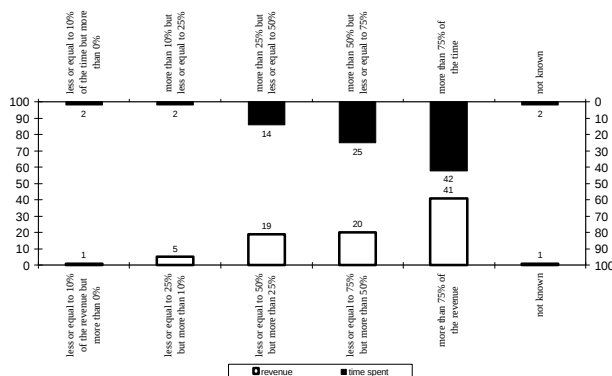


Working in the public sector is a reality for the huge majority of respondents (87 over 101) :

Often, they have several professional and other income generating activities

Half of the respondents (43 out of 87) working in the public sector spend less than 75% of their working time in these services (figure 5). Almost all respondents (76 over 87) do have other activities beside their duties in the public sector (figure 4). The proportion of the total revenue obtained from the public sector by respondents is relatively similar to the proportion of the total working time spent there. (see figure 5)

Figure 5: Proportion of the working time spent in public sector and proportion of the total revenue obtained from public sector by respondents.



A majority of respondents working in the public sector have several sources of income.

Only 16% (14 out of 87) of the respondents working in the public sector had just one source of income (Table). All the others have from two, up to five different sources of income.

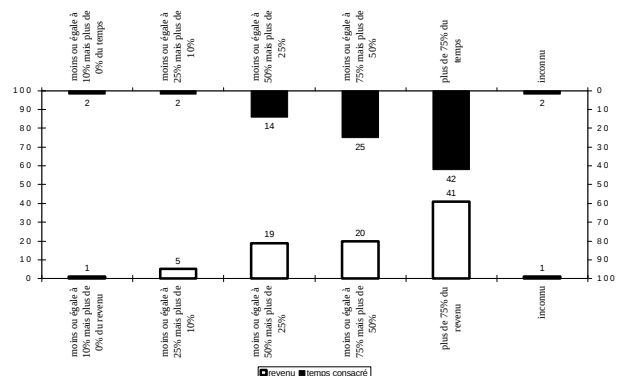
Table	Number of respondents working in public services
5 different sources of income	3
4 different sources of incomes	12
3 different sources of income	24
2 different sources of income	27
Public service revenue as only source of income	14
Total of the respondents working in public sector	87

Travailler dans les services publics reste une réalité pour la toute grande majorité des répondants (87 sur 101):

Ils ont souvent de nombreuses activités professionnelles et/ou rémunératrices

La moitié des répondants (43 sur 87) travaillent dans le secteur public moins de 75% de leur temps de travail (figure 5). Presque tous les répondants travaillant dans le secteur public (76 sur 87) ont des activités en dehors de celles du secteur public. La proportion du revenu total obtenu du secteur public est, en moyenne, relativement similaire à la proportion du temps de travail passée dans ce secteur (figure 5).

Figure 5: Proportion du temps de travail passé dans le secteur public et proportion du revenu obtenu du secteur public.



La majorité des répondants travaillant dans le secteur public ont plusieurs sources de revenu.

Seulement 16% (14 sur 87) des répondants travaillant dans le secteur public ont une seule source de revenu (Tableau). Tous les autres en ont entre deux et cinq différentes.

Tableau	Nombre de répondants travaillant dans le secteur public
5 différentes sources de revenu	3
4 différentes sources de revenu	12
3 différentes sources de revenu	24
2 différentes sources de revenu	27
Revenu du secteur public comme seule source	14
Total des répondants travaillant dans le secteur public	87

Public sector revenue is highly variable

The search for supplementary sources of income might be related with the inability of public sector revenues to keep up living standards. This could not be confirmed through the responses. Indeed, in order to compare the level of the public revenue (salary + various incentives) amongst respondents, we expressed it in US dollars and as a proportion of the GDPPP per capita³. In both cases, we found huge variability between reported public revenues.

These elements are summarised in figure 6.

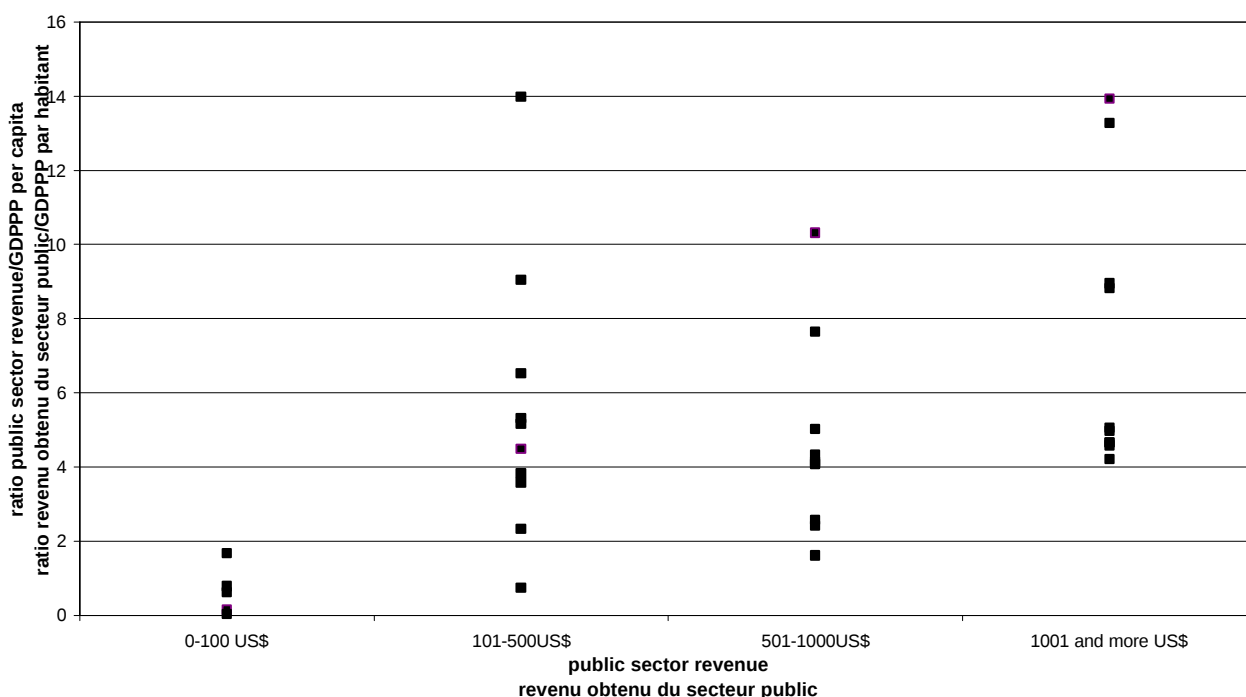
Figure 6: Public sector revenue of the respondents working in public sector, expressed in US\$ and as a ratio with the GDPPP per capita

Il existe une grande variabilité dans les revenus obtenu du secteur public

La quête de sources supplémentaires de revenu est souvent supposée être liée à un revenu du secteur public insuffisant pour assurer un niveau de vie acceptable. Ceci n'a pu être confirmé par les réponses obtenues jusqu'à présent. En effet, de manière à comparer les niveaux de revenus (salaire et autre formes de rémunérations) obtenus du secteur public par les différents répondants, nous les avons exprimés en US\$ et en proportion du GDPPP par habitant². Dans les deux cas, nous avons trouvé une grande variabilité entre les différents revenus.

Ces informations sont résumées par la figure 6.

Figure 6: Revenu du secteur public obtenu par les répondants, exprimé en US\$ et comme ratio du GDPPP par habitant



³ The GDPPP (gross domestic product adjusted to the purchasing power parity) per capita is an indicator of the average level of revenue in a country.

Le GDPPP (produit intérieur brut ajusté au pouvoir d'achat) par habitant, est un bon indicateur du revenu moyen dans un pays donné.

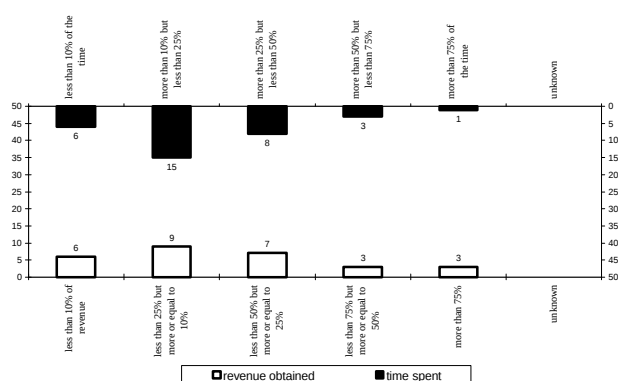
Clinical private practice is a source of income for 1/3 of the respondents

Amongst the respondents, 33 out of 101 (33%) do clinical private practice. Of these, 21 out of 33 (62%) do have public sector clinical activities as well.

This practice is particularly frequent amongst respondents from Latin America (10 out of 17 responses or 59% of Latin American respondents).

As illustrated in figure 7, when respondents have clinical private practice, they usually spend to these activities more than 10% of their working time. Furthermore, this activity is a substantial source of revenue (more than 10%) for the majority of the people practising them

Figure 7: Proportion of the working time spent on and proportion of the revenue raised from private clinical practice by respondents



Almost half of the respondents do consultancies financed by international development agencies

Amongst respondents, 40 out of 101 (40%) do consultancies. Of these, 33 work in the public sector (Figure 3). As shown in figure 8, the time spent to do consultancies is on average, much less than the time spent on clinical private consultations. Also, this activity is more often performed by respondents from Africa and to a lesser extent by these from Asia.

The revenue raised from it is not negligible (more than 10%) for 1/3 of them (Figure 8). However, it is less important than what is raised through private clinical practice.

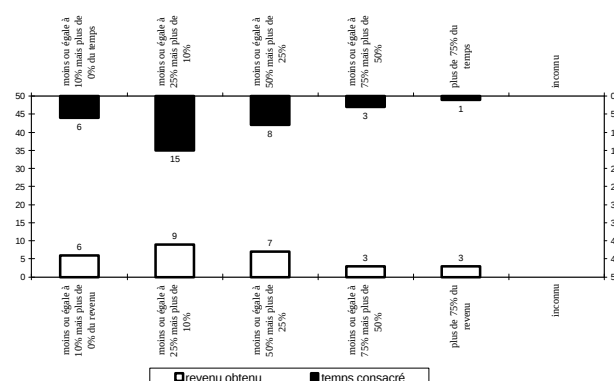
La pratique clinique privée est une source de revenu pour 1/3 des répondants

Parmi les répondants, 33 sur 101 (33%) ont une pratique médicale privée. De ceux-là, 21 sur 33 (62%) ont également une pratique clinique dans le secteur public.

La pratique clinique privée est particulièrement prévalent parmi les répondants d'Amérique Latine (10 sur 17 répondants ou 59%).

Comme illustré à la figure 7, quand les répondants ont une activité clinique privée, ils y consacrent d'habitude plus de 10% de leur temps de travail. De plus, cette activité est une source substantielle de revenu (plus de 10%) pour une majorité de ces répondants.

Figure 7: Proportion du temps passé à une pratique médicale privée et proportion du revenu obtenu de cette pratique



Près de la moitié des répondants font des consultancies financées par des agences internationales

Parmi les répondants, 40 sur 101 (40%) font des consultancies. De ceux-là, 33 travaillent dans le secteur public (Figure 3). Le temps passé à faire des consultancies est, en moyenne bien moindre que le temps passé à pratiquer de la clinique dans le privé par ceux qui le font (Figure 8). De plus, ce type d'activité est bien plus souvent accomplis par des répondants d'Afrique et, dans une moindre mesure, d'Asie.

Les revenus qui sont obtenu de consultance n'est pas négligeable (plus de 10%) dans 1/3 de ceux-ci (Figure 8). Néanmoins, ils sont moins importants que ce qui est obtenu à travers une pratique privée.

Figure 8: Proportion of working time spend to do consultancies and proportion of the total revenue raised from it by respondents.

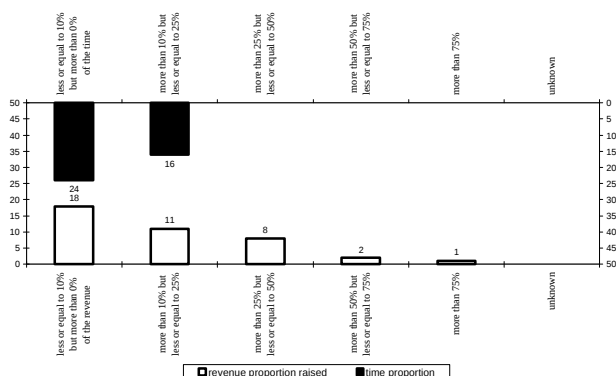
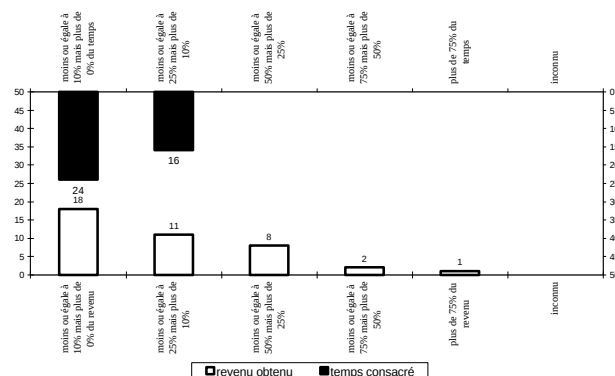


Figure 8: Proportion du temps de travail passé à des consultancies et proportion du revenu obtenu de cette pratique.



Teaching activities: another reason to do it than just to complement revenue?

The majority of the respondents (70 over 101) has teaching activities. For most of them, time spent on it remains below 25% of total working time. In addition, this activity does not raise any revenue for a majority of them (Is it because it is part of public sector duties?) (figure 9). Therefore, the motivation to do it could be other than financial.

Les activités d'enseignement: une autre motivation que financière?

Majorité des répondants (70 sur 101) ont des activités d'enseignement. Pour la plupart d'entre eux, le temps qui y est consacré, reste en dessous de 25% du temps de travail. De plus, cette activité ne rapporte aucun avantage financier pour la majorité d'entre eux (est ce parce que cela fait partie du travail dans le secteur public?) (figure 9). La motivation pour faire de l'enseignement serait donc autre que financière.

Figure 9: Proportion of the working time spent on teaching activities and proportion of the total revenue raised from it.

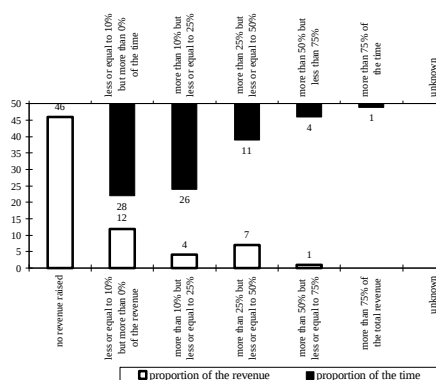
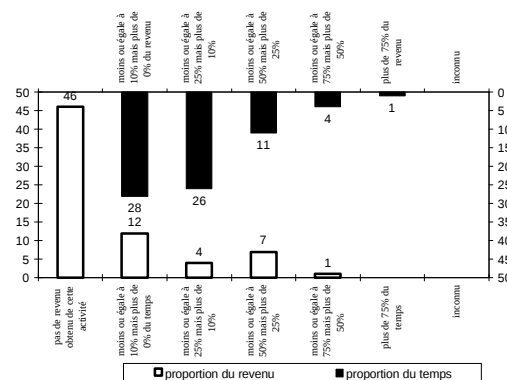


Figure 9: Proportion du temps de travail passé à des activités d'enseignement, et proportion du revenu obtenu de cette pratique.



Non professional activities as a way to raise revenue

Sixteen out of 101 respondents have income generating non-medical activities. They are in a majority related to agriculture and business, but computer school or book writing are mentioned as well.

A huge majority (13 over 16) are respondents from sub-Saharan Africa. That might be related to the reduced range of professional opportunities with acceptable income in these countries.

Preliminary conclusions

Some partial conclusions can be made of these results. First, the situations are highly variable, as shown by public sector revenue: Some of us live in a very difficult situation, and others are much more comfortable.

Looking at the reason for the choice of activities, it is clear that motivation is not always and only financial: even if teaching activities do not bring specific income, most of the respondents do it.

On the other hand, it could be difficult for the respondents having private clinical practice, public sector activities or consultancies as a part-time activity, to abandon it. Indeed, usually, revenues generated from it are not negligible.

Finally, looking at the mix of activities performed in various sectors, respondents are in a central situation regarding the interaction between public and private.

If we accept that several health professionals will continue to have a great mix of activities, it is necessary to identify the good ways to do it.. Indeed, these activities can have a devastating effect on the provision of care with public finalities, for example by deviating patients and resources to the private sector. The same activities can, however, have a beneficial effect, by allowing, for example, to have another vision of health service functioning.

Local experience exist whereby regulation of these practices have benefited health professionals and the population. Our aim is not to discuss it at this stage. However, we think that, on the base of the first results, a regulatory approach only based on an economical logic (increase revenue and control performance) can not succeed.

We will soon start a second round for this survey. The objective is to get answers from those who didn't respond, and get some clarifications (mainly on regulation mechanisms) for those who already answered. We thank you already for the contribution that you may bring to this

Des activités non professionnelles comme manière d'améliorer son revenu

16 sur 101 répondants ont des activités non médicales génératrices de revenu. Il s'agit, en majorité, d'activités agricoles ou de commerce. Pour l'anecdote, l'organisation d'une école d'informatique ou la rédaction de livres sont aussi mentionnés.

Une grande majorité (13 sur 16) sont des répondants venant d'Afrique Sub-Saharienne. Cela pourrait être du au manque d'opportunités d'avoir des activités professionnelles suffisamment rémunératrices dans ces pays.

Conclusion préliminaire

Sur base des résultats exposés ci-dessus, les conclusions suivantes peuvent être faites. D'abord, les situations sont très variables, comme en témoigne les revenus obtenu du secteur public: si certain d'entre nous sont dans des conditions très difficiles, d'autres semblent bénéficier d'un niveau de revenu tout à fait acceptable.

Concernant le choix d'activité, il semble clair que la motivation n'est pas toujours financière: c'est notamment le cas des activités d'enseignement.

Par contre, il pourrait être difficile pour les répondants d'abandonner une pratique clinique privée, des activités dans le secteur public ou des consultances comme activité à temps partiel. Souvent, en effet, les revenus qui en sont obtenu ne sont pas négligeable.

Finalement, au vu des activités qu'ils ont dans différents secteurs, les répondants se situent à une place centrale dans l'interaction entre public et privé.

Si nous acceptons que beaucoup de professionnels de santé vont continuer de s'impliquer dans une telle diversité d'activités, il est nécessaire d'identifier les bonnes manières de le faire: ces activités peuvent avoir un effet dévastateur sur l'offre de services à caractère public, par exemple en "détournant" les patients et les ressources vers le privé. Elles peuvent, par contre avoir des effets bénéfiques, en permettant, par exemple, d'approcher sous un autre angle les problèmes liés à l'offre de soins.

Des expériences locales de régulation de ces pratiques où professionnels de santé et la population en ont bénéficié existent. Notre objectif n'est pas d'en discuter à ce stade. Néanmoins, nous pensons, sur base de ces premiers résultats, qu'une approche régulatrice uniquement économique (augmenter les revenus et mieux contrôler les performances) ne peut être un succès.

Nous allons bientôt commencer une seconde phase de cette enquête. Le but est d'obtenir des réponses de ceux qui ne l'ont pas encore fait et des clarifications de ceux qui ont déjà répondu (principalement sur les mécanismes de régulation). Nous vous remercions dès à présent des contributions que

réflexion.

Jean Macq

Tuteur ICHD97-98

e-mail: jmacq@itg.be

Bibliography

Roenen, C., Ferrinho, P., Van Dormael, M., Conceição, M.C., and Van Lerberghe, W. How African doctors make ends meet : an exploration. Tropical Medicine and International Health 2(2), 1997.

vous apportez à cette réflexion.

Jean Macq

Tuteur CIPS 97-98

e-mail: jmacq@itg.be

Bibliography

Roenen, C., Ferrinho, P., Van Dormael, M., Conceição, M.C., and Van Lerberghe, W. How African doctors make ends meet : an exploration. Tropical Medicine and International Health 2(2), 1997.

Discours à la promotion du CIPS 1997 par le prof K. Vuylsteek, président du jury d'examen du CIPS

Mesdames, Messieurs, Collègues en Santé Publique,

L'assemblée générale de l'O.M.S. à Genève vient de nous informer sur l'état de santé de ce monde en 1996. Ayant élaboré un aperçu détaillé de la situation globale, soulignant que l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et la présence d'une population âgée, mentionnant « en passant » qu'il y a tout de même encore 17 millions de décès dus à des maladies transmissibles, le rapport prévoit qu'à l'avenir - dans une vingtaine d'années - nous serons en plein dans une épidémie mondiale de cancers, de maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques.

Et le rapport conclut en indiquant les priorités pour des actions internationales de santé, notamment :

- la promotion des styles de vie propices à la santé,
- l'application des méthodes en matière de santé qui sont efficaces à bas coût,
- la gestion dirigée des soins de santé
- la recherche de nouveaux médicaments et la recherche génétique pour les maladies chroniques
- des politiques de santé soutenues par un financement « acceptable ».

Il m'est plutôt difficile de reconnaître toutes ces priorités comme pertinentes pour la plupart des pays où vous aurez la charge de réaliser vos projets en santé publique.

J'ai l'impression que les priorités de l'OMS sont inspirées par un concept de la santé limité, notamment que le comportement individuel - style de vie - est le facteur le plus important à contrôler et que la technologie et la

recherche moléculaire sont les éléments primordiaux pour améliorer l'état de santé dans le monde.

Par contre, la définition de la santé publique selon Winslow nous indique plutôt une toute autre voie à suivre : La Santé Publique est un des efforts collectifs mis en œuvre par la communauté à prévenir une mortalité prématurée, prévenir des maladies, des infirmités et à promouvoir l'état de santé de la communauté.

Les caractéristiques de cette conception de santé publique impliquent que l'état de santé est surtout tributaire des structures sociales et que les inégalités en santé, la pauvreté, et les facteurs d'environnement sont à envisager en priorité. J'avais l'impression que le rapport de l'OMS sur l'état de santé dans le monde suggère en fait un standard double, un pour les pays dits riches (encore riches !) et l'autre pour les pays dits « pauvres ». En effet, n'ai-je pas lu dans la plupart de vos travaux que dans ce qu'on dénomme les pays du tiers-monde, les plus importants dangers qui menacent l'état de santé de la communauté sont les maladies infectieuses et parasitaires et que la pauvreté extrême dans laquelle vit 60 à 90 % de cette population est un des problèmes majeurs ?

D'autre part, comme vous en êtes conscients, les pays défavorisés sont en train d'évoluer vers une situation en matière de santé - ou plutôt de maladie- qui semble se rapprocher des caractéristiques pathologiques des pays riches, tout en restant menacés par les maladies et problèmes traditionnels du tiers-monde. Sous cet aspect, le rapport O.M.S., peut être considéré comme relativement pertinent pour vos pays. Mais, est-ce que cette transition, cette évolution de la pathologie dans vos pays, est-elle tellement exceptionnelle ou unique pour le tiers-monde ? Nous avons connu et connaissons encore maintenant ce même phénomène dans nos communautés. Ce qui est certain et plutôt spécifique pour vos pays, c'est la rapidité et la brutalité de ce phénomène de transition sanitaire. En Europe la transition de l'ère des pestilences et des famines, l'évolution de l'ère des grandes endémies pour aboutir à la situation actuelle caractérisée par la pathologie des maladies chroniques, cette transition s'est effectuée

couvrant une période de deux siècles ! Au tiers-monde cela semble se faire endéans les 20 à 30 ans.

Toutefois, il est peu probable, même tout à fait improbable, que cette transition dans les pays du tiers monde soit une copie de ce qui c'est passé en Europe ! L'explosion et l'évolution démographique, la pauvreté, la dégradation du milieu peuvent dominer la scène sanitaire et retarder, empêcher même, une transition de la pathologie dans vos pays. Les facteurs les plus importants qui étaient à la base de cette transition en Europe, sont en effet d'ordre social, économique, politique et culturel, ce qui est déterminant pour l'état de santé des communautés.

L'âge moyen de survie à la naissance est de 30 ans. La mortalité infantile dans la première année est de 600 ‰. Tuberculose pulmonaire chez les adolescents, méningite tuberculeuse des tout jeunes, maladies respiratoires de tout genre, pneumonie, mortalité maternelle extrêmement élevée, avortement septique mortel, sont les causes de décès dans une population en proie à la malnutrition. Le nombre d'enfants par ménage est de 6 à 12, donc pratiquement, avec les avortements, une grossesse par an. Le logis - plutôt un taudis - habité par cette population se réduit à deux pièces, surpeuplées, sales et infestées de parasites et vermine. La ration alimentaires pour un gosse de 10 ans p.ex. consiste en quatre fois par jour une tranche de pain noir et quelques pommes de terre dans une purée d'un quart de lait et trois quarts d'eau. La viande est inconnue au menu, sauf lorsqu'on parvient à « profiter » des abats d'un cheval de trait abattu pour cause de maladie. Les heures de travail sont de 12 à 15 par jour, selon les possibilités d'éclairage dans les usines. Les enfants sont envoyés à l'usine dès qu'ils ont 5 à 6 ans.

Ce texte n'est pas celui d'un pamphlet politique ou du manifeste communiste de Karl Marx. J'ai repris ce texte d'un article paru en 1862 dans un journal scientifique sérieux et renommé : le « Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde », article relatant une enquête en santé publique dans la communauté ouvrière mis au travail - ou en esclavage- dans l'industrie du textile à Hilversum, en Hollande en l'an 1860. L'auteur en est un de nos précurseurs, le dr. S. Coronel. Cela se passait il y a 150 ans ! Actuellement, l'espérance de vie à la naissance dépasse déjà 80 pour la femme et 70 pour l'homme avec une mortalité infantile moins de 10 pour mille. La transition a pris plus d'un siècle ! Et encore aujourd'hui, elle n'est pas du tout généralisée ! Dans notre société d'affluence il y a encore des catégories de populations qui n'ont pas fait cette transition de pathologie ! Depuis les années 1960, quelques épidémiologistes « post-modernes prématurés » avec quelques excentriques en santé publique et en sociologie ont commencé à détailler les statistiques de santé et de maladies de nos communautés dites riches.

Le rapport du comité présidé par le prof. Black au Royaume Uni, commandité par un gouvernement de gauche mais paru sous le régime du gouvernement de droite de Mme Thatcher et de ce fait non divulgué à ce

moment le « Black Report » rapporte les résultats d'une enquête socio-économique en relation avec santé et maladie. Ces données furent non seulement renversantes mais extrêmement inquiétantes pour le monde politique et médical. Tous les indicateurs de santé - ou plutôt de non-santé - aussi bien ceux concernant la mortalité que la morbidité, l'infirmité, et la souffrance étaient pertinentes aux classes sociales : les pauvres meurent plutôt, sont beaucoup plus souvent atteints par une maladie aiguë, souffrent en bien plus grand nombre de maladies chroniques et d'infirmités et cela dès la naissance jusqu'à la mort. Ceci se passe dans une société riche, démocratique avec un système de soins de santé - le National Health Service- réputé pour un des meilleurs services d'Europe. Depuis lors dans tous les pays de notre continent, les mêmes constatations ont été faites.

L'inégalité sociale, l'inéquité sociale vis à vis de la mort et de la maladie : une transition de pathologie loin d'être achevée !

Reprenant le rapport de l'OMS sur la situation mondiale en Santé et maladie en 1996, considérant d'une part ses recommandations pour des actions prioritaires internationales et, d'autre part, vos analyses de la situation sanitaire dans vos pays et les recommandations que vous formulez, je suis frappé par la complexité de cette situation sanitaire et une inquiétude grandissante quant au fardeau dramatique que vos pays vont devoir subir dans les années à venir

- le fardeau d'une mortalité toujours dominée par suite des maladies infectieuses et parasitaires
- le fardeau, grandissant des maladies chroniques avec l'infirmité y allant de pair,
- la brutalité et la rapidité d'une transition en pathologie ainsi que
- l'évolution presque galopante des sociétés vers des communautés avec moins de jeunes et d'adolescents et une large proportion de personnes âgées,
- une évolution inquiétante - même insupportable- vers une société duale caractérisée par un gouffre grandissant entre riches et pauvres - également chez nous à l'ouest- entraînant une iniquité sociale vis à vis de la maladie et de la mort.

Et je laisse en blanc les problèmes comme le SIDA et la dégradation du milieu.

Est-ce que la santé publique est donc à la croisée des chemins ? Si oui, cela n'est pas un phénomène nouveau : un nouveau défi a toujours obligé la santé publique à donner des réponses adéquates ! Néanmoins, le nouvel ordre mondial - ou plutôt le désordre mondial- dans lequel nous sommes plongés - presque engloutis !- est tel, qu'en face d'un tel défi, une politique de santé traditionnelle, conformiste, isolationniste et élitiste est vouée à l'échec.

Ce n'est ni le moment ni l'endroit ici pour développer une « stratégie pour l'avenir ». Et d'ailleurs, qui suis-je, pour proposer un remède miracle qui, en plus, n'existe

pas ! Seulement deux suggestions auxquelles vous pourriez réfléchir quand vous serez rentré dans vos pays, muni d'un diplôme de maîtrise en santé publique et, je présume, ayant une charge importante et pleine de responsabilité dans votre organisation des soins de santé.

Primo : La participation communautaire est le premier mot clé pour une politique forte et durable en Santé Publique.

Une participation réelle implique non seulement une consultation mais en plus une responsabilité et une appartenance partagées dans les programmes et actions de Santé Publique. *Ecoutez ceux qui n'ont pas de voix*, disait Mahler à l'OMS. La déclaration d'Alma Ata reconnaît le droit de la population à participer individuellement et collectivement à la conception et l'exécution de leur politique en soins de santé. Un défi majeur est d'encourager effectivement la participation dans les pays où la contribution du citoyen aux affaires publiques est plutôt rare. A vous de faire face à ce défi !

Secundo : La santé publique est une affaire politique !

Comme Virchow le mentionnait déjà il y a 100 ans: *Si la médecine veut réaliser ses objectifs elle doit faire partie de la vie politique et sociale de son temps*. Aujourd'hui cela n'est que trop vrai, quand partout, il est question de rationaliser et de rationner les services de santé, ce qui fera accroître le gouffre entre les riches et les pauvres. Si le premier mot-clé est d'écouter, le second mot-clé en santé publique c'est de se faire écouter. Les spécialistes en Santé Publique se doivent d'être les avocats de leur politique de santé : ils doivent faire usage de leur droit démocratique à s'exprimer publiquement au sujet des facteurs et des causes sous-jacentes qui déterminent l'état de santé de leur communauté. La santé publique doit renouer avec la tradition de ses débuts: faire le lien avec l'action politique et sociale de la communauté. Les spécialistes en santé publique doivent sortir de leur tour d'ivoire - ou de leur bâtiments bureaucratiques- pour engager le débat publique sur les questions concernant les priorités en

matière des politiques de santé et de la gestion des services des soins de santé dans leur communauté.

Puis-je suggérer que vous, les spécialistes nantis du diplôme de maîtrise en S.P., vous vous efforcez à mobiliser la communauté pour qu'elle s'impose aux décideurs et participe aux décisions en matière de la politique de la santé dans leur pays. Evidemment, et cela vous l'avez bien appris dans ce CIPS, ça dépend !

En rentrant chez vous, ne déclenchez pas une révolution ! Suscitez plutôt une évolution bien planifiée, prudemment agencée avec la diplomatie nécessaire en suivant les principes tactiques et stratégiques qui vous ont été offerts dans le cours international pour la promotion de la santé.

Littérature.

Feachen RG. Global Health 2020 vision: Health in the 21st century. Editorial : The when and how of advocacy.

Murray CJL & Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; .349 : 1498-1504.

Murray CJL & Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 ; 349: 1436-1442.

Lee P& Paxman D. Reinventing Public Health. *Ann Rev Public Health* 1997 ; 18: 1-35

Lee P & Paxman D. Editorial : WHO reform and global health. *BMJ*. 314, 10 May 1997

Frenk J, Sepulveda J, Gomez-Dantes O, McGuinness MJ, Knaul F. The new world order and international health. *BMJ* 1997 ; 314 : 1404-1407.

Beaglehole R & Bonita R. Public health at the crossroads. Cambridge University Press, 1997.