

Die Regierung vom Senegal, die Weltgesundheitsorganisation und das Sandoz-Institut in Genf haben 1976 ein gemeinsames Programm für Dienstleistung, Schulung und Forschung lanciert. Die Forschung bezweckt Entwicklung von präventiven Methoden, speziell durch Mittel der Gesundheitserziehung.

Während die drei Zentren des Programmes lokal gute Arbeit geleistet haben, sind die Resultate bezüglich der Gesundheit der Gesamtbevölkerung immer noch enttäuschend, bzw.:

- Unzulänglichkeit der sozialen Dienste und der Anstrengungen zur «aktiven Früherfassung»;
- fehlende Aktionen an der Peripherie, fehlende Eingliederung der Aktionen in das System der medizinischen Grundversorgung;
- fehlende Koordination mit anderen Sektoren (inkl. [Seuchen-] Polizeidienste) und mit verschiedenen Berufsgattungen, welche zur sozioökonomischen Erforschung des Problems beitragen sollten.

Vor kurzem wurden mehrere Gruppen zur Unterstützung des Projekts gebildet. Eine Auswertung soll in Kürze durchgeführt werden.

Bibliographie

- [1] *Deubel, V., Sarrat, H., et Ridet, J.*, A propos des urétrites aiguës masculines à Dakar. Essai d'un traitement en une seule injection, document non publié WHO/VDT/RES/GON 74.85 (1974).
Sarrat, H., Les urétrites masculines à Dakar (aspects épidémiologiques et biologiques), Bull. Soc. Méd. Afr. Noire, Lang. Frse 18, 4, 581–586 (1973).
- [3] *Sarrat, H.*, Infections génitales féminines à Dakar (note préliminaire), Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Frse 19, 1, 29–32 (1974).
Sarrat, H., Ridet, J., et Deubel, V., Résultats d'une enquête étiologique sur les infections génitales féminines en zone rurale sénégalaise, Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Frse 19, 1, 76–79 (1974).
- [5] *Siboulet, A.*, Les syndromes uro-génitaux à «Trichomonas vaginalis» et à «Candida albicans», La Presse Médicale 56, 2779–2780 (1963).
- [6] *Siboulet, A.*, Infections génitales féminines et traitement local par Polygynax, Feuilletés médicaux, juillet 1969, fascicule 147 (1969).
- [7] *Siboulet, A.*, Chronique des urétrites infectieuses, Paris: Concours médical, 1971.

Les questions fondamentales que posent la formation d'agents de santé primaires et le maintien de la qualité de leur travail¹

J.-P. Habicht²

I. Introduction

Il est encourageant qu'il ne soit plus besoin aujourd'hui de fournir des justifications quant au fait que des non-médecins donnent des soins de santé primaires. Il n'est plus besoin non plus de démontrer que c'est faisable sur le plan de l'organisation et que c'est acceptable pour les patients. Mais, il y a à peine plus de cinq ans, l'organisation internationale responsable dans le domaine sanitaire était opposée à ce concept [5], parce qu'elle considérait que cela allait forcément réduire la qualité des soins [7]. Ces dernières années par contre, l'Organisation mondiale de la santé a pris la tête des efforts de promotion de l'utilisation de non-médecins [8]. Derrière l'acceptation de ce concept autrefois considéré comme révolutionnaire, il y a

La pratique et la recherche sur le terrain montrent qu'il y a lieu d'appliquer certains principes et modes de faire précis dans la formation et la supervision d'agents de santé primaires. Il y a aussi des obstacles, dus notamment à certaines «idées reçues» des professionnels de la santé. Cet article tire les leçons d'un programme mis en œuvre au Guatemala.

d'abord la réalisation de notre obligation de fournir des soins de santé à tous ceux qui en ont besoin, alors même que les ressources sont sévèrement limitées. La motivation est surtout économique.

En fait, ce changement pourrait mener à une meilleure qualité de l'ensemble des soins de santé. Mais, si nous voulons cette amélioration, nous devons nous préoccuper autant de la qualité des prestations que ceux qui ont œuvré pour élever le niveau des médecins dans les années 1910 [2]. Comme pour tant d'innovations techniques, les aspects pratiques de la mise en œuvre et de la poursuite d'un contrôle de la qualité sont beaucoup moins difficiles à résoudre que le problème de la modification des attitudes quant à la gestion des soins médicaux.

La prémisse qui se trouvait à la base des réformes flexnériennes dans les écoles de médecine nord-améri-

¹ Ce texte reprend, avec l'aimable autorisation de l'auteur et de l'éditeur, la première partie et la conclusion d'un article de l'auteur intitulé «Assurance of quality in the provision of primary medical care by non-professionals», publié dans le journal Social Science and Medicine (Pergamon Press, Oxford). Nous recommandons aux lecteurs intéressés par les aspects pratiques du contrôle de qualité et la saisie des données correspondantes la lecture de l'article original dans son entier.

Traduction française par les soins du Dr Jean Martin, Lausanne.

² Actuellement professeur d'épidémiologie à la Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Ithaca, N. Y., USA. Auparavant, il a notamment travaillé au Guatemala, dans le cadre de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP).

caines vers 1920 était qu'un médecin allait exercer sa profession seul. Sa formation devait par conséquent englober l'ensemble des connaissances médicales et il devait aussi, à la fin de sa formation, être pénétré de certains principes éthiques. Ces connaissances et ces standards éthiques étaient censés lui permettre d'être à la hauteur de sa tâche professionnelle pendant toute sa carrière. Aujourd'hui, cet idéal a dû être abandonné à cause de l'explosion intervenue dans les connaissances et la pratique médicales. L'idéal d'un praticien auto-suffisant et travaillant en solo a alors été modifié par l'accent mis sur la formation continue et par le système de l'envoi de patients pour consultation ou traitement auprès de spécialistes ou d'institutions.

C'est ainsi que la médecine moderne est pratiquée dans le cadre d'un système où les patients vont d'un praticien à l'autre et d'une institution à l'autre. Il est nécessaire d'étudier la problématique des soins dans ce contexte. Ce système peut être mis en place par les patients eux-mêmes, alors qu'ils recourent aux soins de différents types de praticiens, que ceux-ci soient «laïcs», «sacrés» ou «professionnels», cela avec des chevauchements; ce système peut être le résultat de renvois entre praticiens de traditions médicales différentes, ou de consultations entre praticiens qui partagent la même philosophie et les mêmes connaissances médicales mais qui ont des compétences pratiques complémentaires. Cette dernière situation est celle de la médecine moderne officielle aujourd'hui. Cependant, parce que la façon dont le système s'est organisé n'a pas été clairement reconnue, la qualité des soins médicaux, par rapport à ce qu'elle pourrait être, a baissé de façon relativement rapide, même dans les pays industrialisés.

II. Les objectifs des soins médicaux primaires

Il est donc temps de réexaminer les objectifs des soins médicaux primaires (dits aussi de premier recours) ainsi que les prémisses des réformes dues à Flexner. Les objectifs fondamentaux des soins sont la prévention et la guérison des maladies. Le fait que nous finissions tous par mourir, aussi bonnes que soient les prestations dont nous bénéficions, signifie que l'atteinte de ces objectifs ne peut être jugée dans l'absolu, mais seulement en relation avec des critères d'exécution (standards of performance) ou en comparaison avec la situation sanitaire dans d'autres collectivités.

La médecine moderne a eu un succès remarquable dans le traitement des maladies d'origine patho-physiologique, et c'est pourquoi elle fournit le cadre conceptuel de tous les systèmes médicaux formels hiérarchisés actuels, y compris celui de la nouvelle médecine chinoise. Dans de nombreux cas, on peut intégrer les praticiens de médecine traditionnelle dans le système. On peut souvent aussi adopter des théories comme aussi certaines pratiques traditionnelles dans des domaines où la médecine moderne n'est pas clairement plus efficace, comme par exemple dans le traitement d'états morbides subjectifs et pour certaines maladies mentales.

Mais l'intégration de la médecine traditionnelle dans un système de santé moderne n'est pas le sujet de cette discussion. Notre souci est plutôt de définir comment améliorer les prestations de soins médicaux primaires de type moderne vis-à-vis des maladies «physiologiques» et du décès prématuré. A notre avis, *les soins médicaux primaires embrassent toutes les actions d'une famille, ou concernant une famille, qui touchent à sa santé, jusqu'au moment où le patient entre à l'hôpital ou est envoyé à un spécialiste.*

Ce n'est pas la définition habituelle des soins primaires, raison pour laquelle il y a lieu de la discuter (*tabl. 1*). L'élément de cette définition le plus facile à décrire est le *point de sortie*: on peut différencier les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les soins à domicile donnés par la famille. Cette différenciation est basée sur la fréquence avec laquelle ces types de soins sont requis dans la population en général. Elle est basée aussi sur le *degré d'autonomie réelle du patient*, qui est le plus grand dans sa maison, diminue lorsqu'il la quitte, et est minime dans une organisation hautement structurée telle qu'un hôpital. Nous fixons par conséquent la limite des soins médicaux primaires au point où le malade quitte son village ou son quartier afin d'obtenir des soins. Cette définition a aussi une utilité administrative. Habituellement en effet, les systèmes que sont les hôpitaux ou les policliniques spécialisées fonctionnent avec des mécanismes de contrôle administratif différents de ceux que connaissent les prestations fournies au niveau du village ou du quartier.

Tableau 1. Définitions

Soins médicaux primaires

- Encouragement et éducation à des habitudes saines quant au sommeil, au travail, à l'alimentation, à l'usage des médicaments, au jeu, à la procréation, à l'hygiène personnelle, à un comportement prévoyant, etc.
- Amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (y compris latrines)
- Application de mesures préventives (vaccinations, fluoruration, etc.)
- Traitement des malades alités à la maison
- Traitement des malades ambulatoires localement

Autres soins médicaux

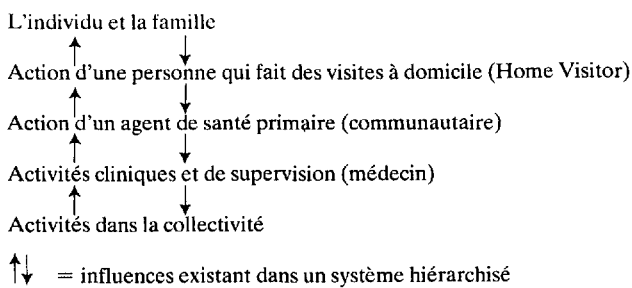
- Soins par des médecins spécialistes
- Hospitalisation

En tant qu'individus (voir *tabl. 2*), nous avons plus de contrôle sur notre propre santé que la médecine occidentale ne le reconnaît généralement. Cela est illustré par le slogan du Ministère de la santé publique du Panama, «La santé est un droit et un devoir». La bonne santé commence par de *bonnes habitudes de vie*. Un système de soins primaires doit par conséquent commencer à *la maison*, en encourageant et en guidant les gens vers de bonnes habitudes. Cela implique que la communauté participe au système.

Il y a quelques années, nous aurions dit à ce sujet qu'il s'agissait de vœux pieux mais utopiques. L'obstacle le

plus important ici est que l'on sait peu de choses sur les rapports entre l'efficacité de diverses habitudes saines et la difficulté qu'on a à les faire adopter. Par ailleurs, certaines actions individuelles liées aux vaccinations, aux soins pré- et postnataux, à la planification familiale et au traitement à domicile de maladies communes amènent des bénéfices démontrés – et sont faciles à mettre en œuvre si l'on dispose de descriptions claires de la tâche à accomplir, cela aussi bien en ce qui concerne les agents de soins primaires [1] qu'en ce qui concerne la famille. L'autre objection que l'on peut faire à la notion qu'un système médical primaire doit inclure comme partie intégrante les habitudes sanitaires de la famille est que cela pourrait être trop onéreux. Mais, en fait, il est vraisemblable que les économies faites en redistribuant à la famille la responsabilité de certains aspects des soins justifieront les dépenses liées aux activités à domicile en rapport avec la santé et la nutrition.

Tableau 2. *Eléments d'un système de soins médicaux primaires*



Un corollaire de la même notion est que la communauté elle-même doit contribuer à fixer et à atteindre ses objectifs dans le domaine de la santé. Cela veut dire que *les soins primaires sont une partie du développement communautaire* et doivent utiliser les instruments et les méthodes du développement communautaire [9].

La collectivité aura donc beaucoup plus à dire dans la façon dont les soins sont fournis qu'elle ne l'a fait dans le passé. Cela créera des frictions entre elle et les professionnels de santé quant aux buts et aux moyens à choisir, à moins que ne soient introduites deux innovations:

- la première est une *collaboration effective* de la communauté et des professionnels pour prendre les décisions quant aux buts et aux moyens
- la seconde est un *système précis de contrôle de qualité*, qui doit être mutuellement accepté et mis en œuvre

A ma connaissance, ces deux innovations n'ont jamais été incorporées ensemble dans un système de soins primaires mais, par contre, elles l'ont été séparément et avec succès. La difficulté principale est que ni l'une ni l'autre ne sont des tâches que les professionnels de santé connaissent.

Les soins primaires incluent le préventif et le curatif. Le côté préventif comporte une action de nature politique en faveur de la santé, notamment en ce qui concerne les corvées qui peuvent être nécessaires, par exemple pour la construction de systèmes d'approvisionnement en eau et d'égouts. Dans beaucoup d'endroits, de telles corvées ont en fait fourni le point d'accrochage pour la formation de communautés activement intéressées à leur santé.

Pour notre part, dans les programmes que nous avons organisés, nous n'avons mis en œuvre qu'une partie du concept de soins primaires ci-dessus. Par ailleurs, souvent à titre de consultant externe, nous avons vu toutes les composantes individuelles d'une telle organisation fonctionner sur le terrain.

III. Principes de l'organisation de soins primaires

La prémisses (voir *tabl. 3*) qui est à la base du système de soins primaires que nous avons développé dans des villages du Guatemala [3, 4] est que, étant donné la formation appropriée, ce sont les tâches que l'on fait le plus souvent que l'on fait le mieux. Par analogie, aussi bonne que soit la formation, les compétences inutilisées s'atrophient. Nous avons donc cherché à:

- a) organiser les soins de santé de façon que tous remplissent d'abord les tâches qu'ils devraient accomplir le plus souvent
- b) former chaque membre de l'équipe seulement pour les tâches qu'il accomplira en pratique

Tableau 3. *Principes de base dans la formation d'agents de santé primaires*

Prémisses

- On fait le mieux ce que l'on fait souvent
- Les compétences non utilisées s'atrophient

Conséquence pour la formation

- Former chaque membre de l'équipe de santé *seulement*, mais *bien*, aux tâches qu'il accomplit souvent

Conséquence pour la prise en charge des patients

Deux possibilités de *triage*:

- hiérarchique ou linéaire
- type «standard téléphonique»

Puisque nous ne nous attachions qu'aux tâches qui se présentent le plus souvent, nous avons pu concentrer nos efforts sur l'établissement de *critères d'exécution adéquate* pour chacune d'elles. La définition d'une tâche qui revient «souvent» dépend de deux facteurs. Le premier est le *temps* probable qu'une personne donnée lui consacrerait de routine; si la mobilité du personnel dans le cadre d'un système sanitaire (entrée dans le système, sortie, mouvement vers le haut) est élevée, certaines tâches ne se présenteront pas assez souvent pour mériter d'être enseignées. Le second facteur est la *complexité* de la tâche, parce que c'est celui qui détermine avec quelle rapidité l'habileté correspondante sera perdue si elle n'est pas utilisée. Par exemple, poser une attelle à un membre fracturé

requiert moins de pratique que la réduction proprement dite de la fracture.

Pour organiser un système de soins médicaux où chacun accomplit des tâches qui lui sont familières, il est nécessaire qu'existe un système de *triage*. La première décision dans le triage est de savoir si l'on a oui ou non la compétence nécessaire pour dominer la situation. Cela se traduit par un système *linéaire*, hiérarchique, de renvoi (referral system), où le patient est vu par des personnes de plus en plus compétentes jusqu'à ce qu'il arrive entre des mains qui peuvent le traiter de façon adéquate. L'autre type de triage est similaire à un standard téléphonique: chaque patient est envoyé directement à la personne la mieux à même de s'occuper de son problème. Ce second système fait perdre moins de temps au malade mais la personne qui effectue le triage doit connaître particulièrement bien les compétences des uns et des autres, et cela demande une formation. Pour notre part, dans notre travail au Guatemala, nous avons utilisé le triage linéaire simple pour tous les cas sauf les urgences, où l'hospitalisation immédiate était nécessaire. Les *tabl. 4 et 5* donnent des informations complémentaires sur l'organisation de notre programme ainsi qu'une extrapolation à une plus grande population.

Tableau 4. Prestations et couverture de la population dans un programme de soins médicaux primaires¹

Prestations

- Vaccination d'au moins 80 % des enfants d'âge préscolaire contre la rougeole, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
- Soins curatifs ambulatoires en polycliniques (dispensaires)

Prestations importantes non fournies

- Développement communautaire en vue d'impliquer la collectivité dans le système de soins préventifs et curatifs
- Action à domicile (par des agents formés) touchant à l'hygiène de l'âge préscolaire, aux soins aux enfants et à l'alimentation
- Contrôles prénataux de routine et contrôles de routine des enfants sains²

Toutes les personnes touchées par le programme vivaient dans un rayon de 2,5 km à partir du dispensaire. Tous les agents de soins de santé primaires vivaient à une demi-heure au plus du dispensaire.

Population couverte
2800 habitants

Consultations par habitants et par an auprès de:

	Moyenne	Valeurs relatives
- Agent de santé primaire	4,2	100 %
- Médecin	0,042	1,0 %
- Hospitalisation	0,016	0,4 %

Durée moyenne de la consultation

- Auprès de l'agent de santé primaire: 7 minutes
- Auprès du clinicien (médecin): 47 minutes

Tableau 5. Extrapolation à une population plus importante sur la base des résultats d'un programme¹

Si l'on admet que

- tous les habitants vivent dans un rayon de 2,5 km à partir d'une polyclinique (dispensaire)
- les agents de santé primaires n'ont pas besoin de voyager plus d'une demi-heure par jour
- les cliniciens et les superviseurs ne perdent pas de temps à voyager²

les estimations suivantes peuvent être faites:

<i>Population desservie</i>	
- par agent de santé primaire	3 000 habitants
- par clinicien (médecin) à plein temps ²	65 000 habitants
- par superviseur à plein temps ²	45 000 habitants
<i>Coût approximatif par habitant et par an</i>	
- pour les médicaments	US\$ 2.94
- pour les salaires	US\$ 1.18
- pour la dépréciation du capital (amortissement)	US\$ 0.04
Total	US\$ 4.16

¹ Basé sur l'étude de *Habicht et al.*, 1973.

² Dans notre système, le superviseur et le clinicien étaient souvent la même personne (médecin).

Au fur et à mesure qu'un patient monte dans le «referral system», il verra des agents qui peuvent accomplir des tâches plus complexes, qui n'ont à être pratiquées que peu fréquemment. C'est alors qu'une formation médicale complète, qui permet une pratique utilisant les raisonnements et les méthodes de la physiologie et de la pathologie modernes, devient nécessaire.

Des ressources adéquates et l'autorité d'engager et de renvoyer le personnel sont essentielles au succès de toute organisation. Notre propre expérience, à vrai dire, a été acquise uniquement dans le cadre de programmes de recherche, où l'on disposait de fonds pour les soins médicaux indépendamment de ce que faisaient ou pensaient les patients, et où le pouvoir de recruter et de congédier était en main des chercheurs. Par contre, une organisation qui requiert la participation active de la population à la définition de ses objectifs et à l'exécution des activités prévues met des limites à l'exercice du pouvoir administratif, à cause de certaines pressions quant au recrutement, le cas échéant au renvoi de personnes, qui sont sans rapport avec, voire au détriment de l'accomplissement des tâches techniques. Ces contraintes sont souvent intolérables pour ceux qui jugent l'adéquation d'une action uniquement en fonction de critères techniques.

En médecine clinique, une compétence non technique importante est la manière d'être avec le malade (*bed-side manner*). Quand la collectivité participe effectivement au fonctionnement du système de soins, les agents de santé primaires qui échouent à cet égard ne garderont pas leurs fonctions. Cela est déjà évident là où des facteurs de nature politique entrent en jeu pour la désignation d'agents de santé primaires, comme c'est généralement le cas en Amérique latine. Malheureusement, à l'heure qu'il est, ce contrôle de l'agent

¹ Chiffres tirés de *Habicht et al.*, 1973.

² Ces services étaient en fait disponibles mais n'ont pas été inclus dans l'étude du programme.

par sa popularité n'est modulé par aucun contrôle de la qualité technique des soins qu'il fournit.

Pour notre part, nous espérons que la mise en place d'un système de contrôle de la qualité qui soit agréé, compris et supervisé par la communauté permettra de récompenser le mérite véritable des travailleurs concernés. Cela nécessite que les besoins perçus par la population soient reconnus et que le contrôle de qualité soit institué en vue de vérifier que ces besoins-là sont satisfaits.

IV. Formation

La formation aux soins de santé primaires dépend en partie de l'instruction et de l'expérience antérieures des candidats. Tout ce que nous faisons est fait en fonction de l'idée que cela aura (ou n'aura pas) certaines conséquences; nous conceptualisons une chaîne de causalité entre nos actions et leurs conséquences. De telles chaînes sont élaborées selon la perception que nous avons des mondes matériel et spirituel dans lesquels nous vivons. En ce qui concerne la santé et la maladie, la perception de la *réalité* (et par conséquent de ces chaînes de causalité) est très différente entre des médecins occidentaux issus d'un milieu urbain et des paysans amérindiens. Cette différence est une des barrières les plus sérieuses à l'adoption de technologies nouvelles dans les régions sous-développées; elle est souvent responsable de difficultés insurmontables, même, par exemple, dans l'organisation d'une chaîne de production industrielle où le seul mouvement requis d'un ouvrier est de tourner une vis au moment où elle passe devant lui.

Dans ces conditions, on pourrait imaginer qu'une formation à une activité de type médical est impossible. Tel n'est heureusement pas le cas, à condition toutefois que l'agent de santé primaire puisse comprendre la raison pour laquelle une tâche doit être accomplie.

Si nous désirons partager avec d'autres les bénéfices de la médecine occidentale, nous devons faire en sorte et nous assurer que les cas que nous Occidentaux rassemblons dans le cadre d'une entité diagnostique sont tous traités de la même façon même si, dans la culture locale, ils sont perçus comme étant des maladies différentes. Nous avons observé des situations, dans certaines cultures, où les mêmes constatations objectives semblaient mener à des conclusions différentes. Mais une meilleure connaissance de la culture révélait des postulats et des perceptions sous-jacents qui rendaient ces conclusions parfaitement logiques. Cela signifie que les descriptions de tâches et les justifications qui les sous-tendent doivent être élaborées dans la culture où les fonctions seront remplies. Heureusement, pour le personnel de soins primaires, le nombre de tâches à assimiler est relativement petit. Le «Guide thérapeutique» que nous avons développé à l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) est un exemple d'un manuel simple traitant de tâches de nature curative (que nous avons préparé en collaboration avec des «auxiliaires de enfermería» du Guatemala), qui décrit 64 entités thérapeutiques [6]. Les

activités standards à orientation préventive y sont au nombre de quatre seulement, toutes en rapport avec les vaccinations. Relevons que ce guide thérapeutique n'était par contre pas utile si l'agent à former était un Indien du Petén, une autre région, où il était nécessaire de disposer d'un manuel différent.

Comme l'agent de santé primaire est préparé à faire seulement les tâches qu'il aura à accomplir souvent, la formation la plus efficace (tabl. 6) est donnée *en emploi* et sous la supervision d'un agent de santé primaire expérimenté («moniteur»). Elle consiste tout d'abord en observations et en mémorisation du contenu du manuel, puis comprend de la pratique en présence de l'agent expérimenté et, finalement, de la pratique avec de moins en moins d'observation directe par un moniteur. Il est important que les niveaux supérieurs du système de santé restent en contact étroit avec l'agent de santé primaire-moniteur et avec les individus en formation. Pendant la période d'instruction en effet peuvent se manifester certaines idées fausses *du moniteur* sur la signification et les implications des soins médicaux (alors même en fait que ces notions incorrectes peuvent n'avoir que peu d'effet immédiat sur la qualité des soins que donne ce moniteur au cours de son travail).

Tableau 6. La formation d'un agent de santé primaire

– Education primaire	6–12 ans
– Etude du manuel des tâches standards et observation d'un agent de santé primaire expérimenté	1–2 semaines
– Pratique en présence d'un agent de santé primaire expérimenté	3–6 mois
– Pratique sous supervision	Pour toujours

Quand un agent de santé primaire en arrive au point où il n'a plus besoin d'être sous la surveillance directe d'un collègue expérimenté, cela ne veut pas dire néanmoins que sa formation est terminée. La partie la plus importante de cette formation, il l'acquerra comme conséquence de mesures de contrôle de qualité, grâce à la personne qui supervise le personnel de soins primaires. Chaque fois qu'une tâche n'est pas accomplie correctement, elle sera revue avec l'intéressé par le superviseur et les défauts seront immédiatement corrigés. De temps en temps, afin d'améliorer le manuel de travail, des séances avec les agents de santé primaires seront tenues pour déterminer avec eux les modifications nécessaires. Ces rencontres ne sont pas importantes seulement pour la formation continue du personnel mais aussi pour sa motivation à un travail toujours meilleur – les agents sont beaucoup plus motivés s'ils sentent que leurs contributions sont étudiées avec attention.

La mise sur pied et la surveillance d'un tel apprentissage sont chose difficile pour la plupart de ceux qui ont reçu une formation médicale conventionnelle, qui semblent croire que l'on apprend plus en écoutant passivement qu'en exerçant pratiquement les raisonnements et les compétences exigés. Le modèle scolaire

classique (classroom model), qui est tellement étranger à beaucoup de candidats à une formation en soins de santé primaires, ne met aucun frein aux penchants des enseignants à traiter de curiosités médicales ésotériques, que les auditeurs comprennent ou non... Le seul résultat demandé semble être de pouvoir répéter par cœur ce qui a été dit. Pourquoi cette façon d'enseigner a-t-elle tant d'attrait aux yeux de l'enseignant? Quelle qu'en soit la raison, il faut se souvenir qu'un obstacle majeur dans la formation de personnel de soins primaires est que les médecins ne savent généralement pas comment organiser et superviser un système basé sur l'apprentissage.

V. En conclusion: avertissements et espoirs

Bien que les mesures de contrôle de la qualité qui ont été décrites (dans la seconde partie de l'article complet – Note du traducteur) soient simples et leur coût modeste, il est difficile de mettre en œuvre et, surtout, de maintenir en opération un tel système parce qu'il va à l'encontre d'un postulat fondamental de la formation actuelle des médecins et des infirmières: alors que la délégation à des non-professionnels de tâches préventives est généralement bien acceptée aujourd'hui par les personnels hautement qualifiés, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la délégation de gestes diagnostiques et thérapeutiques; et la notion que de tels gestes peuvent être adéquatement programmés est contraire à l'enseignement médical conventionnel.

Le concept de la supervision par l'enregistrement objectif de la façon dont les tâches sont accomplies est étranger à ceux qui sont habitués à le faire par observation subjective. Souvent, les compétences mathématiques nécessaires pour maîtriser les données saisies lors du contrôle de qualité manquent aux professionnels de santé, qui par ailleurs ont tendance à penser qu'ils ne remplissent pas leur rôle véritable s'ils ne «posent pas la main» sur des patients.

Trop souvent, des systèmes de soins primaires comprenant un mécanisme de contrôle de qualité ne fonctionnent que grâce à l'influence d'une personne motivée, occupant un poste élevé dans la hiérarchie. Quand cette personne s'en va, le système continue à fonctionner mais la qualité des soins diminue rapidement et, dans les conditions d'un pays en développement, cela se marquera en l'espace d'un ou deux ans par une augmentation de la mortalité infantile.

En Amérique latine, il ne manque pas de personnes motivées qui peuvent être formées comme agents de santé primaires, ni de personnel qui peut fonctionner comme leurs superviseurs immédiats. *Ce qui manque, ce sont des leaders, des chefs d'équipe.* Si nous voulons fournir de bons soins primaires, il est essentiel que nous formions des leaders qui connaissent la médecine moderne et sa pratique, qui sachent comment obtenir la coopération et le soutien des collectivités dans lesquelles ils travaillent et qui sachent comment élaborer des grilles d'accomplissement de tâches (task performance protocols). Il faut aussi qu'ils sachent mettre en œuvre et superviser le type de contrôle de qualité que

nous avons décrit et ils doivent savoir motiver leurs collaborateurs.

Il faut relever que l'intérêt intellectuel qu'il y a dans le diagnostic et le traitement de patients qui sont envoyés au médecin après triage (referral) est bien plus grand que celui des cas que voit habituellement le médecin généraliste ou le pédiatre. Les satisfactions psychologiques qu'il y a à être responsable des prestations de soins médicaux primaires de haute qualité pour des dizaines de milliers de personnes et le prestige social d'être le meneur de dizaines d'agents de soins primaires sont considérables. De plus, comme le rapport coût-efficacité d'un tel système est tellement meilleur que celui d'un système médical conventionnel, il devrait être possible de rémunérer suffisamment bien les médecins qui y travaillent pour les attirer et les garder. Dans les régions en développement, un problème important pour beaucoup de médecins est de s'assurer que leurs familles aient à disposition des possibilités satisfaisantes sur le plan des écoles et des activités culturelles et de loisir. L'organisation d'un système de soins primaires devrait permettre à la plupart des médecins-chefs d'équipe de vivre dans des villes où ces avantages existent.

Soulignons pour finir que le programme de formation de ces médecins (Community physicians) mettra plus l'accent sur la socio-anthropologie et le développement communautaire que sur la fibrose kystique du pancréas et la chirurgie cardiaque. La mise en œuvre à large échelle de soins de santé primaires intégrant la collectivité, les familles et les agents de santé non médecins, sous la direction d'un «community physician», est une mission importante et difficile, qui cependant peut améliorer bien plus la santé dans le monde que n'importe quelle nouvelle découverte scientifique.

Résumé

Les efforts-pilotes de formation et d'utilisation de personnel fournissant des soins de santé primaires, tels que celui sur lequel est basé cet article, entrepris dans le cadre de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama, au Guatemala, ont démontré qu'il est possible de déléguer à de tels agents non seulement des tâches préventives mais aussi des gestes diagnostiques et thérapeutiques. L'expérience prouve que, dans des contextes socio-économiques défavorisés en tout cas, l'emploi de ces agents est efficace, acceptable pour les collectivités concernées et met à la disposition de celles-ci des soins plus adéquats que ce qui existait auparavant.

Les soins médicaux primaires, selon l'auteur, embrassent toutes les actions d'une famille, ou concernant une famille, qui touchent à sa santé jusqu'au moment où le patient entre à l'hôpital ou est envoyé à un spécialiste. Ils prennent place dans la communauté et, surtout, commencent à domicile. Un de leurs buts majeurs est d'inculquer et de faire pratiquer par tous de meilleures habitudes de santé (hygiène de vie). Dans un système de soins médicaux primaires, la collectivité aura beaucoup plus à dire sur l'organisation des soins que dans le modèle médical conventionnel, ce qui représente certaines contraintes. Pour ces diverses raisons, il est indispensable que s'établisse et se maintienne une collaboration effective entre la collectivité et les professionnels de santé. Il faut de plus qu'existe un système précis de contrôle de la qualité des prestations des agents de santé primaires.

S'agissant de la formation, on part des principes que l'on fait le mieux ce que l'on fait souvent et que les compétences non utilisées, surtout si elles sont relativement complexes, s'atrophient. Il faut

aussi qu'une décision soit prise quant au système de triage qui sera utilisé. Il convient alors d'établir une liste de tâches standards après étude selon une grille ad hoc (task performance protocol), et d'élaborer un manuel de travail les décrivant en termes compréhensibles pour les agents à former. La formation de ces derniers est un *apprentissage*, comprenant l'observation du travail fait par d'autres, puis l'accomplissement des tâches sous l'observation directe d'un agent de santé expérimenté et finalement le travail autonome qui, cependant, sera de façon permanente supervisé par un professionnel-chef d'équipe. L'étude des modalités praticables et efficaces de contrôle de la qualité dans le cadre de cette supervision doit faire l'objet de recherche opérationnelle (un exemple est donné dans l'article complet en langue anglaise).

Qu'un tel système permette de fournir à la majorité des habitants de la planète, et bien plus économiquement, des soins en quantité et qualité meilleures que jusqu'ici ne peut plus être mis en doute. Il faut savoir cependant que sa mise en œuvre se heurte à des difficultés, dues en particulier à certaines attitudes que les professionnels de santé reçoivent lors de leur formation. Il est important que, dès maintenant, la formation des médecins, infirmières, etc., tienne compte des résultats de l'évaluation objective de programmes de prestations de soins organisés selon des modalités nouvelles.

Summary

Basic Issues in the Training and Supervision (Quality Control) of Primary Care Personnel

Pilot efforts in the training and use of primary health care personnel, such as the one this paper draws from, which was undertaken with the Nutrition Institute of Central America and Panama (INCAP), in Guatemala, have shown that it is possible to delegate to such workers not only preventive tasks but also diagnostic and therapeutic ones. This and other practical experiences demonstrate that, in unprivileged socioeconomic contexts in any case, the utilization of such personnel is effective, acceptable for the concerned communities and puts at the latter's disposal better health care than that which existed before.

According to the author, primary medical care includes all those actions by (and with) a family which affect its health up to the moment a patient enters a hospital or is referred to a specialist. They take place in the community and, most importantly, begin at home. One of their major goals is to better the family's health habits. In a primary care system, the community will have much more to say about how the system is organized than in the conventional medical model, and this represents certain constraints. For these reasons, it is indispensable that an effective collaboration be established and maintained between the community and the health professionals. Also, a precise control system of the quality of the care provided by the primary workers must be implemented.

As regards training, basic principles are that one does best those tasks one does most often and that, no matter how good the training, unused skills atrophy. Decisions must be made also as to the triage system which shall be used (linear and hierarchical or like a switchboard). One needs to study and select the relevant set of standard operating procedures and to describe them in a compendium of task performances understandable to the prospective primary health workers. The training of this personnel is an *apprenticeship* consisting in observation of work done by others and memorization of the contents of the compendium, then of practice in the presence of an experienced primary care person, and finally in autonomous work which, however, shall be *permanently* supervised by a team leader (professional). Practicable and efficient ways of quality control, in the framework of this supervision, have to be studied using the methods of operational research. (An example is given in the original article.)

There is no longer any doubt that such primary care systems can provide much less expensive health care in greater quantity and quality to the majority of the world population than that which has been available heretofore. However, their implementation is still difficult, due in particular to attitudes health professionals receive during their training. It is important that, from now on, the education of physicians, nurses, etc., take into account the objective evaluation results of such innovative programmes and recognize that there is no "single best model" of providing care.

Zusammenfassung

Grundlegende Ergebnisse bezüglich der Ausbildung und der Supervision (Qualitätskontrolle) von Personal in der primären Gesundheitsversorgung

Wegweisende Versuche in der Ausbildung und im Einsatz von Personal der primären Gesundheitspflege, wie jener, welchen dieser Artikel, der mit dem Ernährungsinstitut von Zentralamerika und Panama (INCAP) in Guatemala unternommen wurde, behandelt, haben gezeigt, dass es möglich ist, diesen Mitarbeitern nicht nur präventive Aufgaben anzuvertrauen, sondern auch solche der Diagnose und der Therapie. Diese und andere praktische Erfahrungen zeigen, dass der Einsatz dieses Personals in unterprivilegierten sozioökonomischen Kontexten wirksam ist, annehmbar für die betroffenen Gemeinden und auch deren Gesundheitsversorgung besser gewährleistet als je zuvor.

Nach Auffassung des Autors umfasst primäre medizinische Versorgung alle jene die Gesundheit betreffenden Aktionen, die eine Familie unternimmt oder die in einer Familie durchgeführt werden, bis zu dem Augenblick, in dem ein Patient in ein Krankenhaus eintritt oder an einen Spezialisten verwiesen wird. Sie haben in der Gemeinde einen festen Platz inne und, was am wichtigsten ist, sie beginnen zu Hause. Eines ihrer Hauptziele ist es, die Gesundheitsgewohnheiten der Familien zu verbessern. In einem primären Versorgungssystem hat die Gemeinde bei der Organisation des Systems viel mehr Mitspracherecht als im konventionellen medizinischen Modell, was gewisse Zwänge darstellt. Aus diesen Gründen ist die Herstellung und Aufrechterhaltung einer wirksamen Zusammenarbeit zwischen der Gemeinde und den Gesundheitsfachleuten unerlässlich. So muss auch ein genaues Kontrollsystem der Qualität der Versorgung, die durch die Primärversorger geleistet wird, verwirklicht werden.

Was die Ausbildung betrifft, so sind die grundlegenden Prinzipien die, dass jene Aufgaben nach bestem Können ausgeführt werden, die am häufigsten vorkommen, und dass, gleichgültig wie gut die Ausbildung war, nicht benötigte Fertigkeiten schwinden. Es muss auch eine Entscheidung bezüglich des zu verwendenden Triageverfahrens getroffen werden. Eine relevante Reihe von Standardverfahren, die verwendet werden, muss studiert, ausgewählt und in einem aus der Sicht des Primärgesundheitspflegers verständlichen Abriss von auszuführenden Aufgaben beschrieben werden. Die Ausbildung dieser Fachkräfte ist eine *Lehre*, die in der Beobachtung von Ausgebildeten bei der Arbeit, im Auswendiglernen der Inhalte des Compendiums, in praktischer Arbeit im Beisein einer ausgebildeten Person und schliesslich in eigenständiger Arbeit unter ständiger Aufsicht eines Gruppenleiters (Fachmann) besteht. Man muss durchführbare und wirksame Mittel der Qualitätskontrolle, die im Rahmen der Supervision eingesetzt werden können, studieren, indem man Methoden der «Operations Research» bei der Arbeit anwendet. (Ein Beispiel ist im Originalartikel beschrieben.)

Es bestehen nicht länger Zweifel darüber, dass solche Primärversorgungssysteme Gesundheitsversorgung weniger kostspielig, in grösserer Quantität und Qualität für die Mehrheit der Weltbevölkerung vermitteln als jene, die bis heute verfügbar waren. Jedoch ist ihre Verwirklichung immer noch schwierig, was auf die Einstellungen, die die Professionellen während der Ausbildung erwerben, zurückzuführen ist. Es ist wichtig, die objektiven Resultate der Evaluation solcher Innovationsprogramme in die Ausbildung von Ärzten, Krankenschwestern usw. einzubeziehen und anzuerkennen, dass es nicht ein «bestes Modell» der Gesundheitsversorgung gibt.

Références

- [1] Essex, B. J., Diagnostic Pathways in Clinical Medicine, Edinburgh, London et New York, Churchill Livingstone (1976).
- [2] Flexner, A., Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4, New York (1910).
- [3] Habicht, J.-P., and Working Group on Rural Medical Care, Delivery of primary care by medical auxiliaries: Techniques of use and analysis of benefits achieved in some rural villages in Guatemala. Washington, D.C.: PAHO/WHO Scientific Publication No 278, Medical Care Auxiliaries, 24–27 (1973).

- [4] *Habicht, J.-P., Reyna-Barrios, J. M., Guzman, G., and Gordon, J. E.*, Health services in field study of malnutrition: professional content, operation expediency, ethical considerations. INCAP Publication DE-449 (1976a).
- [5] *Horwitz, A.*, PAHO/WHO Scientific Publication No 278, Medical Care Auxiliaires, 23 (1973).
- [6] *INCAP*, Section 3 du Chapitre «Consulta Externa», in «Manual de Operaciones de la División de desarrollo Humano», Instituto de Nutrición de Centro América y Panama, Guatemala (1972).
- [7] *Lanari, A.*, PAHO/WHO Scientific Publication No 278, Medical Care Auxiliaires, 38 (1973).
- [8] *OMS*, Participation et santé (K. W. Newell, dir. publ.). Genève: Organisation mondiale de la santé (1975).
- [9] *Wale, F., and Isales, C.*, The Meaning of Community Development. Community Development Bulletin 15, 90–101 (1964).

Erwägungen zur Integration medizinischer Entwicklungszusammenarbeit in den kulturellen und sozioökonomischen Kontext des Einsatzgebietes

Zum Beispiel der Arbeit des Putina-Ärzteteams in Peru¹

A. Cadotsch²

Einleitung

Der zunehmende Bedarf armer Völker an präventiver und kurativer medizinischer Versorgung hat in den letzten Jahrzehnten auch in Peru dazu geführt, Erkenntnisse der modernen Medizin den benachteiligten Bevölkerungsschichten zukommen zu lassen. Das schweizerische Ärzteteam Putina (Puno) arbeitet seit 1971 mit dem peruanischen Gesundheitsministerium am Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes, der den lokalen sozioökonomischen Gegebenheiten angepasst wird. Diesem Postulat liegt der Gedanke zugrunde, dass einheimische, authentische Entwicklungstendenzen ausländischen Übertragungen überlegen sind und mittelfristig auch ohne äussere Hilfe weiter bestehen sollten. Die Kontinuität dieses sozialmedizinischen Programmes wird heute durch die politische und ökonomische Krise des Landes bedroht. Die Besinnung auf die Werte und eine weitergehende Integration der unabhängigeren, traditionellen Heilmethoden ist dadurch aktualisiert worden.

Geschichte der Heilkunde in Puno (Peru)

Puno ist die ärmste Region der peruanischen Anden [7, 8]. 90 % von 850 000 Einwohnern dieses Departementes sind Indios, die ein halbes Jahrtausend nach der Zerstörung des Inkareiches durch die Spanier noch immer Teile ihrer ehemaligen Hochkultur bewahrt haben.

In ihrer traditionellen Heilkunde vermittelten einheimische Geburtshelferinnen und Kräuterheiler ursäch-

Seit 1971 arbeitet das ins peruanische Gesundheitsministerium integrierte Schweizer Ärzteteam Putina am Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes. Die Erfahrung zeigt, dass der Erfolg dieses Programms durch die politisch-ökonomische Evolution bedroht werden kann.

liche Behandlungsmethoden (z. B. Schienung von Knochenbrüchen und Trinkkuren) [15]. Diese ergänzten das magische Zeremoniell der Curanderos (Medizinmänner) und Brijos (Hexer), die überlieferte Auffassungen von schwerem Leiden und Tod bewahrt haben.

Die von den Spaniern importierte abendländische Medizin entwickelte sich seit Jahrhunderten unter europäischem Einfluss für die privilegierte Bevölkerung der Städte. Da sie, ebenso wie die einheimische Medizin, die Ursachen der meisten ansteckenden Krankheiten nicht kannte, wurden in Peru bis Ende des letzten Jahrhunderts alle sozialen Schichten in gleicher Weise von schweren Seuchen heimgesucht. Erst als in unserem Jahrhundert die moderne Medizin effiziente therapeutische und vorbeugende Massnahmen gegen Infektionskrankheiten entdeckte, kamen diese lediglich den Reichen und nicht der armen Landbevölkerung zugute, wodurch die Medizin der Industrieländer zu einer Verschärfung der sozialen Gegensätze beitrug [1]. Einzelne fortschrittliche Ärzte und später der peruanische Staat versuchten etwas gegen dieses Ungleichgewicht zu unternehmen.

Dr. Manuel Nuñez Butrón hat in den dreissiger Jahren als Provinzarzt von Juliaca (Puno) einen völlig neuen Weg der Gesundheitsfürsorge beschritten. 1935–1948 arbeiteten in den Quartieren und Nachbargemeinden der Stadt junge Männer, die sich Rijcharis nannten,

¹ Gestützt auf ein Referat anlässlich der Konferenz für Entwicklungszusammenarbeit über «Gesundheit und Entwicklung» in Bern, 15. Juni 1978.

² Abteilungsarzt, psychiatrische Klinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See, 1974–1976 Mitglied und heute Berater des Ärzteteams Putina (Peru).