AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

PN-ABQ-215

RÉÉVALUATION DE LA FORMATION SSP

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698 0421)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

CE DOCUMENT A ÉTÉ APPUYÉ PAR BUREAU FOR AFRICA, OFFICE OF OPERATION AND NEW INITIATIVES (ONI) ET OFFICE OF ANALYSIS, RESEARCH AND TECHNICAL SUPPORT (ARTS), UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (A.I.D.) - L'AGENCE DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL - DANS LE CADRE DU PROJET AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE - COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES (ACSI-CCCD), PROJET RÉGIONAL POUR L'AFRIQUE #698-0421, WASHINGTON, D.C.

ÉDITION TRADUITE DE L'ANGLAIS: OCTOBRE 1992

CETTE ÉTUDE A ÉTÉ RÉALISÉE PAR L'ÉQUIPE DU PROJET ACSI-CCCD AUX CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION ET NE RÉFLÈTE PAS NÉCESSAIREMENT LES IDÉES ET OPINIONS DES CDC OU DE L'USAID (AGENCE DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL). LES OPINIONS EXPRIMÉES DANS CE DOCUMENT N'ENGAGENT QUE LEURS AUTEURS. LA REPRODUCTION PARTIELLE OU INTÉGRALE DE CE DOCUMENT POUR DES UTILISATIONS NON COMMERCIALES EST AUTORISÉE AVEC MENTION DE LA SOURCE.

TOUTE CORRESPONDANCE RELATIVE À CE DOCUMENT DOIT ÊTRE ADRESSÉE À:

ACSI-CCCD TECHNICAL COORDINATOR
INTERNATIONAL HEALTH PROGRAM OFFICE
CENTERS FOR DISEASE CONTROL
AND PREVENTION
ATLANTA, GEORGIA 30333
FAX (404) 639-0277

PN-ABQ-215

"POINT DE VUE"

Réévaluation de la formation SSP

Jennifer Bryce,*[1] Felicity Cutts,[2]
Joseph F. Naimoli,[1] Mark Beesley[3]

*Les trois premiers auteurs sont cités par ordre alphabétique;
tous ont contribué de façon égale à la préparation du manuscrit.
[1] Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division,
International Health Program Office, Centers for Disease Control and
Prevention (CDC), U.S. Public Health Service.
[2] London School of Hygiene and Tropical Medicine and Save the
Children Fund (U.K.).
[3] Save the Children Fund (U.K.).

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

RÉÉVALUATION DE LA FORMATION SSP

L'efficacité des interventions de soins de santé primaires (SSP) dépend non seulement de ce qui est fait, mais également de la façon dont cela est fait et de l'échelle à laquelle cela est fait. Dans la plupart des programmes qui visent à améliorer la qualité et la couverture des services de SSP dans les pays en voie de développement, la formation constitue une composante majeure. Ceux qui jouent un rôle en SSP reconnaissent l'importance de l'existence d'une formation; cependant, ils continuent à lutter pour accentuer la contribution de cette formation au développement global des SSP. Certains des problèmes principaux associés à la formation, qui se posent aux organisateurs et aux directeurs des SSP, sont résumés ici. Plusieurs questions que nous étudions ont été abordées dans la littérature professionnelle, mais la plupart, à ce jour, restent des sujets de conversation non publiés entre des directeurs de SSP, d'autres professionnels de la santé publique et des agences internationales d'assistance technique. Nous les regroupons dans cet article sous la forme d'une série de questions, afin de susciter des discussions et des actions ultérieures dans le milieu de la santé publique. Chaque question concerne à la fois la formation avant l'emploi (ou pré-emploi) et la formation qui a lieu une fois que les agents de santé ont pris leur poste (formation continue). Nous nous concentrons sur la formation continue des agents de santé dans le secteur public (subventionné par le gouvernement), et tirons nos exemples des pays africains.

RÉÉVALUATION DE LA FORMATION SSP

QUESTION 1:

Une formation constitue-t-elle à elle seule la solution aux problèmes de prestation des soins de santé primaires?

Lorsqu'un problème de prestation des services de santé est identifié, la réponse immédiate est généralement d'entamer ou d'étendre un programme de formation continue. Bien qu'une formation continue puisse améliorer les connaissances et les compétences d'un agent de santé,[1,2] l'aptitude à réaliser correctement une tâche ne garantit pas, en elle-même, que des services de qualité adéquate seront fournis.[3,4,5] En Côte d'Ivoire et dans l'état du Niger, au Nigéria, les agents de santé furent capables d'assurer un traitement correct des enfants atteints de fièvre et de diarrhée, après avoir participé à un programme de formation continue. Cependant, des insuffisances en sels de réhydratation orale au Nigéria et en médicaments anti-paludéens en Côte d'Ivoire les empêchèrent d'administrer un traitement correct dans les centres de santé.[6] Une évaluation de la prestation des services de santé au Mozambique révéla que plus de 50% des problèmes de performance étaient attribuables à un support logistique inadéquat. Pour que les compétences des agents de santé puissent améliorer la qualité des services, il faut des technologies efficaces, une disponibilité des produits de première nécessité, une assistance pour le personnel médical, une participation communautaire et des ressources adéquates.[4]

L'amélioration du système de soins de santé primaires commence et se poursuit par l'identification de la nature, l'étendue et les causes des problèmes de prestation des services. Si des compétences ou des connaissances inadéquates sont identifiées comme part du problème, une formation sera nécessaire, mais celle-ci devra s'intégrer parfaitement à d'autres stratégies destinées à améliorer la qualité des services fournis. L'idéal serait que, par exemple, la formation continue du personnel se fasse avant une éducation communautaire visant à améliorer l'utilisation des services, et après l'institution d'un système qui assure la disponibilité des matériels et médicaments nécessaires.

Une formation peut être ou non une solution appropriée à un problème particulier au niveau de la prestation des services de SSP, mais une formation est rarement la seule solution pour de tels problèmes.[7] Les ministères et leurs partenaires d'assistance technique doivent réexaminer la distribution de leurs subventions pour s'assurer que les nouvelles compétences acquises par une formation sont accompagnées sur le terrain, d'un approvisionnement adéquat de produits de première nécessité et d'autres matériels nécessaires au système de SSP.

QUESTION 2:

Un transfert de technologie constitue-t-il l'objectif le plus important d'une formation continue en soins de santé primaires?

Au cours des années 80, les activités de formation continue en SSP mirent l'accent sur le transfert des compétences concernant aussi bien des techniques simples permettant la survie d'un enfant que des techniques fondamentales d'administration du personnel de santé dans les pays en voie de développement. Des modules de formation furent organisés, présentant des algorithmes standards de traitement de cas de diarrhée et de paludisme, ainsi que la détermination d'objectifs, l'évaluation et la gestion de logistique pour des aspects spécifiques des programmes de SSP. Ces modules ont été amplement utilisés pour présenter de nouvelles technologies et construire les fondations d'une approche spécifique à chaque pays, pour la résolution des problèmes.

Au cours des années 90, des compétences supplémentaires seront nécessaires en terme de planification, de gestion et de résolution de problèmes de la santé publique.[8,9,10,11] Les directeurs de programmes doivent avoir les moyens de développer des approches sensibles et adaptées aux éléments culturels, afin de répondre aux problèmes anciens et nouveaux de santé publique , tels que le paludisme, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles, y compris le S.I.D.A. Depuis juillet 1991, les directeurs des programmes de lutte contre le paludisme de la plupart des pays d'Afrique francophone développent ces compétences par l'intermédiaire d'une "Initiative Paludisme" conçue par les Ministères de la Santé africains, l'Organisation Mondiale de la Santé, les Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies (Centers for Disease Control and Prevention) et l'Agence Américaine pour le Développement International (U.S. Agency for International Development). Ce programme est soigneusement surveillé et évalué, afin de déterminer ses éventuelles contributions au cours d'interventions contre d'autres maladies.

Comme le montre l'"Initiative Paludisme", outre le transfert de technologies et de techniques, les programmes de formation continue devront de plus en plus développer des compétences en définition de politiques, analyse et utilisation des données, aussi bien que des responsabilités plus étendues, telles que le développement de ressources humaines, le budget et les finances, le matériel, l'infrastructure et une coopération effective avec les familles et les communautés. En République Centrafricaine, par exemple, les directeurs des soins de santé primaires effectuent une révision de leur programme de médicaments essentiels, comprenant une évaluation des objectifs actuels, une comptabilisation des produits de première nécessité portant sur diverses interventions de SSP et une analyse des alternatives possibles en termes de mécanismes de recouvrement des coûts.

QUESTION 3:

Les ateliers de travail constituent-ils un programme lors d'une formation continue?

Les Ministères de la Santé et les bailleurs de fonds, lorsqu'ils considèrent une formation continue, organisent, selon une idée préconçue, des activités ponctuelles, en temps limité telles que des ateliers de travail ou des séminaires. Une formation efficace nécessite une évaluation des besoins afin de développer des objectifs d'apprentissage et des projets de surveillance et de suivi. Une remise à jour sur le terrain lors d'un suivi, est une composante essentielle de la formation

continue.[8,9] Des équipes indépendantes des Ministères de la Santé démarrent souvent des ateliers de travail sans avoir passé suffisamment de temps à effectuer ou examiner les évaluations des besoins locaux, ou à aider les Ministères de la Santé à développer des techniques, à financer et à s'engager dans la mise en application sur le terrain de ces nouvelles compétences.

Pour qu'une formation soit efficace, les compétences des agents de santé doivent être évaluées à plusieurs reprises.[2] Le niveau des connaissances et des compétences des agents de santé participant à un programme de formation continue au Nigéria, par exemple, fut évalué à trois reprises: avant la formation, à la fin de la période de formation et plusieurs mois plus tard sur le terrain. Les résultats démontrèrent que, bien que les programmes de formation améliorent considérablement les compétences, les sujets abordés au cours du programme ne sont pas totalement maîtrisés par les participants.[2] Afin d'effectuer de telles évaluations basées sur les compétences, des méthodes spécifiques et applicables doivent être développées et mises en oeuvre.

L'amélioration du système de supervision est souvent le point central des discussions concernant à la fois le suivi sur le terrain et les efforts destinés à évaluer les contraintes de direction, d'administration et de ressources affectant les performances des agents de santé. Bien que les directeurs de programmes africains aient reconnu qu'une supervision efficace est d'une importance essentielle à l'amélioration et au maintien de la qualité des services de SSP, peu de pays ont été capables de développer des systèmes de supervision durables qui répondent aux besoins des agents de santé de première ligne. Il faut fournir des exemples de supervision efficace et durable, car cette supervision pourrait éventuellement renforcer les effets positifs d'ateliers de travail périodiques et mettre à jour d'autres contraintes de performance au moment de la prestation des services.[10] Il faudra investir en recherche opérationnelle, sur des modèles appropriés, pour déterminer des stratégies combinant formation et supervision destinées à améliorer et à maintenir les performances des agents de santé,[11,12] et pour trouver des mécanismes de financement de ces activités.

Des ateliers de travail ne constituent pas, à eux seuls, un programme de formation. La définition au sens large du terme "formation" doit inclure une détermination des besoins et une planification, un suivi sur le terrain, et une évaluation. Un effort plus important devrait porter sur le développement de stratégies qui complètent la formation, telles que la supervision.

QUESTION 4:

Des cours standardisés constituent-ils le moyen le plus rentable de transmettre de nouvelles technologies à de grands nombres d'agents de santé?

Devant utiliser des technologies simples de SSP pour former le plus grand nombre de personnes, le plus rapidement possible, des agences internationales ont investi dans le développement, la mise à l'essai et la diffusion de cours standardisés comprenant à la fois les matières à enseigner et des méthodes suggérées d'enseignement. Les avantages de ces cours reposent sur le fait qu'ils peuvent être:

- insérés à différents niveaux dans le système de prestation des services de santé;
- adaptés aux situations locales par des instructeurs possédant peu d'expérience dans le domaine de l'éducation des adultes;
- incorporés rapidement dans des programmes de formation, à un coût minime pour les Ministères de la Santé, car les pays n'ont alors pas à investir temps et ressources nécessaires au développement de leurs propres cours; et
- utilisés pour promouvoir des procédures conformes aux normes internationales de santé.

Les cours tout préparés ont également des limitations. Le contenu, le format et les instructions aux formateurs, lorsqu'ils sont pré-déterminés, ne permettent pas, en général, de prendre en compte le niveau de compétence pré-existant des stagiaires. Par exemple, certains manuels de détermination d'objectifs surestiment largement le niveau des compétences du personnel de district,[2] et les cours de formation des cadres ne tiennent généralement pas compte de façon réaliste du peu d'autonomie dont dispose le personnel de district.[3] Souvent,les cours conçus pour être utilisés à la fois dans une salle de classe et dans les centres de santé ne sont pas expliqués et démontrés de façon adéquate pendant la formation et ils sont, par conséquent, très peu utilisés sur le terrain.

Bien qu'il y ait certainement des informations standards d'un système culturel ou administratif à un autre, les cours de formation doivent s'adapter aux besoins et aux priorités de la santé publique, qui varient considérablement en fonction du pays et du niveau de développement du système de santé. Bien que des efforts croissants visant à une adaptation locale des cours standardisés soient réalisés,[4] le succès dépendra de la mise en place d'organismes nationaux prêtant assistance au processus d'adaptation et garantissant un droit de "propriété" local sur les cours qui ont été adaptés.

Une question rarement posée consiste à savoir si des documents écrits rendraient une formation SSP plus efficace aux niveaux périphériques. La plupart des pays en voie de développement ont une solide tradition d'enseignement oral, dans un cadre officiel ou non. Au Mozambique, un centre provincial de formation continue a utilisé de moins en moins de cours venant de l'extérieur, à mesure que les centres de Santé étaient éloignés, et les instructeurs et les stagiaires se posèrent ensemble la question: "Comment en utilisant le matériel disponible sur place, peut-on expliquer ce concept ou cette technique aux mères?".[b] Les nouveaux cours pourraient ne pas comprendre de documents rédigés de façon classique, mais plutôt un ensemble réduit de fiches illustrées et de documents pédagogiques.

Les membres du personnel des Ministères de la Santé de certains pays africains et asiatiques ont développé leur propres cours, et ils ont, alors, exprimés un réel désir de développer davantage leurs compétences dans ce domaine.[1,13,14,15] A l'intérieur d'un pays,le développement du contenu d'une formation permet de tenir compte du contexte de la formation, de telle sorte que les agents de santé reçoivent un enseignement à leur niveau et à leur rythme afin de réaliser un travail. Le développement de cours "sur mesure", au niveau national, exige beaucoup de temps et de moyens, mais, grâce à une participation directe des instructeurs à la mise au point des cours, des documents et des méthodes pédagogiques, et à leur enseignement, les avantages dont bénéficient les stagiaires et les Ministères de la Santé pourraient avoir des conséquences notables à long terme sur les programmes de SSP.[3,16,17]

En raison des difficultés afférentes à la production et à la mise à jour des cours, il serait souhaitable d'évaluer les avantages et les inconvénients de différents types de documents, tels que des fiches de formation modulaire, des fichiers et des manuels ou des listes de contrôle couvrant les normes le programme.[c] Des recherches supplémentaires pourront déterminer comment et dans quelle mesure des documents écrits peuvent aider, à la fois, les instructeurs et les stagiaires, à maîtriser les compétences essentielles aux programmes de SSP.

Des cours standardisés ne sont pas nécessairement, à long terme, la méthode la plus rentable de formation en SSP. Il est possible qu'il faille former plus d'instructeurs ayant des compétences dans le domaine de la mise au point des cours, de l'enseignement et de l'évaluation, et utiliser moins de cours tout préparés. Il faudra étudier de nouveaux modèles pour développer des cours adaptés aux différents niveaux du système de santé.

a Voir, par exemple, la brochure intitulée "Comment Utiliser le Guide de Conseils au Mères", qui est développé à l'heure actuelle par la Division des Maladies Diarrhéiques et du Contrôle des Maladies Respiratoires Aiguës de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève et qui fournit des directives détaillées sur la façon dont des messages et des cours peuvent être adaptés à des pays ou des zones spécifiques.

b Save the Children Fund (Fondation Sauvons les Enfants). Evaluation du projet de formation continue des agents de santé, Zambezie, Mozambique. Document non publié, 1991.

c Des efforts considérables sont appliqués à cette question par le Projet d'Assurance de Qualité subventionné par A.I.D. et mis en oeuvre par University Research Corporation, Center for Human Services à Bethesda, dans le Maryland.

QUESTION 5:

L'introduction dans un cours, de méthodes de participation, est-elle suffisante pour assurer un enseignement efficace dans les programmes de formation en soins de santé primaires?

Les méthodes qui encouragent une participation active de la part des stagiaires pendant la formation (par exemple, exercices de mise en scène, de démonstrations, de résolution de problèmes par petits groupes) sont souvent considérées comme les meilleures en formation SSP. Cependant, la méthode utilisée est moins importante que la qualité de l'enseignement. Les méthodes de participation sont difficiles à maîtriser, en particulier lorsque les instructeurs ont été eux-mêmes éduqués selon des méthodes didactiques. De brèves sessions de formation des instructeurs ne suffisent pas à apprendre l'utilisation correcte des techniques d'enseignement par participation; un enseignement efficace devra offrir d'avantage d'opportunités de mise en pratique, d'enseignement par équipe et de modélisation. Le Cours d'Enseignement des Soins de Santé Primaires offert par la Liverpool School of Hygiene and Tropical Medicine (Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Liverpool) consacre trois mois à l'enseignement de ces compétences au personnel des SSP des pays en voie de développement.

Les méthodes pédagogiques doivent être soigneusement sélectionnées pour s'adapter au type d'enseignement qui est recherché, à l'expérience, la confiance et l'aisance de l'instructeur, à la durée disponible de formation et à la diversité des participants (par exemple, langage, position hiérarchique, sexe) dans des conditions de formation données. Il est possible que des méthodes d'enseignement par transfert de compétence, considérées comme efficaces, soient adaptées ou modifiées pour aborder des compétences de pensée critique et de résolution des problèmes.[11,18] Par exemple, si les directeurs de programmes africains responsables des programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose doivent réagir rapidement aux modifications des schémas de résistance aux médicaments, des sessions utilisant papier et crayons, consacrées à la mise en pratique des compétences de synthèse et d'interprétation des données devront compléter les archétypes de présentation et de discussion utilisés pour développer des compétences dans le domaine de la distribution des produits de première nécessité.

L'introduction de méthodes de participation dans un cours ne garantit pas, en elle-même, un enseignement efficace. Les responsables de planification devraient analyser les compétences et l'expérience des instructeurs disponibles et déterminer les méthodes nécessaires à l'accomplissement des objectifs d'enseignement.[15] Si des méthodes de participation sont justifiées, les responsables de planification devraient soit investir suffisamment de temps et de moyens pour assurer une utilisation efficace de ces méthodes, soit trouver la meilleure alternative susceptible d'être correctement appliquée par les instructeurs disponibles.

QUESTION 6:

Si l'on transfère des compétences techniques à des personnes occupant des postes à responsabilité, assureront-elles à leur tour le transfert de ces compétences aux personnes avec qui elles travaillent?

L'hypothèse d'une formation en "cascade" va déterminer, en général, la sélection des participants pour les ateliers de travail et les séminaires. Les responsables de centres médicaux ou de programmes spécifiques sont fréquemment invités à assister à des ateliers de travail, l'hypothèse étant qu'ils formeront leurs collègues lors de leur retour sur leur lieu de travail. Afin que des participants à un atelier de travail transfèrent à d'autres leurs compétences et leurs connaissances, ils doivent avoir le pouvoir et les moyens d'organiser une formation continue au niveau local et d'y assurer le suivi; ils doivent être en mesure d'utiliser efficacement les techniques pédagogiques nécessaires; ils doivent considérer la formation comme une part importante de leur travail; ils ne

doivent pas se sentir menacés par le fait de transmettre des informations et des compétences qu'ils peuvent considérer comme des biens privilégiés; et ils doivent bénéficier d'une assistance et d'un encouragement de la part de leurs supérieurs.4,11 Peu de ces considérations sont prises en compte dans la plupart des programmes de formation de type "cascade", et c'est pourquoi il n'est pas surprenant que, en réalité, ce transfert de compétences ait rarement lieu.

Sans un effort et une attention supplémentaires, il est peu probable que des essais du type "cascade", lors d'une formation SSP, apporteront une amélioration des performances au niveau périphérique. Pour atteindre cet objectif, les directeurs de programmes devront soit soutenir et renforcer les activités de formation de deuxième génération, soit développer des stratégies de formation directe du personnel à tous les niveaux.

QUESTION 7:

Au niveau national, la responsabilité d'une formation continue devrait-elle incomber à un organisme centralisé qui associerait les programmes verticaux ou spécifiques à une maladie?

En dépit de sa simplicité attrayante, la solution qui consiste à établir une structure gouvernementale idéale pour l'organisation des programmes de formation SSP peut être irréaliste. Les besoins nationaux, les ressources, les réalités politiques et les structures organisationnelles existantes doivent déboucher sur le développement d'un système administratif efficace pour soutenir la formation continue. Les probables inconvénients d'un bureau national de formation sont: le manque de crédibilité des instructeurs vis-à-vis du personnel technique, une compétition avec les programmes spécifiques à une maladie pour un budget déjà réduit et des difficultés à obtenir une nécessaire coopération de la part du personnel technique. La décision de développer un bureau national de formation sera également affectée par le degré de décentralisation de la direction des services de santé.

Une association d'organismes, tels qu'un bureau national de formation travaillant en collaboration étroite avec des organismes plus petits faisant partie de différents départements techniques ou à divers niveaux du système de santé, pourrait fournir la synergie nécessaire au succès dans de nombreux pays. En l'absence de centres de formation nationaux ou départementaux en République Centrafricaine[a] et au Ghana[10], l'introduction de responsables médicaux de province ou de district dans les réseaux d'instructeurs nationaux a permis de mieux adapter les cours de formation continue aux réalités du travail sur le terrain.

Il n'y a pas de structure administrative qui garantisse une formation SSP de grande qualité et très étendue. Une autre manière de voir serait d'évaluer leur aptitude à fournir une formation complémentaire destinée à aborder les compétences qui ne figurent pas dans la formation pré-emploi, et à promouvoir une amélioration à long terme des cours de la formation pré-emploi. Ce processus de développement doit être basé sur des priorités du pays et sur une aptitude à changer.[4]

a Rapport annuel ACSI CCD, Département de la Médecine Préventive et des Principales Maladies Endémiques, Ministère de la Santé, Bangui, République Centrafricaine, 1989

QUESTION 8:
La formation aux soins de santé primaires est-elle viable?

La viabilité de projets, ou même le maintien des conditions de santé, est actuellement d'une importance capitale au sein de la communauté de la santé publique.[20,21] La formation s'est révélée comme part importante de la viabilité d'un projet, car elle peut susciter un intérêt pour les projets de santé parmi les membres du personnel local et leur permettre d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour réaliser ces projets.[21] Bossert[21] propose que les coûts d'une formation continue soient pris en charge par le gouvernement, ce qui suppose que le développement de la formation puisse être réalisé avec des subventions moindres. Les bailleurs de fonds apprécient les ateliers de travail car les fonds peuvent être débloqués rapidement et qu'il y a des résultats mesurables sous la forme du nombre de personnes formées.

Cependant, il y a un risque que les programmes de formation continue puissent agir en fait contre leur propre viabilité. Des séminaires, même courts, peuvent perturber la prestation des services de santé pendant de longues périodes par l'absence du stagiaire. Dans la province de Zambezie, au Mozambique, pour chaque séminaire de formation continue de 1 à 2 semaines, les agents du district passent en moyenne 6 semaines (un huitième de l'année ouvrable) loin de leur travail, et des remplacements sont rarement possibles. Si la formation n'est pas liée à un développement de carrière et à une gestion des effectifs soigneusement planifiés, c'est du temps perdu car le personnel formé peut être soudain transféré à d'autres postes ou les compétences récemment acquises ne sont plus à propos. Certains directeurs de district en sont arrivés à considérer que, au niveau de leur district, une participation aux ateliers de travail est une perte de personnel qualifié. Ils peuvent alors boycotter les ateliers de travail ou y envoyer le personnel dont ils estiment pouvoir le plus facilement se passer, ces personnes étant souvent les moins aptes à en bénéficier.

Les aspects financiers d'une formation continue peuvent aller à l'encontre de sa viabilité. Premièrement, la multiplication des ateliers de travail a accru la concurrence entre les agences. Les bailleurs de fonds peuvent utiliser la formation (dans le pays ou à l'étranger) pour attirer du personnel pour des projets ou des interventions particuliers, notamment s'il n'y a pas coordination ou standardisation des indemnités journalières de la part du gouvernement. En 1987, quatre agences donatrices payaient au même groupe d'agents de santé du Togo, des indemnités journalières différentes pour assister à des ateliers de travail similaires. Deuxièmement, le fait qu'il y ait des indemnités journalières peut amener le personnel à s'attendre à recevoir un paiement pour une formation. Au Mozambique, par exemple, une agence donatrice a récemment payé l'équivalent de 18 mois de salaire, sous forme d'indemnités journalières, à des agents de santé venus assister à un atelier de travail de trois semaines en province. Le fait d'assister à des ateliers de travail ou d'effectuer une supervision est généralement considéré comme des activités "extra", hors du cadre du travail normal des agents de santé. Par conséquent, ces activités cessent dès qu'il n'y a plus de fonds disponibles. Troisièmement, si des centres ou des unités spéciales de formation sont souvent construits grâce aux subventions de bailleurs de fonds, leur entretien s'inscrit dans le budget déjà très tiré du Ministère de la Santé.

Alors que le développement des capacités pré-emploi est susceptible de promouvoir la viabilité des projets de SSP, il faudra déterminer comment les programmes de formation continue peuvent être rendus plus durables. De plus, il faudrait soigneusement examiner les problèmes de viabilité lors de l'organisation des programmes de formation continue aux SSP.

CONCLUSION

Il ne fait pas de doute que les programmes de formation sont, et doivent continuer d'être, un élément fondamental du succès des programmes de SSP. Ce bref examen de questions choisies auxquelles font face les directeurs de SSP n'est, en aucune façon, supposé avoir abordé tous les points et ne prétend pas prescrire de solutions. Malgré tout, chaque question représente un défi: élargir la formation continue au-delà des ateliers de travail dans les zones de supervision et de suivi moins bien définies; continuer à développer des cours modulables en fonction des besoins des agents de santé et des directeurs de programmes; assurer un équilibre entre la formation et les efforts faits pour améliorer la disponibilité des produits de première nécessité; augmenter les compétences des directeurs de programmes en ce qui concerne la mise au point des cours, l'application et l'evaluation; et essayer d'autres modèles pour développer de nouvelles compétences et donner une responsabilité administrative et un soutien aux efforts faits pour maintenir une formation SSP viable. Cette liste de questions n'est qu'une étape visant à augmenter l'efficacité de la formation au sein des programmes de SSP. Nous devons continuer et accroitre nos efforts pour faire face à chacun de ces problèmes et trouver des solutions.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Peter Poore, Kathleen Parker, Mariam Claeson, Stanley Foster, David Gittelman, Gottfried Hirnschall, William Brieger, Andrew Vernon, Ronald Waldman, Ann Voigt et Virginia Sturwold pour leurs commentaires pertinents sur les versions antérieures de cet article. Notre gratitude ne signifie pas que toutes ces personnes furent d'accord avec nos conclusions, et nous assumons la responsabilité totale pour le produit final. La préparation de ce manuscrit fut rendue possible par une subvention de l'Agence Américaine pour le Développement International (U.S. Agency for International Development).

Previous Page Blank

REFERENCES

1. Foster SO, Shepperd J, Davis JH, Agle AN. Working with African nationals to improve the health of their children. *Journal of the American Medical Association* 1990; 263(24); 3303-3305.
2. Bryce J, Voigt A, Adegoroye A, Zakari B, Oyebolu D, Rodman A, Saba S. *Skills assessment in primary health care training.* Atlanta, GA: International Health Program Office, CDC. Unpublished report.
3. Kanlisi N. Strengthening district health systems in Ghana: the experience of Ejisu District. *Tropical Doctor* 1991; 21; 98-100.
4. Simmonds S. Human resource development: The management, planning and training of health personnel. *Health Policy and Planning* 1989; 4(3); 187-196.
5. Fulop T. Health personnel for 'health for all': Progress or stagnation? *WHO Chronicle* 1986; 40; Part 1: 194-199; Part 2: 222-225.
6. Bryce J, Toole MJ, Waldman RJ, Voigt A. Assessing the quality of facility-based child survival services. *Health Policy and Planning* 1992; 7(2); 155-163.
7. Cassels A, Janovsky K. Management development for primary health care: A framework for analysis. *Int J Health Planning and Management* 1991;6:109-24.
8. Berman PA, Gwatkin DR, Burger SE. Community-based health workers: Head start or false start towards Health for All? *Social Science and Medicine* 1987; 25; 443-459.
9. PRICOR. Examining the quality of supervision among different levels of supervisors in Senegal Ministry of Public Health: Findings from diarrhea case management assessment. *PRICOR Child Survival Report*, July 1990.
10. Abdel Rahim IM, Nalder S, El Faki BA, Ghorashi GS, Bower B. Improved training in primary health care: Field follow-up essential. *World Health Forum* 1988; 9; 393-398.
11. Godwin P. Training health workers: What needs to be taught and who should teach it. *Social Science and Medicine* 1983; 17(22); 1819-1825.
12. Mburu FM. Rhetoric-implementation gap in health policy and health services delivery for a rural population in a developing country. *Social Science and Medicine* 1979; 13; 577.
13. Laing R, Ruredzo R. The essential drugs programme in Zimbabwe: New approaches to training. *Health Policy and Planning* 1989; 4(3); 229-234.
14. World Health Organization, United Nations Development Program. *Network News*, Health Learning Materials. 1989; 12.
15. Oladepo O, Adeniyi J, Parker K, Steckler A, Foushee V. The value of participatory needs assessment: in-service training in health education for child survival in Africa. *Hygie* 1991;10(4);40-45.
16. Dowling MAC. Assessment of needs and resources: A first step in planning a national health learning materials project. WHO Offset, 1990, HRH/90.1.
17. Dowling MAC. Educational materials to support primary health care. *Mothers and Children* (no date); 4-5.
18. Abbatt F, McMahon R. *Teaching health-care workers: A practical guide.* 1985. Basingstoke, UK: Macmillan.
19. Cassels A, Janovsky K. Strengthening health management in districts and provinces. *Handbook for facilitators.* WHO/SHS/DHS/91.3, World Health Organization, Geneva 1991.
20. King M. Health is a sustainable state. *Lancet* 1990; 336; 664-667.
21. Bossert TJ. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine* 1990; 30. (9); 1015-1023.

Previous Page Blank