

Institute of Tropical Medicine,
 Institut de Médecine
 Tropicale,
 Nationalestraat 155, B-2000
 Antwerpen, Belgium
 Tel : +32 3 247 63 09
 Fax : +32 3 247 62 57
apattyn@itg.be
www.itg.be

December 2004 *Décembre 2004*
 9th year n°18 9^e année n°18

INFI Newsletter
Lettre du RIAC

Contents – Contenu

Editorial.....	2
The Mexico Summit on Health Research and Global forum for Health Research / Le sommet ministériel de Mexico pour la recherche sur la santé et le Forum Mondial pour la recherche sur la santé.....	6
<i>Pierre De Paepe & Wim Van Damme</i>	
The ICHD : can a facelift do for the old lady or does she need a total overhaul ? / Le CIPS : un lifting peut-il suffire à la vieille dame ou un remodelage complet est-il nécessaire ?	10
<i>Sylvie Dugas & Bruno Marchal</i>	
La problématique du travail en équipe, expérience du centre de Santé Etonga en RDC.....	14
<i>Didier Mbali Ilonga</i>	
Practicing public health in Nigeria.....	16
<i>Bart Vander Plaetse</i>	
Encore de l’afro pessimisme !.....	19
<i>Ernesto Rodolfo Papa</i>	
Zimbabwe, between desperation, cynism and hope.....	21
<i>Aad Van Geldermalsen</i>	
Evaluation de la coopération sanitaire Sud-Sud par les responsables des structures bénéficiaires : cas du Burkina Faso.....	24
<i>Mamadou Barro</i>	
Seguimiento a la estrategia Boliviana de reduccion de la pobreza (EBRP) lainiciativa hipc y su impacto en el sector salud / Bolivie : analyse de l’impact sur le secteur santé de la stratégie de réduction de la pauvreté.....	28
<i>Oscar Lanza</i>	
Uganda – Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp, Alumni Formed.....	35
<i>Christopher Garimoi Orach</i>	
L’IMT et l’ULB appuient la nouvelle Ecole de Santé Publique de Lubumbashi.....	36
<i>Jean Van der Vennet</i>	
Commentaires portant sur l’atelier de partage des coûts des soins obstétricaux urgents dans le district sanitaire du secteur 30 à Ouagadougou (Burkina Faso).....	38
<i>Sory Ibrahima Bamba</i>	
Le CIPS à l’honneur au Mali.....	40
Une nouvelle option sur le site internet de l’IMT!.....	41
A new option on the website of ITM !.....	42
Writing for the INFI Newsletter Ecrire à la lettre du RIAC.....	43

Editorial

Dear friends,

This INFI Newsletter traditionally includes contributions from former CIPS/ICHD participants as well as from team members of the public health department in which they discuss current issues of interest or of concern. It's an opportunity for all of us to listen to these messages of hope, to the reflections and appeals to caution they sometimes convey, always delicately expressed, and to think about the image of the world they reflect.

Wim Van Damme (CIPS 1992-1993) and **Pierre de Paepe** attended a 'twinned' meeting in Mexico : the Ministerial Summit on Research in Health and the Global Forum for Health Research. They give us a report, in French and in English, in which the importance of being able to count on well functioning health services responding to the health needs of the patients is highlighted if the Millenium Development Goals are to be achieved. The summit also emphasised the importance of health systems research.

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996) and **Bruno Marchal** (ICHD 1999-2000) have recently been appointed as co-ordinators of the ICHD and explain (in English and French) the changes introduced in the course and in its organisation during these last few years. They also take up a summary of the reflections of the ICHD team on the evolution of the course and the basic reform foreseen for 2006-2007.

Didier Mbali (CIPS 2002-2003) describes (in French) the experience of the support to the referral health centre of Etonga (In the Democratic Republic of Congo) to help improve its functioning. From this concrete experience he explains how one can overcome conflicts by a better understanding of the history of the team and return to a

Editorial

Chers amis lecteurs,

Cette lettre d'information du RIAC reprend comme il est désormais coutume des contributions qui cernent les centres d'intérêts et les préoccupations des anciens du CIPS/ICHD mais aussi de membres de l'équipe du Département de Santé Publique (DPS). C'est l'occasion pour chacun d'entre nous d'écouter ces messages d'espoir, ces commentaires ou ces mises en garde, toujours exprimés avec beaucoup de finesse, et de réfléchir sur l'image du monde qu'ils nous reflètent.

Wim Van Damme (CIPS 1992-1993) et **Pierre De Paepe** ont assisté à une double réunion au Mexique : le Sommet Ministériel sur la Recherche en Santé et le Forum Global pour la Recherche en Santé. Ils nous font le résumé, en français et en anglais, de la remise en avant de l'importance de pouvoir compter sur des services de santé qui fonctionnent bien afin de répondre aux besoins des usagers et pour atteindre les 'buts du millénaire'. Le sommet a aussi souligné l'importance de la recherche sur le fonctionnement des services de santé pour les améliorer.

Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996) et **Bruno Marchal** (ICHD 1999-2000) récemment nommés à la coordination du CIPS, nous expliquent en anglais et en français, les changements introduits ces dernières années dans le cours et dans son organisation. Ils reprennent aussi un résumé des réflexions de l'équipe sur l'évolution du cours et sur la réforme de fond prévue à l'horizon 2006-2007.

Didier Mbali (CIPS 2002-2003) nous décrit (en français) une expérience vécue : l'appui à l'équipe du centre de santé de Référence d'Etonga (République Démocratique du Congo), pour aider à améliorer son fonctionnement. A partir de cet exemple concret il nous explique comment en comprenant mieux l'histoire de l'équipe on

more constructive way of functioning.

Based in Nigeria, **Bart Vander Plaetse** depicts (in English) a picture that has nothing to do with the usual commonplaces. No, Nigeria is not the so disparaged dangerous back alley. It is perfectly possible to leave Lagos airport without your luggage having been stolen... So many rumours have been spread which turn out to be incorrect! Apart from that the health situation is far from being good: vaccination coverage is one of the lowest of the continent, polio is re-emerging, and there are virtually no drugs in the health units! Plenty of work to be done by ICHD participants in a technical advisor function.

Ernesto Papa (CIPS 1996-1997) stands up against what he calls 'afro-pessimism'. He gives us (in French) a very critical comment on an article published in the *Monde Diplomatique* in February 2004 in which Jean-Pierre Olivier de Sardan points to the largely unmet need of African people to access quality health care, both from a human as a technical perspective. To give you the opportunity to judge for yourself, we have joined a copy of the *Monde Diplomatique* article and we will invite the author to reply in our next newsletter.

Aad Van Geldermalsen (ICHHD 1989-1990) describes (in English) without any pretences the current situation in Zimbabwe. He evokes that at the time of independence in 1980, Zimbabwe had hopes for a harmonious and dynamic development: it wished to be an example for the southern African region. Today he depicts the disillusion due to different problems which the country must face: extreme economic crisis, rise of aids and also the brain drain seen with all its negative consequences for the poorest populations. However, he also shows that there is still hope and in spite of adversity a lot of people are willing to make things work.

peut dépasser les conflits et revenir à un fonctionnement constructif de celle-ci.

Basé au Nigeria, **Bart Vander Plaetse** nous peint en anglais un tableau loin des schémas et des poncifs habituels. Non le Nigeria n'est pas le coupe-gorge tant décrié ! Il est parfaitement possible de quitter l'aéroport de Lagos sans avoir été délesté de ses bagages... Autant de bruits répandus dans le monde qui tout compte fait s'avèrent faux ! Ceci dit le tableau sanitaire est loin d'être rose : couverture de vaccination les plus basses du continent, ré-émergence de la polio, quasi absence de médicaments dans les formations sanitaires ! Bref de quoi amplement justifié la présence de cipsiens comme conseillers techniques.

Ernesto Papa (CIPS 1996-1997) s'élève contre ce qu'il ressent comme de 'l'afro-pessimisme'. Il nous livre, en français, une opinion très critique à propos d'un article paru dans le *Monde Diplomatique* de février 2004 où Jean-Pierre Olivier de Sardan revenait sur la nécessité pour les africains de pouvoir compter sur une médecine de qualité tant humaine que technique. Pour que vous puissiez vous faire votre propre opinion nous joignons à l'envoi une copie de l'article du *Monde Diplomatique* et nous donnerons l'occasion à son auteur de répondre dans notre prochaine lettre d'information.

Aad Van Geldermalsen (ICHHD 1989-1990) nous décrit (en anglais) la situation actuelle du Zimbabwe sans faux-semblants. Il rappelle qu'au moment de l'indépendance en 1980 le Zimbabwe portait les espoirs d'un développement harmonieux et dynamique : un exemple pour l'Afrique australe. Aujourd'hui il dépeint la désillusion due aux différents problèmes auxquels le pays est confronté : crise économique extrême, montée du sida mais aussi le *brain-drain* vu du sud avec son cortège de conséquences bien réelles pour les populations les plus faibles. Il montre aussi que tout espoir n'est pas perdu et que malgré l'adversité de nombreuses personnes sont soucieuses de faire marcher le pays.

From Burkina Faso, **Mamadou Barro** (CIPS 2002-2003) presents in French an evaluation of South-South Co-operation in health services. Burkina benefits from help of Lybian, Nigerian and Cuban health personnel. The health structures that evaluated the collaboration before starting a second phase, mainly request specialised doctors (surgeons and gynaecologists). Those specialists are in the best position to train and supervise local personnel.

Depuis le Burkina Faso **Mamadou Barro** (CIPS 2002-2003) nous présente en français, un travail d'évaluation de la coopération sud-sud dans les services de santé. Le Burkina peut compter sur l'aide de personnels lybiens, nigériens et cubains. Les structures de santé, qui ont évalué la coopération, demande pour la deuxième phase principalement des médecins spécialistes (chirurgie et gynéco – obstétrique) qui s'avèrent les mieux à même de parfaire la formation du personnel local et de jouer un rôle d'encadrement.

Oscar Lanza (ICHD 1985-1986) shares with us in Spanish and French a study conducted in Bolivia on the follow-up of a strategy for the reduction of the external debt of the country initiated by the financing agencies. The study shows that, unlike what is believed, this policy does not benefit the poorest. Moreover, the external debt, far from decreasing, continues to grow...

Oscar Lanza (ICHD 1985-1986) nous fait part en espagnol et en français d'une étude menée en Bolivie sur le suivi de la stratégie de réduction de la dette extérieure du pays initiée par les bailleurs de fonds. L'étude montre que contrairement à ce qui est prétendu cette politique ne profite pas aux plus pauvres. De plus la dette elle-même loin de diminuer continue d'augmenter...

Christopher Garimoi (ICHD 1999-2000) gives us a brief account in English of the founding meeting of the Ugandan network of former ICHD participants. The main goal of the association is to make a network of former participants and to enhance continuous training. This networking is not limited to Uganda, but wants to develop contacts with participants from neighbouring countries: Kenya, Tanzania...

Christophe Garimoï (ICHD 1999-2000) nous fait un bref compte-rendu en anglais de la réunion fondatrice du réseau ougandais des anciens du CIPS . L'association se donne pour but de promouvoir la mise en réseau des anciens et la formation continue. Elle ne se limite pas tout à fait à l'Ouganda et vise aussi à développer des contacts avec les anciens des pays voisins : Kenya, Tanzanie...

Jean Van der Vennet went on a mission to the Public Health School of Lubumbashi in the Democratic Republic of Congo. He worked with a group of former ICHD participants that are currently working in and around the Lubumbashi School of Public Health. They are involved in managing health services as well as in engineering a local Master's course in public health. The course will start in October 2005 and participants will be given the opportunity to do traineeships in the city's health services and in various health zones of the Katanga province.

Jean Van der Vennet s'est rendu en mission auprès de l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi. Il nous fait rapport en français de cette mission auprès d'un important noyau d'anciens cipsiens, actifs dans la gestion des services de santé et qui développent parallèlement une formation de DEA en santé publique. Le cours commencera en octobre 2005 et les participants auront l'occasion de faire des stages dans les services de santé de la ville et de la province du Katanga.

Sory Ibrahima Bamba from Mali (CIPS 1998-1999) went on a mission to Burkina Faso, sponsored by INFI, to participate in a workshop organised by the Aquasou project (Improvement of access and quality of emergency obstetric care). The Mali experience with strategies to improve access to health care enabled him to significantly contribute to the workshop.

As usual we enclose in this Newsletter a series of articles : a copy of the above-mentioned article by Jean-Pierre Olivier de Sardan in the *Monde Diplomatique* of February 2004. Furthermore a series of articles from the Lancet preparing the Mexico Summit Wim Van Damme and Pierre de Paepe comment on.

We unfortunately also have some sad news. The entire public health department team was shocked by the tragic accident that killed our friend and colleague Dr. **Djimadoum Nadjinangar** who drowned in Abidjan, Ivory Coast on 10th October 2004. Djimadoum participated in the 31st CIPS 1994-1995 and had a long experience working for MSF. At the time of his death he was based in the DR Congo. We offer our deepest sympathy to his wife, his family, his friends and colleagues. May his soul rest in peace.

Bart Criel, Sylvie Dugas and Jean Van der Vennet

Sory Ibrahima Bamba, Mali, (CIPS 1998-1999) est allé en mission au Burkina Faso avec l'appui du RIAC, pour participer à la réflexion du projet AQUASOU (Amélioration de l'accès et de la qualité des soins obstétricaux urgents). Avec son expérience acquise au Mali dans l'amélioration de l'accès aux soins, il a participé à l'atelier de planification visant à développer l'accès aux soins obstétricaux en améliorant la permanence et en mettant en place un système d'évacuation pérenne.

Comme de coutume nous joignons à cette Lettre d'Information une série d'articles : une copie de l'article de Jean-Pierre Olivier de Sardan du Monde Diplomatique de février 2004 à propos duquel nous publions une réaction de Ernesto Papa. Ensuite une sélection d'article en anglais paru dans le Lancet en préparation du sommet de Mexico dont Wim Van Damme et Pierre De Paepe vous font le compte-rendu.

Nous avons malheureusement aussi une mauvaise nouvelle. Toute l'équipe du département a été meurtrie en apprenant le tragique accident qui a coûté la vie à notre ami et collègue le Dr **Djimadoum Nadjinangar** qui s'est noyé le 10 octobre dernier à Abidjan. Participant du 31^{ème} CIPS en 1994-1995, Djimadoum avait une longue expérience au service de MSF. Au moment de son décès, il était en poste en République Démocratique du Congo. Nous présentons à son épouse, sa famille, ses amis et ses collègues nos plus sincères condoléances. Que son âme repose en paix.

Bart Criel, Sylvie Dugas et Jean Van der Vennet

The Mexico Ministerial Summit on Health Research and Global Forum for Health Research

*Pierre De Paepe
Wim Van Damme (CIPS 1992-1993)*

We had the privilege of participating in this double event (November 16-20, 2004), dubbed "a tale of 2 Sheratons" because that is where it took place. The Conference brought together in Mexico city ministers and other policy makers from 60 countries, with researchers and representatives of research-funding bodies; it was convened by WHO and the Government of Mexico, and organised by the Mexican Minister of Health Julio Frenk.

The goal of the summit was to promote the use of knowledge for the attainment of the health-related Millennium Development Goals and strengthen, via appropriate research, the performance of health systems of less-developed countries. One of the imbalances to be addressed is the 10/90 gap: 10% of health research funds go to problems in the developing world, which accounts for 90% of the world's health problems.

You will find interesting papers about this new research agenda in The Lancet (Vol 364, from September through October) and in the WHO Bulletin, the October issue (<http://www.who.int/bulletin/en/>). The Alliance for Health Policy and Systems Research also published "Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research" (<http://www.alliance-hpsr.org>). The BMJ presented a theme issue about "Learning from low income countries"¹.

The summit sent two calls to action for donors, researchers and policymakers. The first is to acknowledge that in many developing countries health systems are poorly run, underfunded and often barely functioning. Especially in Sub-Saharan Africa,

Le sommet ministériel de Mexico pour la recherche sur la santé et le Forum Mondial pour la recherche sur la santé

*Pierre De Paepe
Wim Van Damme (CIPS 1992-1993)*

Nous avons eu la chance de participer à cet événement. En fait un *double* événement dénommé "la fable des deux Sheratons" car il se tenait dans les hôtels Sheratons. La conférence réunissait à Mexico les ministres et les responsables politiques de soixante pays, ainsi que des chercheurs et des représentants des bailleurs de fonds. Cette réunion était organisée à l'initiative de l'OMS et du gouvernement du Mexique et coordonnée par le ministre mexicain de la santé Julio Frenk.

Le but du sommet était de promouvoir l'utilisation des connaissances générées par la science pour atteindre les objectifs 'santé' du 'Développement pour le Millénaire' et de renforcer la performance des systèmes de santé des pays en développement grâce à des recherches appropriées. Il s'agit de rééquilibrer ce qu'on appelle l'écart 10/90 : 10% seulement des fonds disponibles vont à la recherche sur la santé dans les pays en développement où se concentrent pourtant 90% des problèmes de santé du monde.

Vous pourrez trouver des articles intéressants sur ce nouvel agenda de recherche dans les numéros du Lancet sorti entre septembre et octobre (Vol 364) et dans le numéro d'octobre du bulletin de l'OMS (<http://www.who.int/bulletin/en/>). L'alliance pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé a aussi publié 'renforcer les systèmes de santé : les promesses de la recherche sur les systèmes et sur les politiques et son rôle'. Le BMJ a également présenté un numéro spécial sur le thème 'apprendre des pays en développement'¹.

Le sommet a lancé deux appels aux bailleurs de fonds, aux chercheurs et aux responsables politiques. Le premier appel pour reconnaître

human resources problems are finally recognized as one of the main impediments to better service delivery: low numbers of staff, poor distribution and inadequate incentives. These problems are now aggravated by the brain drain to wealthy countries and increased workload due to HIV/AIDS. This problem received attention in previous INFI Newsletters, in recent Lancet articles^{2 3} and in a report by the Joint Learning Initiative (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>). The second call is to resolve to direct funds and research toward changing this unacceptable state of affairs.

One of the surprising conclusions at the summit is the abysmal lack of knowledge about how the health systems of the poorest countries can be improved. You all know the debate about integration or not of vertical programmes, the emphasis on PHC and the ongoing discussion about it being comprehensive or selective, the insistence of certain groups on public-private partnerships, the GATS negotiation rounds which threaten to hamper public health services, the huge amount of papers on inequity in access to health services and in health financing and health status, etc. There is a lot of ideological debate but a lack of evidence to offer clear guidance to decision makers.

Cost-effective interventions exist but we know too little about which delivering strategies could be employed to achieve higher population coverage. The HIV-AIDS epidemic is only one example where new funds are available through the Global Fund, PEPFAR and other initiatives but results are not convincing yet, due to uncertainty about defining the right strategy for each situation and absorption problems in receiving countries, the latter being definitely related to the weakness of the overall health systems, in which control strategies have to find their place.

A major factor which explains this poor evidence base on the health systems of less-developed countries has been academic inflexibility as to what constitutes “proper”

que dans beaucoup de pays en développement, les systèmes de santé sont mal gérés, sous financés et souvent peu fonctionnels. En Afrique subsaharienne en particulier, le problème posé par les ressources humaines est enfin reconnu comme l'un des principaux obstacles à une meilleure offre de services : personnel réduit, mal réparti, et incitants inappropriés. Ces problèmes sont désormais encore aggravés par la fuite des cerveaux vers des pays plus riches et par l'augmentation de la charge de travail en raison du VIH sida. Ce problème a été abordé dans la Lettre du RIAC de juin 2004, des articles récents du Lancet^{2 3} et un rapport de l'initiative d'apprentissage conjointe (*Joint Learning Initiative*) (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>) se sont penchés sur la question. Le second appel lancé par le sommet plaide pour que les ressources financières et la recherche soient destinées à changer cette situation jugée inacceptable.

L'une des conclusions surprenantes de ce sommet est l'absence catastrophique de connaissances sur la façon dont les systèmes de santé des pays les plus pauvres pourraient être améliorés. Vous connaissez tous le débat concernant l'intégration des programmes verticaux, l'accent sur les Soins de Santé Primaire (SSP) et le débat autour de leur caractère sélectif ou global, l'insistance de certains groupes à promouvoir le partenariat public-privé, les négociations du GATT menaçantes pour les services publics de santé, les nombreux articles traitant des inégalités en termes de santé, d'accès aux soins et de financement, etc. Il y a beaucoup de débats idéologiques, mais très peu d'évidence pour éclairer les décideurs.

Des interventions efficaces à un coût abordable existent, mais les connaissances sont limitées pour décider quelle stratégie d'offre est la mieux appropriée pour atteindre une couverture de la population plus élevée. L'épidémie de VIH sida n'est qu'un exemple où de nouveaux fonds sont disponibles grâce au Fonds Global, au PEPFAR et à d'autres initiatives. Mais les résultats n'y sont pas convaincants pour le moment en raison des incertitudes pour définir la stratégie adaptée à chaque situation et en raison des problèmes d'absorption des pays récipiendaires. Or la capacité d'absorption est

research. By focusing too much on academic knowledge and innovative interventions, the research community sends out a message to donors and policymakers that the process by which such knowledge and innovation might be applied in real life is not worthy of investigation. This might have led to very limited funding for health-systems research, and particularly for operations research and action-research, which are meant to solve specific problems in specific environments.

This brings us to a concept that is now called GRIPP: Getting Research into Policy and Practice, a major challenge for the coming years. The summit in Mexico mentioned the need to create the researcher-manager or manager-researcher, a hybrid broker-type figure who might facilitate the link between the research community and the world of policy makers and health services managers. This concept has been taught and applied since many years at the Institute of Tropical Medicine, through action research and operations research, often in pilot projects, with the aim of disseminating positive results from the local setting to national level. The summit acknowledged that the traditional biomedical model of health research is not apt to tackle disease alleviation in the less-developed world, and that a new kind of health-systems research must be founded, with technical and financial support of the affluent nations and integrated within policy and health systems of less-developed countries. One of the underresearched areas is without any doubt the discipline that we might call "management of public health services", since we are convinced that managing and organising health services and systems which have public values requires special skills⁴.

It was interesting to note that civil society representatives played an important role. Indeed people from certain NGOs and from the People's Health Movement were very active, stressing the importance of health determinants, both at the micro-level (poverty, education, access to water, etc.) and at the macro-level (trade agreements like

liée à la faiblesse générale des systèmes de santé où ces stratégies de contrôle des maladies doivent précisément s'intégrer.

Un des facteurs important qui explique la faiblesse de l'évidence concernant les systèmes de santé des pays en développement est la conception rigide de ce qui constitue une 'bonne' recherche dans le monde académique. En se concentrant trop sur les connaissances académiques et les interventions innovantes, la communauté des chercheurs envoie un message aux bailleurs de fonds et aux responsables politiques, laissant entendre que le processus d'application dans la réalité concrète de ces connaissances et innovations ne constituerait pas un sujet valable de recherche. Ceci a probablement eu pour conséquence un financement très limité de la recherche sur les systèmes de santé et plus particulièrement de la recherche opérationnelle et la recherche action qui sont précisément conçues pour résoudre des problèmes spécifiques dans un contexte particulier.

Ceci nous amène au concept connu maintenant sous le terme de GRIPP: *Getting Research into Policy and Practice*, (Mettre en Application la Recherche dans les Politiques et dans la Pratique / MARPP) qui représente un défi majeur pour les années qui viennent. Le sommet de Mexico a mis en évidence le besoin de faire naître le 'chercheur manager' ou le 'manager chercheur', un intermédiaire hybride pour établir un lien entre la communauté de la recherche et le monde des décideurs politiques et des gestionnaires de services de santé. Ce concept a été enseigné et pratiqué depuis de nombreuses années à l'IMT, à travers la recherche-action et la recherche opérationnelle, souvent dans des projets pilotes, avec l'idée de diffuser les résultats positifs depuis le projet local vers le niveau national.

Le sommet reconnaît que le modèle traditionnel de la recherche biomédicale n'est pas adapté quand il s'agit de réduire les maladies dans les pays en développement et qu'un autre type de recherche sur les systèmes de santé doit être mis au point avec le support technique et financier des pays riches et intégré dans les politiques les systèmes de santé des pays en développement. L'un des domaines où la recherche est insuffisante concerne sans aucun

GATT, North-South relations and macro-economic policies). But overall, the South was definitely under-represented, especially Sub-Saharan Africa, and we found striking the almost absolute dominance of Anglo-Saxon countries (US, UK, Canada) and the relative absence of the voice of countries of Western and Central Europe.

As one of the participants at the Mexico summit stated, the renewed interest in health systems research is an exciting phenomenon, and if we succeed in getting a “GRIPP” on the translation of research into policy and if this has a positive impact on global health, our efforts will bring a wind of change and researchers will no longer be a voice in the wilderness.

Note: Wim Van Damme participated as a member of the European Commission delegation. He was one of a team of six who evaluated the Health System Research Projects EC has funded over the last 20 years as part of its International Research Cooperation (INCO). The results were presented during the Mexico Summit. A report is available from wvdamme@itg.be.

Pierre De Paepe participated in the Global Forum, as a member of the cluster International Health Policy of the public health department of the ITM.

References

¹Learning from low income countries, BMJ No 7475, 13 Nov 2004

² Human Resources for Health: overcoming the crisis, The Lancet, Vol. 364 November 27, 2004, pg. 1984-1990

³ Kober, K., Van Damme, W., Scaling up access to antiretroviral treatment: who will do the job? The Lancet, Vol 364, Issue 9428, pg 103-104

⁴Unger, J. P., De Paepe, P., and Green, A., A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries, Int.J.Health Plann.Manage. 18 Suppl 1 (2003): S27-S39.

doute la discipline que l'on pourrait appeler 'management de services de santé'. Nous sommes en effet convaincus que le management et l'organisation de services de santé et des systèmes de santé reconnus comme relevant du domaine public, nécessitent des techniques particulières⁴.

Il est intéressant de constater que les représentants de la société civile ont joué un rôle important. En effet des personnalités de certaines Organisations Non Gouvernementales et du mouvement populaire de la santé ont été très actives, insistant sur l'importance des déterminants de la santé tant au niveau micro (pauvreté, éducation, accès à l'eau, etc.) qu'au niveau macro (accord de commerce comme le GATT, relation Nord-Sud et politique macro-économique). Mais de façon générale les pays du Sud étaient largement sous représentés, en particulier l'Afrique subsaharienne, et nous avons trouvé frappant la domination presque absolue des pays anglo-saxons (États-Unis Angleterre Canada) et l'absence relative de l'expression venant de pays d'Europe occidentale et centrale.

Comme l'a fait remarquer l'un des participants du sommet de Mexico, le renouveau d'intérêt pour la recherche sur les systèmes de santé est enthousiasmant et si nous réussissons à traduire les résultats des recherches dans les politiques de santé et ainsi avoir un impact sur la santé au niveau mondial, alors un vent de changement soufflera et les chercheurs ne seront plus seulement une voix qui prêche dans le désert.

Note : Wim Van Damme a participé au sommet en tant que membre de la délégation de la commission européenne. Il faisait partie de l'équipe de six personnes qui ont évalué les projets de recherche sur les systèmes de santé financés par l'Union Européenne au cours des vingt dernières années, (INCO) dans le cadre de la coopération internationale à la recherche. Les résultats de cette évaluation ont été présentés au cours du sommet de Mexico. Le rapport est disponible auprès de wvdamme@itg.be. Pierre de Paepe a participé au forum mondial en tant que membre du groupe de travail « Politique de Santé Internationale » du département santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale.

*The ICHD: Can a facelift do
for the old lady or does she
need a total overhaul?*

*Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996)
Bruno Marchal (ICHD 1999-2000)*

As you all know, this year the ICHD is being organised for the 41st time, adding one more year to a venerable course with a long history. During all this time, it has seen many changes, both in content and organisation and the course today is quite different from the 36th ICHD. However, we may today be at a crossroads, facing new challenges in public health, changes in the ITM and a new European landscape of higher education. In this contribution, we would like to inform you about the most recent changes that took place since September 2003.

Pressures for change

Indeed, for some time now, the pressure to change the ICHD has been building up, both from within the department of public health, as from the outside. In response, different initiatives have been taken over the last three to four years with the aim to initiate the discussion on the need for change and the alternative options. Departmental meetings on the core principles and the foundations of the Antwerp Public Health school were set up as well as a working group to explore the future orientations of the ICHD. However, time constraints and limited presence of key actors led to a quiet death of the latter initiative, while the former yielded interesting discussions, but few conclusions.

Therefore, a new working group consisting of some of the current and former tutors (Sylvie Dugas¹, Ludwig Apers², Govert van Heusden³ and Bruno Marchal⁴) had been set up in October 2003. The objective was to address the questions *“Why should the ICHD*

*Le CIPS : un lifting peut-il
suffire à la vieille dame ou un
remodelage complet est-il
nécessaire ?*

*Sylvie Dugas (ICHD 1995-1996)
Bruno Marchal (ICHD 1999-2000)*

Comme vous le savez le CIPS en est à sa 41^{ème} promotion ajoutant ainsi une année de vie à un cours ayant déjà une longue histoire. Durant ce temps, beaucoup de changements ont été apportés, à son contenu comme à son organisation, et le cours d’aujourd’hui est très différent du 36^{ème}. Cependant nous sommes sans doute à un tournant, confrontés à de nouveaux défis en santé publique, à des changements à l’IMT et à un nouveau paysage de l’enseignement supérieur européen. Cet article vise à vous informer des plus récents changements introduits dans le cours depuis septembre 2003.

Facteurs de changement

Depuis un certain temps les pressions pour faire changer le CIPS se multiplient. Elles émanent du département de santé publique comme de l’extérieur. Pour y répondre, différentes initiatives ont vu le jour ces trois ou quatre dernières années. Elles avaient pour but de lancer une discussion sur les besoins de changements et sur les options alternatives. Des réunions de département ont été organisées pour rediscuter des principes de base et des fondements de l’Ecole de Santé Publique d’Anvers. Un groupe de travail s’est penché sur les orientations futures du CIPS. Cependant, les contraintes de temps et la présence limitée des acteurs clés ont eu raison de ce groupe de travail alors que les discussions départementales avaient apporté d’intéressantes idées mais peu de conclusions.

Dès lors un nouveau groupe de travail formé, de tuteurs, actuel et passés (Sylvie Dugas,

¹ Tutor 1998-2000 and currently Department of Public Health (DPH) staff member

² Tutor 2002-2004 and currently staff member of the Clinical Department

³ Tutor 1996-1998 and currently Academic coordinator at the ITM

⁴ Tutor 2000-2002 and currently DPH staff member

change?" and "Which important elements should be considered for the reform?" In order to structure the data collection, the working group conceived an analytical framework structured along two further questions: "Is the ICHD currently still consistent with the vision of the Antwerp school?" (internal coherence) and "Is the course relevant in the current environment?" (external relevance). The framework placed those two questions into a dynamic perspective of evolution over time. Considering the ICHD as resulting from the interaction between a vision of a group of public health professionals and a given environment, the working group tried to identify the main evolution in time of both the vision underlying the ICHD and the environment and to appreciate the relevance of the course in relation to its environment during the initial period (T₀) and now (T₁). To this end, information was gathered through interviews with key persons, a Delphi survey among staff members, an (e)mail survey of ICHD alumni, a document analysis, a review of the offer of public health courses in Europe, and finally a survey of the current market demand regarding public health.

The challenges

In September 2004, the working group presented its final report, in which it presented its analysis according to the lines set out above. It concluded the report with the following clusters of questions that should guide any change:

1. What should be the objective of the ICHD? What should be the key competences, skills and attitudes that participants will be expected to attain? How to strike a balance between mastering insights in policymaking and the strategic management skills required to manage the complexity of health care delivery, between clinical practice and public health and between disease control and health care organisation?
2. Do we need to review the models currently taught and should they be updated? Does the operationalisation of the models through context-adapted strategies need a review?

Ludwig Apers, Govert van Heusden et Bruno Marchal) a été mis en place en Octobre 2003. L'objectif étant d'étudier les questions suivantes : « Pourquoi le CIPS devrait-il changer ? » et « Quels éléments importants faut-il envisager de réformer ? » Pour structurer le recueil de données, le groupe de travail a conçu un cadre d'analyse basé sur deux nouvelles questions : « Actuellement, le CIPS est-il encore en accord avec la vision de l'Ecole d'Anvers ? » (cohérence interne) et « Le cours est-il pertinent dans l'environnement actuel ? » (pertinence externe). La grille a mis ces deux questions en une perspective dynamique d'évolution dans le temps. Partant du fait que le CIPS est le produit de l'interaction d'un groupe de professionnels de santé et d'un environnement donné, le groupe de travail a cherché à cerner les principales évolutions dans le temps tant de la vision sous-tendant le CIPS que de l'environnement. Ensuite il a apprécié la pertinence du cours dans ses périodes initiale (T₀) et actuelle (T₁). Pour ce faire l'information a été rassemblée à travers des interviews de personnes clés, une enquête Delphi parmi les membres de l'équipe, une enquête par e-mail auprès d'un groupe d'anciens du CIPS, une analyse de documents, une étude de l'offre de cours de santé publique en Europe et enfin une enquête sur les demandes actuelles du marché concernant la santé publique.

Les défis

En septembre 2004, le groupe de travail a remis son rapport final dans lequel il présente son analyse en suivant le cadre d'analyse décrit plus haut. Le groupe conclut son rapport en présentant cinq groupes de questions qui devraient guider tout changement.

1. Quel devrait être l'objectif du CIPS ? Quels devraient être les compétences clés, les habiletés et les attitudes que chaque participant est supposé atteindre ? Comment trouver le juste milieu entre la maîtrise des éléments d'établissement des politiques et les habiletés de management stratégique requises pour gérer la complexité de la dispensation des soins de santé. Comment équilibrer la pratique

3. What are the constraints and the margins of freedom imposed by the macro-environment in which the course is situated? How can the ICHD respond to the new norms imposed by the new accreditation system of the Flemish government? How can we fit the course optimally in the new European model of higher education that calls for joint courses organised by partnerships of European schools?
 4. How can we make the ICHD more learner-centred? Should learning become more experience-based than is now the case? How can we offer participants more choice without endangering the coherence of the course?
 5. How can we improve the coordination between the master courses at the ITM now that the diploma course in tropical medicine is to be transformed into a Masters in International Health? How to avoid internal competition and to maximise learning opportunities for both the coordination teams and the participants?
- clinique et la santé publique, le contrôle des maladies et l'organisation des soins de santé ?
 2. Devons-nous revoir les modèles enseignés actuellement ? Devraient-ils être actualisés ? L'opérationnalisation des modèles à travers des stratégies adaptées aux contextes a-t-elle besoin d'être revue ?
 3. Quelles sont les contraintes et les marges de manœuvre déterminées par l'environnement général dans lequel le cours se situe ? Comment le CIPS peut-il s'adapter aux nouvelles normes imposées par le nouveau système d'accréditation du gouvernement flamand ? Comment situer au mieux le cours dans le nouveau modèle européen d'éducation supérieure qui appelle de ses vœux des cours conjoints organisés en partenariat par les écoles européennes ?
 4. Comment rendre le CIPS plus centré sur l'apprenant ? L'enseignement devrait-il plus être construit sur l'expérience que ce n'est le cas maintenant ? Comment pouvons-nous offrir aux participants plus d'options sans mettre en danger la cohérence du cours ?
 5. Comment pouvons-nous améliorer la coordination entre les cours de maîtrise de l'IMT alors que le cours de diplôme va être transformé en Maîtrise en Santé Internationale ? Comment éviter la compétition interne et maximiser les opportunités d'apprentissage pour les équipes de coordination comme pour les participants ?

A new decision-making structure

At the same time, it became clear that the organisational set up of the course was due for a change. Given the challenges facing the ICHD, the need for a committed coordination team was acknowledged. This contrasted starkly with the increasing lack of time due to an increasing academic and administrative burden on the part of the course coordinators. At the same time, a well functioning alternative option had been put in place by our sister course, the Masters in Disease Control. All this led to opening a post for a course coordinator, whereby the current coordinators would become course directors. However, this was to be at the cost of the position of one tutor. At the ICHD, this new set-up is now operational since September 2004, whereby Sylvie Dugas (0,5 FTE) and Bruno Marchal (0,3 FTE) are the coordinators, working closely with Apollon Nebardoum (CIPS 39, tutor), Claire Van Maerken and An Pattyn (both course administrators).

Une nouvelle structure de décision

Il est aussi devenu évident que l'organisation du cours méritait des changements. Vu les défis auxquels le CIPS est confronté, la nécessité de compter sur une équipe de coordination engagée est reconnue. Cela contraste fortement avec le manque criant de temps des coordinateurs du cours pris par leurs responsabilités académiques et administratives. Dans le même temps une alternative fonctionnant bien avait été adoptée par le cours jumeau la Maîtrise en Contrôle des Maladies. Cela a mené à la création d'un poste de coordinateur du cours alors que les actuels coordinateurs en

Simultaneously, a steering group was set up to enable decisive action, which consists of the three directors (Patrick Van der Stuyft, Jean-Pierre Unger and Guy Kegels), the coordinators, the administrator, the INFI coordinator (Jean Van der Vennet), and two additional Department of Public Health staff members (Wim Van Damme and Tom Hoérée). Basically, daily routine management and facilitation of the transformation of the ICHD are to be the responsibilities of the coordinators. The steering group takes the strategic decisions and will prepare and put in place the new ICHD. Considered important stakeholders, the staff of the Department of Public Health will be consulted on the major issues.

The future

At this moment, the Steering group is discussing the final report on the future of the ICHD. Soon, the first important questions regarding the profile of graduates, the course objectives and structure will be tackled. The aim is to have a new course up and running by the academic year 2006-2007, but we have still a long way to go.

What's your take?

For us, the readers of this newsletter are key stakeholders. Being alumni of this course, you not only know quite well the ICHD and the department, but having returned to your work you are in a position to know whether and how the course worked for you. We would therefore be very interested in your questions, comments and suggestions. These can be sent to Sylvie (sdugas@itg.be) or Bruno (bmarchal@itg.be) and we would welcome a good debate on the changes of the ICHD with the alumni.

deviennent les directeurs. Cependant ceci ce fait au détriment d'un des postes de tuteur. Ce nouveau système est opérationnel depuis septembre 2004 et Sylvie Dugas (0,5 TP) et Bruno Marchal (0,3 TP) sont les coordinateurs qui travaillent en étroite collaboration avec Apollos Nebardoum (39^{ième} CIPS) tuteur et Claire Van Maerken et An Pattyn (administratrices du cours).

Simultanément un groupe de pilotage a été créé pour faciliter la prise active de décision. Il est composé des trois directeurs (Patrick Van der Stuyft, Jean-Pierre Unger et Guy Kegels), des coordinateurs, de l'administratrice, du coordinateur du RIAC (Jean Van der Vennet) et de deux représentants des membres du staff du Département de Santé Publique (Wim Van Damme et Tom Hoérée). Les coordinateurs sont principalement responsables de la gestion journalière du cours et la facilitation de sa transformation. Le groupe de pilotage prend les décisions stratégiques et va préparer et mettre en place le nouveau CIPS. Considérée comme un acteur incontournable le Staff du Département de Santé Publique sera consulté sur les décisions importantes

Le Futur

En ce moment le groupe de pilotage discute le rapport final sur l'avenir du CIPS. Bientôt les premières questions importantes comme le profil des gradués, les objectifs du cours et sa structure seront abordés. L'objectif est d'avoir un nouveau cours pour l'année académique 2006-07, mais nous avons encore un long chemin à parcourir

Quel est votre rôle ?

Pour nous, les lecteurs de cette Lettre d'Information sont des acteurs essentiels. Etant anciens du cours, vous connaissez non seulement très bien le CIPS et le Département, mais ayant repris votre travail vous êtes mieux à même d'apprécier si et comment le cours vous a aidé. Dès lors, nous serions très intéressés par vos questions, commentaires et suggestions. Ceux-ci peuvent être envoyés à Sylvie (sdugas@itg.be) ou Bruno (bmarchal@itg.be) qui accueilleront favorablement un bon débat avec les anciens participants sur les changements du CIPS.

La problématique du travail en équipe, expérience du centre de santé Etonga en RDC

Didier Mbali Ilonga. MPH. Superviseur à la Coordination du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) à Kinshasa, en RDC.

Introduction

Ce sujet décrit et analyse un problème de travail en équipe observé dans un centre de santé (CS) dans la ville de Kinshasa, en RDC.

Le CS Etonga est une formation sanitaire étatique cédée en gestion au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales. Le BDOM est le Service Médical de l'Archidiocèse (Eglise Catholique) de Kinshasa. Le BDOM est organisé en réseau de 48 centres de santé, 17 maternités, 5 centres hospitaliers et un hôpital général de référence.

Le CS Etonga est situé en banlieue de Kinshasa, dans la zone de santé (district sanitaire) de Nsele. Il comprend les services suivants : consultations externes, maternité (10 lits), unité de chirurgie, hospitalisation (10 lits), Nutrition (10 lits) et laboratoire. Il y a un projet de transformer ce CS en centre hospitalier.

Le personnel du CS est composé de : 1 Administrateur-gestionnaire qui est le responsable sur le plan gestion et administration. Il y a 1 Infirmier Titulaire (diplômé) qui est le responsable des activités de soins. Il y a également 3 infirmiers (diplômés), 3 accoucheuses, 1 laborantin, 1 garçon de salle, 1 jardinier et 1 sentinelle.

Le médecin superviseur du BDOM passe une fois par semaine au CS Etonga pour la supervision et les activités curatives (consultations, chirurgie). Le médecin chef de zone de santé passe de façon irrégulière au CS.

Le travail en équipe au centre de santé de référence Etonga

L'équipe

Nous analysons ci-dessous les déterminants structurels du travail en équipe.

L'équipe du CS est composée de 12 personnes. Cette taille n'est pas trop petite, ni trop grande. Elle est favorable à une synergie entre les membres de l'équipe.

Le personnel est polyvalent et expérimenté. Il y a diversité de compétences sur le plan clinique et nursing grâce au personnel infirmier diplômé et les accoucheuses. Le CS bénéficie de l'appui technique des médecins. Les compétences administratives reviennent à l'administrateur gestionnaire.

La distribution des tâches se fait sur base des critères techniques. Il n'y a pas de documents écrits qui décrivent les tâches de principaux acteurs tels que l'administrateur, l'infirmier titulaire et les responsables de service.

Au point de vue Durée et stabilité, cette équipe existe depuis 16 ans mais au cours de son évolution il y a eu des permutations de certains membres. L'Infirmier Titulaire travaille dans ce CS depuis 16 ans. L'Administrateur-gestionnaire vient d'arriver dans ce CS depuis 6 mois. Le dernier agent affecté dans ce CS, il y a 2 mois, est une accoucheuse.

Une situation de crise

L'équipe traverse une période de conflit caractérisée par sa division en 2 sous-groupes après l'arrivée de l'Administrateur-gestionnaire. Il y a le sous-groupe de l'Administrateur-gestionnaire avec certains membres et le sous-groupe de l'Infirmier Titulaire avec d'autres membres. Les relations sont tendues entre les 2 sous-groupes au point que cette situation a dégénéré en bagarre entre deux agents. La collaboration entre les membres de l'équipe est difficile.

Les 2 sous-groupes se rejettent la responsabilité de ce conflit à travers leurs arguments.

- *Arguments du sous-groupe de l'Administrateur-gestionnaire* : l'Administrateur attribue ces malentendus au mauvais comportement des membres de l'autre sous-groupe. Il évoque les faits suivants : le non-respect des instructions de service, le vol, le détournement des patients du CS par certains infirmiers, la campagne d'intoxication menée par certains agents du CS au sein de la population pour faire fuir les patients, la vente illicite des médicaments au CS, la prescription des médicaments périmés au CS, le sabotage de l'unité de poulailler et jardinage, la négligence du travail, le mensonge et la tricherie. L'administrateur estime que sa présence au CS depuis 6 mois constitue un obstacle aux intérêts malhonnêtes de certains membres d'où ce manque de collaboration.
- *Arguments du sous-groupe de l'Infirmier Titulaire* : les membres de ce sous-groupe attribuent plutôt ce manque de collaboration à l'attitude de l'Administrateur-gestionnaire vis à vis des membres de leur sous-groupe. Ils évoquent les faits suivants : le manque de communication, l'absence des réunions, le paiement de salaire des membres de ce sous-groupe en plein air, des remarques désobligeantes en public devant les patients, le manque de confiance caractérisé par une méfiance systématique à leurs membres, l'interdiction aux membres de leur sous-groupe d'entrer au bureau de l'Administrateur, la réquisition des matériels de service au près de l'Administrateur par l'intermédiaire d'un membre de son choix, l'application des instructions de service avec une rigidité extrême.

Identification de dysfonctionnements dans le travail d'équipe

La coordination est difficile dans cette équipe. Il y a l'absence des réunions, l'absence d'échange d'informations entraînant l'incompréhension et la suspicion, l'absence d'auto évaluation et le manque de la cohésion du groupe. On assiste ici à un leadership non participatif. L'administrateur rejette d'emblée toute idée venant de l'autre sous-groupe à cause de la méfiance.

Conclusion

L'histoire de cette équipe passe par plusieurs phases.

- *Phase individuelle* : elle est caractérisée par le profit personnel de certains membres. Ce qui explique cette malhonnêteté dénoncée par l'administrateur (vol, vente illicite des médicaments, etc.) Signalons qu'à l'issue d'une mission d'audit effectuée au CS, l'Infirmier Titulaire et un membre de son sous-groupe ont été déclarés coupables de détournement des médicaments évalués à plusieurs milliers d'euros.
- *Phase d'identification* : elle est caractérisée par la différenciation de l'équipe en 2 sous-groupes antagonistes.
- *Phase de conflit et confrontation* : elle est caractérisée par la situation décrite à travers les arguments des protagonistes

Il est donc nécessaire de faire le choix des interventions pour amener l'équipe à atteindre la *phase de maturité et l'émergence d'un esprit d'équipe*. Les discussions, qui ont eu lieu entre tous les membres de l'équipe et le Médecin superviseur du BDOM, ont abouti aux actions suivantes : organiser régulièrement des réunions de l'équipe du CS, améliorer la communication et l'échange d'information, développer la capacité de résolution des problèmes en équipe, faire l'auto évaluation, améliorer la cohésion de l'équipe en renonçant aux sous-groupes, poursuivre un objectif commun, distribuer correctement les tâches, respecter les instructions de service et le règlement d'ordre intérieur, renforcer la conscience dans le travail par l'honnêteté et l'intérêt pour la population.

Signalons que suite au détournement, l'Infirmier Titulaire a été remplacé par un autre infirmier provenant d'un autre centre de santé.

Au bout de 8 mois la situation s'améliore lentement. Les réunions se tiennent bien qu'avec une certaine irrégularité. La communication et l'échange d'information ont été améliorés. Les tâches ont été bien réparties. La cohésion de l'équipe apparaît progressivement mais les difficultés demeurent encore suite à la susceptibilité de certains membres de l'équipe.

*
* *

Practicing public health in Nigeria

Bart Vander Plaetse (ICHD 1999-2000)

<i>To dash</i>	<i>to bribe</i>
<i>DHS</i>	<i>Demographic and Health Survey</i>
<i>Djagga djagga</i>	<i>broken down</i>
<i>Governments</i>	<i>Nigeria is a Federal Republic, and besides the national government has 36 state governments</i>
<i>HRH</i>	<i>His Royal Highness</i>
<i>NEEDS</i>	<i>national economic empowerment and development strategy</i>
<i>SEEDS</i>	<i>state economic empowerment and development strategy</i>
<i>Wahala</i>	<i>trouble</i>

Nigeria is so much more enjoyable than its name and fame. That name and fame, as long as one remains at the level of general rumors, street level knowledge and tea break chats, is one that contains elements of corruption, violence, armed robberies, sharia, international oil companies ganging up with a corrupt government in exploiting rich resources while the population is starving, hanging human rights activists such as Saro Wiwa, lost air travel luggage, dashing immigration officials before they stamp your valid passport with a valid visa...an endless list. This list, and the predicted intensity and widespread presence of the wahala of its elements, makes one doubt if it is possible to leave Lagos airport upon arrival in the country with your passport, luggage and your own physical condition in the same state as it was just before leaving the plane.

It may be bad to do from statistical viewpoint, but based on personal experience, and added to that the experience of about six planes full of people arriving in Nigeria, and hundreds of visitors, it seems quite possible to arrive alive, with your belongings, without dashing. We have not been kept at gunpoint by the army whilst leaving the airport parking, we have not had to hand over our dollars, nothing was missing in the luggage...I even forget to mention that 3 years ago, I had a stopover in Lagos (flying from Malawi to Mali), and while in transit had to give my passport and suitcase to one airport official; who personally brought it back to me in the morning, wishing me a safe flight...no dashing again.

But not all the news can be good. The Health System is djagga djagga, and Human Development Indicators are appalling. Maternal and child mortality are amongst the worlds worst, vaccination coverage is at a disastrous 13% of the 12 to 23 months old fully vaccinated. This prompted the 2003 DHS to state that this is the lowest figure ever measured in any DHS on this continent. Wild polio virus is exported to all neighbouring countries; drugs are largely unavailable in public facilities, and fake or substandard when bought on the market. Malaria is one of the killer diseases, and HIV-AIDS stands knocking at the door, with around 5% seropositivity rates, but with spots of teenage girls schools classes infected for 80%, and some

army regiments for 100%. The year 2015 is close, and MDG targets far from reached...Utilisation rates in government facilities are typically around 0.1 to 0.2. These average figures hide huge inequities, for example in the immunisation coverage. Not only is Nigeria a long way from universal coverage, there are striking regional disparities in coverage, rates are considerably higher among the rich, children in rural areas are disadvantaged, and children whose mothers have no education are significantly less likely to be vaccinated.

I am working for PATHS, the DFID funded Partnership for Transforming Health Systems. The programme is a five year programme of collaboration with Nigerian partners to develop partnerships in transforming health systems and services in Nigeria, focusing on interventions contributing to reaching the Millennium Development Goals (MDGs). It seeks to achieve sustainable benefits, particularly for the poor, in getting basic health systems and services functioning effectively and making them accessible to all. While PATHS was initially working in four focal states (Benue, Ekiti, Enugu and Jigawa), and at the Federal level, it will expand its geographical coverage as of 2005. PATHS goals include:

- Strengthening government stewardship in health policy, planning and financing
- Improving public health sector management, particularly at the local government level
- Establishing better quality preventive and curative services for the common health problems
- Increasing consumer understanding of their entitlement to good quality, affordable healthcare.

Partnerships are established with a wide range of stakeholders: the 3-tiers of Nigeria Government (federal, state and local governments), Government ministries and parastatals, NGOs, CSOs, and the private sector, especially small and medium scale enterprises

The key aspects of the programme's strategy involve:

- Pursuing a strategy of targeted, innovative and cumulative change through support for carefully selected, ambitious reform initiatives demonstrating principles of transparency,
- Building on current and developing knowledge of governance and health systems reform drawing on international experience in public and private sectors in organisational reform, change management and systems development processes
- Putting an early emphasis on strengthening financial systems, the management of budget cycles and facilitating reforms in financial accountability at all levels by supporting systematic processes for planning, implementing and strengthening activities in this area
- Recognising the significant potential of the private for profit and not for profit sectors in providing health care for the poor. And working with both the private providers to improve the quality and cost effectiveness of their services, and with the public sector to develop the role of stewardship over the private sector.
- Promoting and supporting change using a pro-active communications component across the Programme and targeting all stakeholders from politicians, professionals and civil society organisations particularly the consumer
- Establishing local ownership through full stakeholder involvement and steering committees and through performance management approaches to individual incentives and accountabilities for agreed targets

The above strategy's may sound a bit overambitious in the light of Nigeria's name and fame, and its ranking on the corruption list: only Bangladesh can beat Nigeria. But times are

changing... Whilst the effects of change in terms of improved living conditions is not yet tangible for the general population, many political analysts agree that the second Obasanjo government (also the second government after the military governments) opens a window of opportunity for positive changes in Nigeria's socio-political climate. NEEDS, the Nigerian brewed version of PRSP, offers the vehicle for tangible changes. Some books of accounts of some governments are now published. Budget allocations are above table, and disbursement comes a little closer to the allocated budget, to that extent that Ministries now dare to request for realistic (smaller) budgets, knowing that the allocation will be disbursed to a large extent. Governance and transparency issues go along with the Millennium Development Goals framework in NEEDS and SEEDS. PATHS is highly involved in the federal health sector reform agenda, health legislation, budget construction and restructuring exercises, HMIS, improving acceptable service delivery, and last but not least, in the introduction of integrated health care systems. In some states this takes the form of some more 'traditional' WHO district, but in others it is an adapted format, with a northern 'Emirate Health System' model. As loyal Antwerp alumnus, I pledge to document these models and its effects on service delivery and outcomes, for the greater benefit of future generations!

One closing anecdote. In an attempt to understand the polio situation in Nigeria, an immunisation expert from UK undertakes a consultative investigation in the north of Nigeria, after several states have decided not to allow National Immunisation Days for polio any more. He visits His Royal Highness, the emir who is one of the traditional rulers. HRH meets the expert in his full traditional ornate, with his equally traditional clothed aides around him. You could hear the expert thinking "What a scandal that these illiterate backward traditionalists refuse polio vaccination to the poor children...". After some introduction, and being aware of the sensitivity of the issue, the expert kindly asks permission to discuss the polio issue. His Royal Highness answers: "No problem at all, we can discuss everything about polio in Nigeria. There is one condition though: we will first discuss the MMR situation in UK." Far from being illiterate, HRH proved to be a PhD title holder of a world famous institute, and fully informed on the issue. His analysis was clear cut: NID's have destroyed the routine integrated service delivery, decreased the credibility of health workers, and decreased the willingness of the population to be vaccinated. In other words, the decision to cancel NID's was not more than the democratic expression of the peoples will. NID's will be allowed back in our state whenever there are guarantees of investment in the routine integrated service delivery, that need to include routine immunisation. And no, we need no UK expert to come and tell us so much. It seems you have your own immunisation problems in your backyard. Shall I come and investigate this for you?

Encore de l'afro pessimisme ... !

(Réaction à un article du Monde Diplomatique écrit par Mr Jean-Pierre Olivier de Sardan)

Travaillant comme spécialiste en chirurgie générale et en santé publique en Afrique noire francophone depuis plus de vingt années, je suis resté abasourdi et préoccupé en lisant l'article de M. Jean-Pierre Olivier de Sardan « Une médecine de proximité ...et de qualité pour l'Afrique » publié dans l'édition du Monde Diplomatique de février 2004.

L'auteur présente, me semble-t-il, une analyse tout à fait partielle et incomplète avec très peu d'esprit critique et de recul historique. Il semble se baser essentiellement sur son enquête qualitative au niveau de cinq capitales ouest africaines, menée dans seulement quelques centres de santé urbains sans avoir contacté aucunes formations sanitaires à l'intérieur de ces pays. Et pourtant, près de 70% des habitants des pays concernés (et presque des centres de santé) vivent en milieu rural. Ce qui n'a pas empêché M. Olivier de Sardan d'extrapoler ses résultats aux plans nationaux et ... continental !

Comment est-il possible que ce chercheur renommé, qui réside et travaille en Afrique de l'Ouest depuis de nombreuses années, puisse affirmer si catégoriquement, entre autres jugements, qu'en Afrique « *la situation sanitaire globale reste catastrophique* »¹ **la comparant** à celle des pays du Nord ? A-t-il oublié ou ne sait-il pas, par exemple, qu'au moment des Indépendances (il y a seulement quatre décennies, presque rien dans l'histoire d'une nation) dans tous les pays africains confondus il y avait moins de médecins que dans une seule ville comme Paris ou Bruxelles ? Qu'il a fallu attendre le début des années 80 pour que les premiers médecins formés dans les écoles de médecine africaines entrent sur le marché du travail ?

En mars 1983, au moment où je suis arrivé pour la première fois en Afrique (au Cameroun) en provenance de mon Argentine natale, la rougeole engorgeait les formations sanitaires et tuait au moins 10% des enfants, la poliomyélite frappait partout condamnant chaque année des milliers des jeunes enfants à la paralysie, la lèpre était encore à juste titre le fléau biblique de toujours, la plupart des patients devaient parcourir des centaines de Km pour atteindre un bloc opératoire, les vaccins et les médicaments essentiels n'existaient pratiquement pas, l'on trouvait pas plus d'un médecin pour 100.000 à 150.000 habitants

Depuis lors, en grande partie grâce à la « *médecine quasi vétérinaire délivrée dans le système de santé officiel* », aux « *spécialistes en santé publique ... qui parleront sans cesse de réformes aux autres sans jamais les mettre en œuvre eux-mêmes* », aux « *multiplés opérations verticales autour de pathologies à la mode* », la fréquence et la mortalité de la rougeole ont énormément diminué, les nouveaux cas de poliomyélite sont désormais comptés sur les doigts de la main dans la plupart des pays, dans beaucoup des régions la lèpre a pratiquement disparu,, les patients doivent seulement faire quelques dizaines de km pour trouver des centres de 1^{ère} référence médicale et chirurgicale, les principaux vaccins sont partout accessibles gratuitement, les médicaments essentiels de bonne qualité sont disponibles même dans les dispensaires les plus reculés à des coûts moyens par ordonnance inférieurs à 2.000 francs CFA (3 euros et j'en suis témoin pour des centaines des cas) et non à « *10.000 francs CFA de médicaments portés sur une ordonnance* » comme Mr Olivier de Sardan l'affirme, le moins que l'on puisse dire, avec légèreté ...

¹ Toutes les citations en italiques sont directement extraites de l'article de Jean-Pierre Olivier de Sardan

Et si l'on est encore très loin des ratio médecin/habitants du Nord (par exemple, 1 médecin/350 habitants en Belgique), ce qui est logique vu le niveau différent de développement entre ces continents, actuellement l'on trouve environ 1 médecin/30.000 habitants dans la plupart des pays africains, ce qui est une nette amélioration par rapport à la situation d'il y a seulement 20 ans.

Prenons le cas de la mortalité infantile : dans les pays ouest africains elle est bien sûr encore trop élevée : au moins 15 fois supérieure à celle du Nord, ce qui est énorme. Mais nous devons aussi dire qu'elle a reculé partout d'au moins 50% en seulement 10 ou 15 ans ! Rappelons-nous qu'en Europe le processus de diminution de cette mortalité s'est aussi fait en plusieurs décennies !

Et toutes ces améliorations, loin d'être « quelques progrès », ont été obtenues dans un contexte continental de crise socio/politique/économique sans précédent et malgré l'apparition du SIDA !

Des affirmations comme « on ne nous regarde même pas » sont réelles : mais elles existent partout ... même au Nord (voir l'article « Médecins sous influence » du Monde Diplomatique de janvier 2004). Par contre, moi aussi j'ai entendu, et à de multiples reprises, des opinions positives des usagers satisfaits des soins reçus dans le secteur public africain. Un chercheur ne peut pas généraliser à partir de seules opinions (positives ou négatives) sans une analyse globale de la situation.

Certes, il y a encore un grand travail à accomplir et énormément de choses à améliorer dans le secteur de la santé en Afrique. Et la recherche d'« une médecine de proximité et de qualité » doit être l'une des priorités, comme Mr Olivier de Sardan le dit. Mais nous avons aussi le **devoir** d'être justes et réalistes en regardant tout le système et ses résultats dans une perspective historique et en identifiant aussi les acquis et les points forts. Pas seulement en mettant en exergue le côté négatif de la balance.

Un enjeu, beaucoup plus grave et important, existe: les articles comme celui de M. Olivier de Sardan alimentent l'**afro pessimisme**, accablent le système de santé africain et nourrissent la pensée de que « la situation sanitaire globale en Afrique reste catastrophique » **malgré** l'aide internationale et la coopération bi, multilatérale et autres.

De là à inciter les opinions publiques et les gouvernements du Nord à se détourner de l'Afrique il y a un pas seulement. Malheureusement, certains pays et institutions l'ont déjà franchi. Au moment où il est justement nécessaire d'accroître la quantité et, surtout, la qualité de l'aide internationale.

Faisons alors attention ! Les écrits ne sont pas neutres !. Gardons-nous d'écrire des articles trop alarmistes car nous savons bien que le public et les médias non initiés en sont friands.

Ernesto Rodolfo PAPA

Co - Responsable du Projet Santé Ivoir-belge – 2

Ancien tuteur du 39^{ième} CIPS 2002 –2003

Email : papazang89@hotmail.com

Zimbabwe, between desperation, cynicism and hope.

Aad van Geldermalsen (ICHHD 1989-1990)

Zimbabwe was once the hope of developing Africa. In 1980 independence was won and things would now be better. The wealth of the country, up to that time only in the hands and for the enjoyment of a few, would now be better distributed. Bob Marley sang in the National Stadium. The new rulers, who had been castigated as terrorists by parts of the world establishment, promised reconciliation with their erstwhile foes and they would show the world what pragmatic socialism could do.

Needless to say that the enlightened 'development workers' (is this a contradiction in terms?) were scrambling for the new country. As a young doctor I had set my eyes on Zimbabwe, as many others were doing at the time. Here was a country that was putting ideals like multi-racialism and solidarity between North and South in practice. When students, we had collected cloths and money for the refugee camps in Mozambique and were proud to receive the leaders of the then guerrilla movement in our humble kitchen to hear on the progress of the struggle and the on-coming victory (that was certain!). However, in the country, there was no need for people like me at the time. There were plenty of graduates, we were told and at most, specialists that could provide training would get a contract. The Mission hospital would take us, but that was 'not on'; we wanted to work in Government and district hospitals, where the action and the new and right ideas were put into practice. So my time would come later and I had to make do with Somalia, Zambia and Lesotho as training schools for the real work: Doctoring in the district as District Medical Officer, DMO, the jack of all trades. Even then, we had had our schooling, got the DTM from the ITG, which included the valuable lessons of Van Balen, Gigase, Piot and others. Finally, after a long wait and the ICHHD, the dream could be fulfilled. I was now wanted in Zimbabwe as an Epidemiologist/ Public Health Advisor to the Provincial Medical Director. We could now involve ourselves in this exemplary country; the country of the 'Harare Declaration', on the role of the District in PHC, of policy documents with names like 'Equity in Health'. But by now it was 1992. The IMF told the country to disinvest in the social sectors, balance the budget and do not spend in 'non-productive' sectors. An article appeared in *Social Science and Medicine*: 'Primary Health Care in Zimbabwe: Can it survive?'¹. It was a sobering article. It stated that "there has been a de facto lack of support for PHC by government",... with "an inherent role conflict for the doctor as a PHC team leader". It was argued that: "Zimbabwe has not really implemented PHC, but instead has expanded basic health services with a relatively small component of the Village Community Worker".

And then there was AIDS; initially kept quiet as in so many countries. Ways of dealing with it (recognising it as the major threat to the country as it was) were slow and cumbersome. Admitting (or estimating and announcing) its death toll, was initially taboo. I soon found out that 'wishing a problem away' was a strong trait in the culture I had arrived in. It has stood its people very well and undoubtedly proved its virtues throughout history and evolution. And naturally so, where most of life's problems are insurmountable. Perhaps the best remembered quote in this respect is of a 'foreign observer' who stated that 'This people, as no other, "learn to live with their problems", implying that that was the way of doing things, rather than to solve their problems. And indeed it is an excellent remedy for desperation. Having a religious conviction also helps a great deal in this respect. Still, with one of the highest rates of HIV infection, an estimated 1200 deaths per week, a growing number of orphans without any

¹ Woelk, Primary Health care in Zimbabwe: can it survive? An exploration of the political and historical developments affecting the implementation of PHC; *Soc.Sc.& Med.*

prospect for the bright future, promised to the youth only 20 years ago, a bit of desperation seems in order. And how are these problems 'lived with' at the local level, shall we say? As best as possible in the circumstances and the widely praised system of extended family care permits². But that is not all for Zimbabwe. There is the economical problem, or is it socio-economical or politico-socio-economical or just plain meteorological? Where is the chicken where the egg? Whatever its reason, direct or indirect, the effects have been considerable (and many trees were chopped, to make paper, to print and explain this). The last 3 years has seen a decline in income for almost all classes of people. Where in the world is it that an economy shrinks by almost 30 percent in a few years? Certainly not in Europe, where a decrease in *growth* with 1 percent is a cause for concern and where in one country (Netherlands), the prospect of raising the pension age by 2 rather than 1.5 years, provokes major strikes. Not so in Zimbabwe, where a 600% inflation is matched by 50% to 100% wage increase, as a 'cost of living adjustment'. Why no strikes, may one ask? Simple, the first reaction by employers is, dismissal, and if the employer is government or a para-statal company, dismissal plus sanctions, threats and violent reprisals. The result? People are scared and insecure and lose their pride. They admit it, they are afraid, to lose their job, for the knock on the door after dark, and worse.

The solution for many? Fly and see where you can make a living for you yourself and your family. Go where the 'grass is greener'. The phrase 'Greener pastures', together with the word 'challenges' instead of plain 'problems', ranks highest among politically correct expression. Estimates, that seem to grow out of proportion, state that over three million Zimbabweans have fled the country, most of them to South Africa and Botswana, which are easy to reach on foot. Stories of their treatment in this new country 'of the free' and forced repatriation are not pleasant. Still, hardly put across the border back into Zimbabwe, the same people walk back again, and again. Then there are the ones that have their skills to sell, engineers, doctors, nurses, pharmacists, physiotherapists, etc. etc. They can afford to fly further a field, Australia, Canada, the UK and the States. And this is where cynicism comes in. All these people trained at the cost, or at least for the benefit, of Zimbabwe, are eagerly received by the countries claiming to have the best interest of the same Zimbabwe at heart. A matron managing a district hospital, or a Clinical Officer running a rural hospital, taking care of the need of a large section of the population, will become a general nurse in an old age home in England. Employment agents from the States or the UK visit the training schools to pick the crop of graduates. Salaries are many times those offered at home. Zimbabweans abroad will keep thinking of home and work for their relatives left behind. The most important source of income in foreign currency for the country has become the Zimbabwean expatriates, prosaically called those in the Diaspora. They often live cheaply in crammed quarters to maximise the amount they can repatriate. They dream of their home and when they could get back.

But there are other reasons to be cynical. In these times of talk of restructuring of health services, first line services are gradually declining. As it is said; the gains of the 80-ies have been reversed. Vaccination rates are down to 50%, life expectancy to below 44 on average, etc. About half of the rural health centres are no longer staffed by qualified nurses. They have exported themselves to elsewhere. Their place will be taken by Primary Care Nurses (PCNs), the new cadres, trained to an 'unmarketable' level for one and a half year. Nurses and doctors are the few professionals who dare to strike from time to time. Perhaps, because there are alternatives for them, more so than for teachers for instance. The last teachers strike is some

² See Sarah Crowe 's article "The Flotsam and Jetsam of AIDS" in the South African Independent of the 14th November 2004.

years ago, while their status and living conditions have eroded even more severely than those of health staff.

It is painful and a challenge for those of us who have learned about the priorities in Health Services Organisation, to witness that, a protracted nurses' strike hardly goes reported, while at the same time, the highest dignitaries in the land officially open a posh private hospital among pomp and ceremony.

And thus the mood is one of gloom and despondency, perhaps more so than desperation. The foreign currency situation and debtor status of Zimbabwe has resulted in severe periodic fuel shortages.

Cynicism is felt too when those that want to address the situation are often seen as working against the interest of the State. NGOs freely active in most countries in Africa, will be under strict scrutiny. A law to that effect has been branded a disaster by church groups and human rights organisations alike. Cynicism stays when it appears that all the latest models of Mercedes motorcars are highly visible and more prevalent on the capital's streets everyday. That, while this few words are written, the highest officer in the land has passed twice with a noisy motorcade comprising more than 10 cars, many of the very expensive type, one of which (because of its armour plating) consumes at least one litre of scarce petrol per 3 kilometres. Cynicism reaches its peak, when reading the newspapers. The only daily newspaper is widely read with disgust and un-believe. Misinformation, hateful diatribe and racial opportunistic demagoguery are its main quality. The press is curtailed. Writing and publishing something, may be branded as journalism, a profession that is strictly controlled and licensed. Absence of such a license is punishable with prison sentences (a horrific fate in any circumstance in Zimbabwe).

But there is cynicism in the other direction as well. Bi-, and multi-lateral organisations, NGOs, their expat employees, as well as the remaining privileged members of the white class, all condemn the regime and complain heartily about the state of affairs. But quietly they admit that there is no better place to live than in Harare with its lush suburbs, its (still) splendid infrastructure, services and roads, and its royal, easy lifestyle. Quality of life indicators for Zimbabwe may be falling; still, nothing is coveted as much as a 'tour of duty' in Harare. And once there, many try to hang on as long as possible. That does not only go for the WHO employees, who reluctantly left Harare when Brazzaville was safe again, (a sub WHO-AFRO office remained and its staff has vowed to stay), but I realise and admit, it applies to myself as well!

So where is the hope?

Well, everywhere you see people interact freely. The other day on a forced delay at an airport, partly because the shared minor mishap, Zimbabweans of all colours and background joined forces in their complaints against the slack airline officials. This caused interactions that lead to a genuine, very open exchange among passengers leading to a joking proposal to elect one of them the new president, because of his leadership qualities. But also at cultural festivals, that, in spite of all the decline and hardship, are still being organised, the tolerant spirit of reconciliation and togetherness among the (admittedly culturally-selected) multi coloured crowd is heartening.

The hope can also be experienced when one goes on supervision to the district hospitals. There, under difficult situations, district executives manage to organise team meetings with health workers from all over the district. Real issues of organisation and patient care are discussed. To see the motivation and eagerness to do a good job, warms the heart. 'Challenges', in this case, the deterioration of income, are dealt pragmatically. The

contribution going under the famous name of T & S, if available, is used to supplement the meagre salary of the nurse or doctor, who now cook for themselves a bit of sadza and stew, where they used to be served in an expensive hotel. The health centre nurse or Nurse Aid proudly produces her activity reports and can be seen to be respected by the people they serve. And at a higher level, there are officers who still make do, who shrug their shoulders at the low salary, admitting (and complaining a little) that, of course it would be better if they were more decently paid, but who still make the best of it. Many have their eyes set over the horizon (the proverbial greener pastures), for the time being, they serve their people as best as they can. It is doubly nice to see some ex-ICHHD graduates among them, most of them still active in the very field they trained for. Proudly trying to implant the ideas they got in Antwerp and applying the skills they gained.

It is with those colleagues that the European (EDF) funded Health Sector Support Programme³ seeks to cooperate (among others, of course), to see to it that drugs and equipment provided, are optimally used in a setting based on the PHC principles and District management methods taught at our beloved course. The spirit is still there, and that gives hope.

*
* *

Evaluation de la coopération sanitaire Sud-Sud par les reponsables des structures bénéficiaires : cas du Burkina Faso

Mamadou Barro (CIPS 2002-2003)

Introduction

Le Programme Sud-Sud de prestation des services médicaux est un programme d'aide médicale issu de la volonté politique des Chefs d'Etat du G77. Il vise à développer et à promouvoir la coopération et la solidarité entre les états du G77 en accordant une priorité aux moins nantis d'entre eux.

C'est ainsi que le Burkina Faso accueille dans ses structures sanitaires depuis juillet 2002, un contingent de quatre-vingt cinq volontaires constitué de professionnels de santé venant de trois pays notamment le Nigeria, la Libye et Cuba.

Ces volontaires, bien qu'étant de qualification variée, n'ont pas toujours répondu aux besoins exprimés par les structures de soins ce qui a causé des difficultés quant à leur déploiement et à leur insertion sur le terrain.

Comme le prévoit l'article 18 de la convention signée le 3 avril 2003 entre le Gouvernement du Burkina Faso et le Secrétariat du programme, les volontaires sont soumis annuellement à une évaluation par le pays bénéficiaire. Aussi, une première évaluation faite en juillet 2003 a montré une appréciation globalement positive des volontaires du programme par les structures d'accueil.

Notre présent travail porte sur la deuxième évaluation qui s'est déroulée du 1^{er} au 14 avril 2004, et vise à répondre à un double souci :

³ Programme documents and background available on request via the editor of INFI.

1. respecter la disposition contractuelle (article 18 de la convention) relative à l'obligation d'évaluer les volontaires,
2. connaître les besoins actuels en matière de coopération pour les structures sanitaires dans la perspective du renouvellement des contrats qui arrivent à terme le 1^{er} juillet 2004.

Elle doit permettre aux autorités sanitaires nationales, à l'orée du prochain renouvellement du contrat des volontaires, d'exprimer les besoins réellement ressentis par les structures sanitaires, et de faire en sorte que le partenaire c'est à dire le Programme Sud-Sud, tienne compte de ces besoins dans ses futures offres.

Méthodologie

Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés nous avons mené une enquête transversale à travers les différentes régions sanitaires du pays.

Pour évaluer la pratique des coopérateurs, notre enquête a consisté en l'administration d'un questionnaire semi-structuré aux différents responsables des formations sanitaires où travaillaient ces coopérateurs à savoir les Directeurs Généraux des Centres Hospitaliers Régionaux (DG des CHR) et les Médecins-chefs de District (MCD). Et pour l'expression des nouveaux besoins en coopérateurs, à ces 2 catégories de personnel nous avons adjoint les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS).

Notre instrument de collecte de données qui a été pré testé et validé comprenait 3 types de grille d'entretien :

- un questionnaire portant sur une évaluation individuelle de la pratique des coopérateurs à remplir par les DG des CHR et les MCD ;
- un questionnaire portant sur l'expression des nouveaux besoins adressé aux DG des CHR et les MCD ;
- un questionnaire portant sur l'expression des nouveaux besoins adressé aux DRS.

Cette enquête a eu pour cadre 12 des 13 régions sanitaires du pays. Seule la région sanitaire du Centre-sud qui n'a pas reçu de coopérateurs n'a pas été visitée. Elle a été réalisée par 2 équipes de 2 personnes chacune. Cette évaluation a concerné la pratique de tous les coopérateurs en poste au moment de l'enquête.

Le dépouillement s'est fait de façon manuelle et les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateurs à l'aide du logiciel SPSS version 11.0.

Résultats

Ce chapitre comprend deux parties. Dans un premier temps nous allons présenter les résultats de l'évaluation des prestations des coopérateurs à partir de l'appréciation de leur pratique par les premiers responsables des structures sanitaires bénéficiaires conformément à notre grille d'entretien (voir annexe). Dans un second temps, nous présenterons les expressions des nouveaux besoins en coopérateurs par les responsables des différentes structures sanitaires visitées.

Profil des coopérateurs

La répartition des 64 coopérateurs qui étaient en poste au moment de l'enquête est la suivante :

- il y avait 66% d'hommes et 34% de femmes soit une nette prédominance masculine.
- les trois nationalités sont représentées dans les proportions suivantes : presque 75% des coopérateurs sont cubains, 20% coopérateurs sont nigériens et 5% sont libyens
- 33 des coopérateurs sont médecins généralistes (51%), 21 sont médecins spécialistes soit (33%) 7 sont infirmiers spécialistes (11%), puis viennent deux sages-femmes d'Etat et enfin un préparateur d'Etat en pharmacie

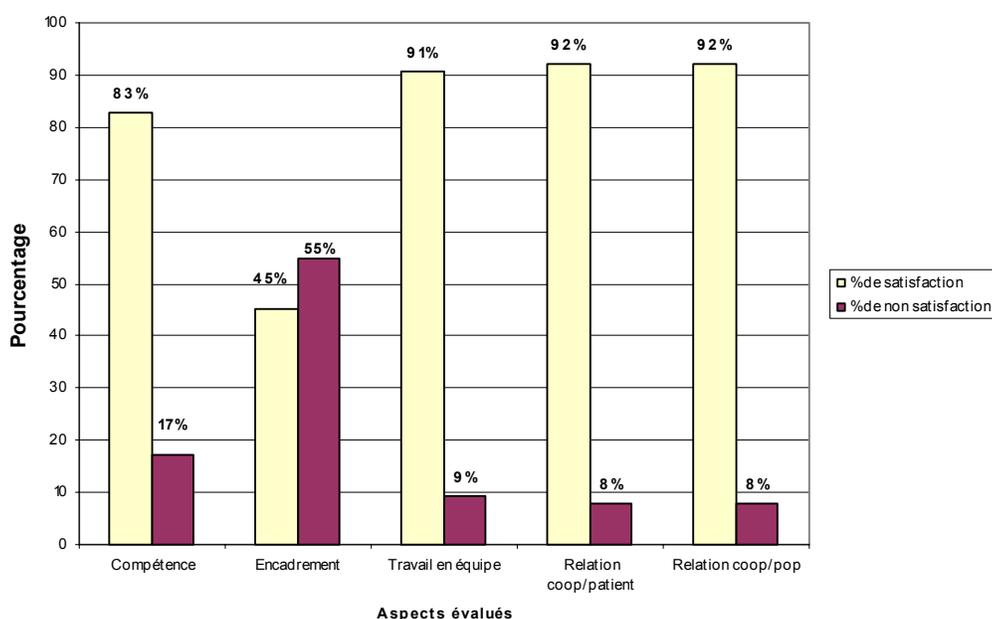
Répartition des coopérants dans les structures sanitaires

Les données sur les coopérants ont été collectées auprès des responsables des structures sanitaires qui les ont accueillis : les 64 coopérants ont été répartis dans 11 régions sanitaires avec des extrêmes allant de 2 à 13 et une médiane estimée à 5. Les données de la région sanitaire des hauts bassins n'ont pas été transmises et la région sanitaire du centre sud n'a pas bénéficié de cet appui.

Appréciation des coopérants par les responsables des structures sanitaires

La figure 1 montre l'appréciation des coopérants par les responsables des structures sanitaires visitées en fonction des critères suivants : compétence, capacité à encadrer les subordonnés, travail en équipe, relation coopérants/patients et relation coopérants/population.

Figure 1 : Appréciation des coopérants par les responsables des structures sanitaires



Les critères tels que la compétence, le travail en équipe, la relation coopérant/ patient et la relation coopérant/ population ont été positivement appréciés avec des taux de satisfaction allant de 83% à 92%. Par contre la capacité à encadrer les subordonnés laisse à désirer (55% des répondants la trouve insatisfaisante). Un analyse plus poussée montre que les difficultés à encadrer les subordonnés sont surtout le fait des médecins généralistes : chez 22 d'entre eux cette capacité est absente alors qu'il n'y a que six spécialistes sur 21 pour qui cette habileté manque. Cette différence entre spécialistes généraliste est statistiquement significative ($\chi^2 7,46$, significatif pour $p < 0,01$)

Expressions des nouveaux besoins

Au total, les nouveaux besoins perçus par les différents responsables des structures sanitaires concernent 55 coopérants, essentiellement du corps médical avec une préférence marquée pour les médecins spécialistes en particulier les chirurgiens (chirurgie générale) et les gynécologues.

Commentaires et conclusion

Certaines difficultés ont entravé le bon déroulement de ce travail, notamment la disponibilité des responsables de certaines structures sanitaires¹. Ceci explique en partie la plupart des non-réponses. Egalement la mobilité du personnel aussi bien burkinabé (affectation) que coopérants (changement de poste) fait que le recul est insuffisant pour donner une appréciation sur leur pratique.

Finalement au lieu de 85 coopérants l'enquête a concerné l'appréciation de la pratique de 64 d'entre eux. Malgré ces limites les résultats auxquels nous sommes parvenus suscitent les commentaires suivants.

La compétence des coopérants a été appréciée de façon satisfaisante dans la plupart des cas. Pour donner du poids à cette appréciation de compétence et dans le souci de pérennité d'une telle initiative, le transfert de compétence (encadrement des nationaux par les coopérants) a été pris en compte dans notre approche évaluative. Sur ce point nous pouvons dire que malgré la barrière linguistique, l'encadrement des nationaux par les médecins spécialistes a été positivement apprécié. En effet certains médecins généralistes des districts ont affirmé avoir amélioré leur pratique chirurgicale grâce à l'encadrement qu'ils ont reçu sur le terrain par des coopérants spécialistes. Aussi, cela se retrouve à travers l'expression des nouveaux besoins car on note une préférence marquée pour les médecins spécialistes en particulier les spécialités chirurgicales (chirurgie générale et gynécologie-obstétrique). En analysant davantage, on se rend compte qu'au niveau du terrain les responsables des structures sanitaires bénéficiaires, mettent sur la balance cette nécessité et la plus-value en terme d'amélioration de la qualité des soins.

Ceci pose la question de l'efficacité d'une telle coopération (en raison du coût des facilités d'insertion qui est à la charge de l'établissement de soins bénéficiaire)². Ce qui a amené certains responsables de structures sanitaires à se demander dans le cas où des nationaux devraient bénéficier de telles facilités d'insertion en milieu rural quels seraient les résultats ? Ainsi donc, pour que chaque partie en tire profit, les nouvelles orientations d'une telle coopération doivent prendre en compte sa pérennité et son efficacité. C'est pour cela que dans le choix des futurs coopérants il faudrait partir des besoins ressentis par les structures sanitaires, tenir compte de l'efficacité, du coût et du bénéfice de leur contribution dans l'amélioration de la qualité des soins à offrir aux populations.

L'efficacité d'une telle coopération est ressortie comme un critère que les structures bénéficiaires prennent en compte dans l'expression des nouveaux besoins, d'où la nécessité dans les futures analyses de connaître ce que coûte en moyenne un coopérant pour la structure de soins qui le reçoit ce qui la permettra par la même occasion de connaître le coût d'opportunité d'une telle coopération.

Il serait intéressant pour être complet sur la question de connaître également le point de vue des populations bénéficiaires des soins.

¹ DRS des hauts bassins, plateau central (en mission) DG du CHUSS, CHR de Dédougou (en mission)

² - Logement avec toutes les commodités eau et électricité à la charge de la structure de soins bénéficiaire, varient en fonction des localités.

- Frais de déplacement en moto et frais d'entretien de la moto environ 20.000 FCFA (30 euros) par mois.
- Dotation mensuelle en bouteille de gaz pour la cuisine et le frigo : 2 à 4 bouteilles de gaz dont le coût unitaire fait 4000 FCFA (6 euros).

« Seguimiento a la estrategia Boliviana de reducción de la pobreza (EBRP) la iniciativa hipc y su impacto en el sector salud »

Oscar Lanza V. (ICHD 1985-1986)
Eduardo Aillón
Rodrigo Urquieta Arias

Recientemente fueron presentados los resultados del estudio « *Seguimiento a la estrategia Boliviana de reducción de la pobreza (EBRP) la iniciativa hipc y su impacto en el sector salud* », conducido por AIS-IBFAN - CODEDCO Bolivia y con apoyo de la Fundación para la Naturaleza y la Vida (FUNAVI), a solicitud del Mecanismo Nacional de Control de Bolivia (MNCS), el apoyo y asistencia de WEMOS (Holanda) y la colaboración de OPS/OMS en Bolivia.

Este trabajo analiza con espíritu crítico, la Situación de Salud en Bolivia, las políticas y estrategias de salud adoptadas y los resultados e impacto de la Ley del Diálogo 2000, así como de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) y la iniciativa HIPC (Highly Indebted Poor Countries) en el sector Salud, poniendo énfasis en los efectos registrados en los grupos sociales más empobrecidos de Bolivia, que sufren las consecuencias de las decisiones nacionales e internacionales adoptadas por pocos, en un mundo cada vez más globalizado desde el punto de vista económico, pero cada vez menos justo y equitativo desde la perspectiva social y de desarrollo humano.

El estudio hace un seguimiento histórico de la deuda externa de Bolivia, a partir de 1970, identificando los responsables de su desmesurado crecimiento, hasta convertir a Bolivia en un “País Pobre Altamente Endeudado” como han venido a llamar los acreedores de Bolivia, en su planteamiento de la iniciativa HIPC. Con base en

« Bolivie : analyse de l'impact sur le secteur santé de la stratégie de réduction de la pauvreté »

Oscar Lanza V. (ICHD 1985-1986)
Eduardo Aillón
Sr. Rodrigo Urquieta A.

Dernièrement sont parus les résultats de l'étude « *Suivi de la stratégie Bolivienne de réduction de la pauvreté (SBRB) initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) et son impact sur le secteur de santé* ». Cette étude a été menée par AIS-IBFAN-CODEDCO Bolivie, et l'aide de la Fondation pour la Nature et pour la Vie (FUNAVI) et ce, à la demande du Groupe National de contrôle de Bolivie, avec l'appui de WEMOS (Pays-Bas) et la collaboration de l'OPS/OMS en Bolivie. (voir Lettre du Riac de juin 2004)

Ce travail examine d'un œil critique la situation de la santé en Bolivie, les politiques et stratégies de santé adoptées et les résultats et impacts de la Loi de Dialogue 2000. Cet travail examine aussi la stratégie de réduction de la pauvreté en mettant l'accent sur les effets notés dans les classes sociales les plus appauvries de Bolivie qui souffrent des conséquences des décisions nationales et internationales adoptées par un infime minorité dans un monde à l'économie chaque fois plus globale mais de moins en moins équitable du point de vue social et du développement humain.

L'étude fait l'historique de la dette extérieure de Bolivie à partir de 1970, identifiant les responsables de sa croissance démesurée qui a fini par transformer la Bolivie en « pays pauvre très endettés » comme disent les débiteurs qui ont lancé la politique de réduction de la dette. A partir de l'information officielle de la banque centrale de Bolivie, l'étude s'intéresse à l'analyse de « l'allègement de la dette externe » et de sa

información oficial del Banco Central de Bolivia, la investigación presta atención al análisis del “Alivio de la Deuda Externa” y su verdadera significancia para la economía y la situación del país, concluyendo como indiscutible realidad, de que tal alivio no alivia en nada y que por el contrario, el pago del Servicio de la Deuda Externa a los acreedores no ha disminuido en Bolivia después de éstas, bien intencionadas, iniciativas de alivio.

Por otro lado se demuestra que el monto de la deuda externa Boliviana, en lugar de disminuir con el “alivio”, sigue, en aumento progresivo año tras año, debido a la política de los gobiernos y administraciones de turno, que acuden a los “préstamos internacionales” como el recurso más fácil para solucionar problemas nacionales y mantener una abultada planta burocrática, incluyendo la de consultores internacionales, como los del Banco Mundial, FMI, BID y tantos otros, que contribuye a aumentar el déficit fiscal y que luego sacrifica los intereses sociales y económicos de millones de Bolivianos.

El análisis del destino de los fondos del alivio a la pobreza en el sector salud, es otra parte importante del trabajo. De los fondos aliviados en las gestiones 2001 y 2002, una parte importante ha quedado “atrapada en alguna parte” como señaló algún dignatario del Estado Boliviano. En el estudio se establece que los fondos de alivio a la pobreza, que no fueron transferidos ni a los municipios, ni a los Servicios Departamentales de Salud y Educación (Bolivia esta dividida política y administrativamente en 9 departamentos), han quedado posiblemente concentrados en el nivel central gubernamental, es decir, en el Tesoro General de la Nación (TGN) no conociéndose el destino final, según la información disponible, de estos recursos del alivio. Algunos medios de comunicación del país han afirmado en meses anteriores, que dineros del alivio de la deuda externa, estarían siendo utilizados por el Gobierno Central en el pago de salarios de determinados sectores.

signification réelle pour l'économie et la situation du pays. Elle conclu de manière indiscutable que cet « allègement » n'a rien alléger du tout mais qu'il a eu l'effet inverse : le paiement du service de la dette aux débiteurs n'a pas diminué depuis cet initiative bien intentionnée d'allègement.

Le montant de la dette externe de Bolivie au lieu de diminuer avec « l'allègement », continue à augmenter de manière constante au fil des années. Et ce, à cause des gouvernements successifs qui finissent par choisir les prêts internationaux, comme solution de facilité aux problèmes nationaux, qui maintiennent une administration bureaucratique disproportionnée y compris celle des consultants internationaux comme ceux de la Banque Mondiale, du FMI de la BID et tant d'autres. Cela contribue à l'accroissement du déficit fiscal et au sacrifice des intérêts sociaux et économiques de millions de Boliviens.

L'analyse de l'affectation des fonds d'allègement {note du traducteur : le mot « allègement est utilisé dans le texte espagnol tant pour signifier 'diminution de la dette et de la pauvreté' que pour parler de 'palier la pauvreté'} dans le secteur de la santé représente une autre partie importante du travail. Durant les années 2001 et 2002, une part importante des fonds d'allègement est restée « coincée quelque part » comme l'a expliqué récemment un haut fonctionnaire bolivien. L'étude montre que les fonds d'allègement qui n'ont été transféré ni aux municipalités ni aux services départementaux de santé et d'éducation sont plus que probablement restés au niveau national – à l'administration du trésor- sans que, sur base de l'information disponible, on en connaisse l'affectation finale. Ces derniers mois, certains journeaux du pays ont affirmé que l'argent de l'allègement de la dette externe aurait été utilisé par le gouvernement central pour payer les salaires dans certains secteurs déterminés.

L'usage de fonds d'allègement par les municipalités du pays donne une précieuse

El uso de los fondos de alivio a la pobreza, por los municipios (niveles locales) del país, transmite una valiosa información sobre las limitaciones y restricciones de los Gobiernos Locales (municipalidades), en su actual capacidad de gestión y de gasto de los recursos financieros disponibles. Es clara, la necesidad del fortalecer con premura y prioritariamente las capacidades de los Gobiernos Municipales para la gestión e inversión eficiente de recursos económicos, sean estos provenientes de la condonación de la deuda externa para el alivio a la pobreza o bien, de fondos propios de Bolivia, a través de la llamada co-participación tributaria (impuestos nacionales) o de otras fuentes.

Cuando se analiza el uso de los fondos HIPC (provenientes de condonación de parte de la deuda externa Boliviana) en el sector Salud, llama la atención y es motivo de enorme preocupación, el hecho de que estos fondos, sirven o responden a intervenciones médico sanitarias de carácter curativo - asistencial, hospitalario y de enfoque reparador, como ser la construcción de infraestructura sanitaria (edificios), equipamiento de servicios de salud y sobre todo a la contratación de personal de salud, descuidándose acciones de promoción y prevención de la salud, conocidas por su mayor impacto, desde el punto de vista costo/beneficio, para mejorar la situación de salud de la población.

Resulta, según demuestra el estudio, muy preocupante confirmar que, la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) y los recursos del alivio de la deuda externa, no están beneficiando precisamente a los más pobres, sino más bien, a la población que vive en capitales de departamento y sobre todo a la clase media y alta, mientras la clase empobrecida que vive en el umbral o por debajo de la línea de pobreza, no tiene significativo beneficio, en el sector salud, para mejorar su precaria situación y ejercer su derecho al auxilio sanitario. Estas constataciones plantean, según el estudio, la necesidad de proponer, desde la sociedad civil, re - orientaciones, cambios oportunos y

información sur les limites et restrictions des gouvernements locaux dans leur capacités de gestion et d'usage des moyens financiers publics disponibles. Il est évident qu'il est urgent de renforcer en priorité les capacités des gouvernements locaux pour la gestion et l'investissement efficient des ressources économiques, qu'elles proviennent des fonds propres boliviens à travers la dite « coparticipation populaire » (impôts nationaux) ou d'autres sources.

Lorsqu'on analyse l'usage dans le domaine de la santé, des fonds provenant de l'annulation d'une partie de la dette externe, on est frappé par le fait que ces fonds servent surtout à des interventions médico-sanitaires de caractère curatif, hospitalier et dans une optique « réparatrice » : construction d'infrastructures sanitaires, équipement de service de santé, et surtout engagement de personnel de santé. Les actions de prévention et de promotion de la santé, connues du point de vue coût/bénéfice pour leur plus grand impact dans l'amélioration de la situation de santé de la population ne sont pas prises en considération.

Comme le démontre l'étude, nous sommes très préoccupés de constater que la stratégie bolivienne de réduction de la pauvreté et les ressources provenant de l'allègement de la dette extérieure ne bénéficient précisément pas aux plus pauvres. Au contraire elles profitent à la population qui vit dans les capitales de département, et surtout à la classe moyenne et haute alors que les classes appauvries, qui vivent sous le seuil de pauvreté, n'en ont aucun bénéfice. Elles ne peuvent améliorer leur situation précaire ni exercer leur droit à une aide sanitaire. Selon l'étude ces observations suggèrent qu'il est nécessaire de proposer, depuis la société civile des réorientations et des changements adéquats et urgents si l'on veut éviter qu'une fois de plus les pauvres ne soient trompés et frustrés dans leur attente légitime d'une vie plus digne et plus humaine.

L'intention de ce travail est que la société civile, par l'intermédiaire de ses

urgentes sino se quiere que, una vez más, los pobres sean engañados y defraudados, en sus legítimas aspiraciones a una vida digna y más humana.

La intención del trabajo, es que la Sociedad Civil, a través de sus organizaciones representativas y del Mecanismo Nacional de Control Social de Bolivia (MNCS), conviertan este control en una actividad sistemática, efectiva, eficiente y rutinaria, de tal manera que las autoridades no se sientan molestas por ser supervisadas en su calidad de servidores públicos, pagados por los impuestos de los ciudadanos, si no, más bien que asuman, como propia la necesidad de edificar una “cultura de rendición de cuentas”, a la sociedad civil y de asegurar transparencia, apertura, responsabilidad social de sus actos ante la comunidad, que con su esfuerzo, produce la riqueza nacional y genera fondos públicos, con los cuales se sostiene toda la administración gubernamental y se honran las obligaciones del servicio de la deuda externa. Esta cultura, debería ser asegurada por los servidores públicos en Bolivia, pero también, debería ser responsabilidad ética de la cooperación internacional al otorgar prestamos y concesiones, que a veces resultan útiles, no para el desarrollo, si no más bien, fortalecen la dependencia y van contra el desarrollo de las naciones.

Entre algunos aspectos sobresalientes de datos proporcionados por éste seguimiento y estudio, se pueden nombrar:

- Ley del Diálogo

La Ley del Diálogo 2000 en su artículo 25 establece el Control Social : “...como el derecho de las organizaciones e instituciones de la sociedad civil para conocer, supervisar y evaluar los resultados e impacto de la políticas públicas y los procesos participativos de toma de decisiones, así como el acceso a la información y análisis de los instrumentos de control social”.

organisations représentatives et du « Mécanisme National de Contrôle de Social de Bolivie (MNCSB) transforme ce contrôle en une activité, systématique effective, efficiente et de routine. De telle sorte que les autorités ne se sentent pas dérangées d’être supervisées pour leur qualité de « serviteurs publics » mais qu’au contraire elles assument en se l’appropriant, la nécessité de mettre en place une culture où on « rend des comptes » à la société civile. Où on assure la transparence, l’ouverture, la responsabilité sociale de ses actes devant la communauté car c’est elle qui par son travail produit la richesse nationale et génère les fonds publics qui financent l’administration gouvernementale et le service de la dette extérieure. Cette culture devrait être assurée par les fonctionnaires publics de Bolivie mais devrait aussi être la responsabilité éthique de la coopération internationale quand elle octroie des prêts et des concessions qui parfois s’avèrent utiles, non pour le développement mais plutôt parce qu’ils renforcent la dépendance et vont à l’encontre du développement des nations.

Parmi les éléments qui ressortent des données fournies par ce suivi et par cette étude on peut souligner ceci :

- La Loi du Dialogue 2000 qui dans son article 25 établit le Contrôle Social : « ...comme le droit pour des organisations et institutions de la société civile de connaître, superviser et évaluer les résultats et impacts des politiques publiques et des processus participatifs de prise de décisions, de même que l’accès à l’information et l’analyse des instruments de contrôle social ».

- L’évolution de la dette externe de la Bolivie sur la période 1970 – 2002 qui est reprise dans le tableau ci-dessous

- Evolución de la deuda externa de Bolivia
período 1970-2002
El siguiente cuadro muestra las cifras de esa
evolución:

Evolución de la deuda externa en los diferentes Gobiernos. Años 1970-2002
Expresado en dólares americanos
Evolution de la dette extérieure sous les différents gouvernements Années 1970 – 2002
En dollars américains

Período y Gobierno responsable <i>Période et gouvernement</i> <i>responsable</i>	Saldo neto de la deuda al inicio del período <i>Solde net de la dette au début de la période</i>	Saldo neto de la deuda al final del período <i>Solde net de la dette à la fin de la période</i>	Crecimiento absoluto <i>Croissance absolue</i>	Aumento porcentual <i>Augmentation en %</i>
1970-1977: Hugo Banzer (dictador - <i>dictateur</i>)	524.400.000	1.426.000.000	901.600.000	171.9 %
1977 - 1982: Gobiernos militares de facto y un gobierno constitucional <i>(Gouvernement militaire de fait et un gouvernement constitutionnel)</i>	1.426.000.000	2.803.300.000	1.377.300.000	96.6 %
1982 - 1985: Hernán Siles (Constitucional - <i>constitutionnel</i>)	2.803.300.000	3.294.400.000	491.100.000	17.5 %
1985-1989: Paz Estenssoro (constitucional - <i>constitutionnel</i>)	3.294.400.000	3.491.600.000	197.200.000	6.0%
1989 1993: Jaime Paz (constitucional - <i>constitutionnel</i>)	3.491.600.000	3.782.800.000	291.200.000	8.3 %
1993-1997: Gonzalo Sánchez (constitucional - <i>constitutionnel</i>)	3.782.800.000	4.231.800.000	449.000.000	11.9%
1997.2002: Banzer – Quiroga (Constitucionales - <i>constitutionnels</i>)	4.231.800.000	4.299.700.000	67.900.000	1.6 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados en Memorias del Banco Central de Bolivia, 1970 - 2001 y en "La Deuda Externa de Bolivia: Un dogal insuportable", Luis Alberto Echazú. 2001.
Source : tableau élaboré par les auteurs à partir des données publiées dans Rapports de la Banque Centrale de Bolivie, 1970- 2001 et 'La dette externe de Bolivie : un joug insuportable', Luis Alberto Echazú, 2001

Al analizar las cifras expresadas en el cuadro anterior, claramente se identifica a los responsables de la pesada carga que significa la deuda externa, causa importante de la miseria, el analfabetismo y la insalubridad de una mayoría del pueblo boliviano.

L'analyse des données du tableau ci-dessus indique clairement les responsables du fardeau que constitue la dette externe et qui est une cause importante de misère, d'analphabétisme et l'insalubrité d'une majorité du peuple bolivien.

- Legalidad de la deuda externa boliviana

- Légalité de la dette externe

La deuda externa contratada durante el período 1971 - 2001 alcanzaba a 8.481.8 millones de dólares.
De este monto debemos discriminar aquella deuda que fue "ilegalmente contraída", es decir aquella que no fue aprobada por el Parlamento Boliviano y fue contratada en

La dette externe contractée durant la période 1971-2001 atteint 8,481 milliards de USD. De ce montant nous devons distinguer la partie contractée 'illégalement' c'est-à-dire la partie qui n'a pas été approuvée par le parlement bolivien . Il s'agit de 2,960 milliards de USD contractés durant les dictatures. Si nous

periodos Dictatoriales cuyo monto es de 2.960.7 millones de dólares americanos, ahora bien si realizamos operaciones aritméticas descubrimos que la deuda "legítima" es de 5.521.1 millones de dólares americanos, por último si consideramos que hasta el año 2001, el país ha cancelado como servicio de la deuda (amortizaciones e intereses), 6.646.5 millones de dólares, concluiríamos que Bolivia ya ha pagado la totalidad del capital de la deuda legalmente contratada, quedando un remanente de 1.178.9 millones de dólares por demás, que honra los intereses totales de la deuda.

Este es el fundamento para considerar que continuar con el cobro y el pago de la deuda externa es absolutamente injusto, ilegal e inmoral.

Sin embargo, de acuerdo al Banco Central de Bolivia (BCB) y al Instituto Nacional de Estadística (INE), se registro como Deuda Externa de Bolivia, hasta Octubre del 2004, la suma de 4.734.60 millones de Dolares Americanos. Es decir, aproximadamente, 200 millones más que a principios del mismo año, período en el que se registraba una cantidad aproximada de 4.500 millones de dólares.

Un alivio que no alivia

De todo este proceso encontramos que el saldo neto de la deuda, pese al "alivio", se mantiene casi inalterable y más bien, ha aumentado, llegando actualmente a un monto de cerca de 4.750 millones de dólares americanos.

Algunas causas para esta situación, son que, el monto no se resta de una sola vez el total del alivio, otro de los factores es que en el 2002 se cargó, por parte de las IFI's (Instituciones Financieras Internacionales) a la deuda 227.9 millones de dólares a titulo de "variación cambiaria" y podríamos mencionar también que se reciben nuevos préstamos que elevan la deuda. El pago del servicio de la deuda externa se mantiene un promedio de 254 millones de dólares en los últimos años, dejando al Estado boliviano

retranchons cela du montant total la dette externe 'légitime' est de 5,521 milliards de USD. Enfin si nous considérons que jusqu'à fin 2001 le pays a déjà versé (en amortissement et intérêts) 6,646 milliards de USD, nous concluerons que la Bolivie a déjà remboursé la totalité du capital de la dette légalement contractée et que le 1,178 milliards de USD payé en plus couvrent les intérêts totaux de la dette.

Ceci nous donne argument pour dire qu'il est absolument injuste, immoral et illégal de continuer à réclamer le paiement de la dette externe.

Cependant les données de la Banque Centrale de Bolivie et de l'Institut National de statistique considèrent que la dette externe de Bolivie s'élève actuellement à 4734,6 millions de USD soit un peu plus de deux cent millions de plus qu'au début de l'année où la dette s'élevait approximativement à 4500 millions de USD.

Un allègement qui ne soulage pas

Nous voyons que le solde net de la dette, malgré l'allègement, se maintient quasi inchangé. Il a même augmenté à près de 4,75 milliards de USD.

Cette situation est due au fait que le montant de l'allègement n'est pas soustrait en une fois. Par ailleurs en 2002 la dette a été augmentée de 227 millions de USD au titre de 'variation de change'. Citons aussi les nouveaux prêts reçus qui accroissent la dette. Ces dernières années, le paiement du service de la dette se maintient à environ de 254 millions de USD. Cela laisse peu de place au gouvernement bolivien pour accroître son investissement dans la santé.

Quelques considérations quant à la dette extérieure bolivienne

En moyenne ces 30 dernières années les paiements du service de la dette se sont élevés à 260 millions de USD annuellement. Ce montant équivaut au budget de tout le système public universitaire bolivien. Avec le montant de intérêts annuels payés on

con pocas posibilidades de mayor inversión en salud.

Algunas consideraciones sobre la deuda externa Boliviana

El promedio en los últimos 30 años de cancelación por servicio de la deuda (amortizaciones capital e intereses), se eleva a 260.5 millones de USD/año, este monto es igual al presupuesto anual que percibe TODO el Sistema Público de la Universidad Boliviana. En ese sentido, con el monto de los intereses anuales cancelados se podría cubrir el presupuesto nacional de salud de cada año otorgado por el TGN (Tesoro General de la Nación)

Según el censo de 1992, se requerían 1.300 millones de USD para cubrir el déficit habitacional del país; sin embargo, en los últimos 10 años solamente por concepto de pago de intereses de la deuda, se han cancelado 1.238.1 millones de USD; si no hubiéramos pagado este monto, TODOS los bolivianos gozaríamos ahora de una vivienda digna y decente.

Otro aspecto señalado en el estudio es el cuestionamiento a la forma de contratación de personal de salud, con fondos de "alivio a la pobreza". Se contrataron 2.209 nuevos puestos de trabajo para médicos y trabajadores en salud, pero en lugar de asignarlos a áreas periféricas y rurales empobrecidas, se los asignó a servicios de salud de segundo y tercer nivel, donde rara vez acceden los pobres. Solamente un 44 % del personal fue contratado por concurso de méritos y examen de competencia. La mayor parte de contratados fueron correligionarios de partidos políticos.

El estudio muestra que por presiones de las IFI's (Instituciones Financieras Internacionales), los dineros de "condonación" de parte de la deuda externa Boliviana, fue destinada a la contratación de personal de salud, que usualmente, trata de solucionar problemas de salud, mediante prescripciones de principios activos y medicamentos, De esta forma al incrementar

podría financiar ce que le trézor finance chaque année dans le domaine de la santé.

Selon le recensement de 1992, on a besoin de 1,3 milliard de USD pour couvrir le déficit immobilier du pays et dans les dix dernières années on a remboursé 1,23 milliard pour le service de la dette : si nous n'avions pas dû payer tous les boliviens auraient maintenant un logement digne et décent.

Autres question à discuter : l'utilisation des fonds d'allègement pour engager du personnel de santé. 2.209 médecins et travailleurs de santé ont été engagés, mais au lieu de les affecter à la périphérie et dans les zones rurales appauvries, ils ont été mis à disposition du deuxième ou troisième niveau où les pauvres accèdent rarement. Seul 44% du personnel a été engagé sur concours. Une grande partie des personnes engagées sont des 'amis politiques'.

L'étude montre que sous pression des institutions financières internationales, l'argent de l'annulation de la dette extérieure a été destiné à l'engagement de personnel qui essaie en général de résoudre les problèmes de santé en prescrivant des médicaments. En augmentant le nombre de prescripteurs on augmente les bénéfices des puissantes industries pharmaceutiques dont les sièges sociaux se trouvent justement dans les pays qui 'annulent' la dette.

Pour conclure : tous ces faits ainsi que beaucoup d'autres sont préoccupants .

L'étude détaille et démontre avec chiffres à l'appui et statistiques idoines comment au nom de la santé on réalise des profits « salutaires ».

el número de prescriptores, se genera aumentadas utilidades para la poderosa industria farmacéutica, cuya base, se encuentra precisamente en los países ricos "condonantes" de la deuda externa.

Así, resultan preocupantes estos y muchos otros hechos que se detallan con datos, cifras, estadísticas y evidencia en el estudio y como en nombre de la Salud y de los pobres, se efectúan "saludables negocios".

Pour plus d'information contacter :
Para mayor información favor dirigirse a:
Dr. Oscar Lanza V. (MD,MPH)
AIS CODECO Bolivie
Tel. Fax: (591 – 2) 2222987
E-mail: aisbol@ceibo.entelnet.bo
Av. Iturralde N° 1178, Miraflores
La Paz - Bolivia

*
* *

Uganda – Institute of Tropical Medicine (ITM) Antwerp, Alumni Formed

Christopher Garimoi Orach (ICHHD 1999-2000)

In September 2004 an association of alumni of ITM graduates in Uganda was formed. This followed several months of informal consultations and discussions amongst several graduates of ITM based in Uganda. The members of the alumni include all those persons who have ever attended a training course at ITM-Antwerp, Belgium. The training programmes include PhD, ICHD, MDC and the various short certificate courses such e.g Summer Course on Epidemiology and Short Course on AIDS anti-retroviral treatment (SCART) conducted by ITM.

The association of alumni aims to strengthen networking, enhance continuing education and promote intellectual development amongst the alumni based in Uganda. The association also seeks to promote regional and global networking and collaboration. It will maintain active linkage, promote and encourage more Ugandans to be trained at the parent institution -ITM Antwerp, Belgium.

The first elected Executive Committee members of the association were inaugurated on the 16th September 2004. The inauguration of the executive committee members of the association coincided with the visit of Professor Bart Criel of ITM, and Bob Colebunders of (Infectious Disease Institute-Uganda) to Uganda. Prof Bart Criel who presided over the inauguration ceremony applauded the formation of the association. He told the members that they hold a special and privileged relationship with the ITM. He informed the alumni a committee/team has been set up that at ITM, headed by Jean Van der Vennet – ICHD Tutor, to oversee the development of such ITM alumni associations worldwide. He encouraged the members of the association to develop projects that would be supported by ITM.

The elected executive committee members of the of the alumni association comprise:

Chairman	Dr Christopher Garimoi Orach Lecturer Makerere University Institute of Public Health (MUIPH) P.O Box 7072, Kampala, Uganda
Vice Chairman	Dr Micheal Lukwiya, Health Coordinator Christian Children's Fund (CCF) Incarnation Kampala, Uganda
Organising Secretary	Dr Francis Abwaimo District Medical Officer Mbale, Uganda
Treasurer	Dr Diana Nahaabi, HIV/AIDS Project Coordinator International Organisation of Migration (IOM) Kampala, Uganda
Publicity Secretary	Dr Ambrose Talisuna Assistant Commissioner Epidemiology and Surveillance, Ministry of Health (MOH) Kampala, Uganda.

*
* *

L'IMT et l'ULB appuient la nouvelle Ecole de Santé Publique de Lubumbashi

Jean Van der Venet

L'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'Université de Lubumbashi (UNILU), récemment créée, a demandé au Département de Santé Publique de l'IMT et à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), leur appui pour la mise en place d'un Diplôme d'Etude Approfondie (DEA) en Santé Publique qui s'inspirerait des formations de niveau maîtrise en santé publique proposées en Belgique. L'IMT et l'ULB ont accepté avec beaucoup d'intérêt. Le Département de Santé Publique (DPS) de l'IMT est particulièrement intéressé car cinq anciens participants du CIPS/ICHHD sont membres de l'équipe. Ce nouveau DEA en Santé Publique vise à répondre au manque de cadres formés pour gérer les quelques 500 zones de santé que compte le pays et l'autre école de santé publique du pays située à Kinshasa ne peut certainement pas à elle seule rencontrer ce besoin.

C'est dans ce cadre que Jean Van der Venet a effectué au mois d'octobre une mission de prise de contact. Nous en présentons un résumé ci-dessous.

L'équipe de l'ESP est constituée autour d'un noyau de cinq professeurs de la Faculté de Médecine de l'UNILU avec comme directeur le Pr Luboya Numbi (ICHHD '87 – '88). Quatre assistants les appuient et travaillent en même temps dans les services de santé. Parmi eux trois sont anciens du CIPS et un a étudié à l'ULB. Cette présence importante d'anciens est pour nous un atout important. Ce n'est pas le seul : l'ESP fait partie de la faculté de médecine

mais elle jouit de l'autonomie nécessaire lorsqu'il s'agit de faire prévaloir la santé publique. De plus l'ESP a un accès direct au terrain de par l'implication de ses membres dans la gestion des services de santé. Cette nouvelle collaboration s'inscrit dans la continuité d'un appui, parfois direct, parfois indirect, du DPS au projet de terrain de l'équipe de Lubumbashi. Citons plus particulièrement la zone de santé de démonstration de Kapolowe que nous avons soutenue dès la fin des années '80 et où l'unité de nutrition a été très activement impliquée. Après 1990, la coopération indirecte a repris peu à peu à travers de Medicus Mundi Belgique (MMB) qui en ce moment est maître d'œuvre d'un projet d'appui à la province du Katanga financé par les bailleurs de fonds internationaux.

Durant la mission l'équipe de l'ESP de Lubumbashi a arrêté les grandes lignes du programme du DEA. Celui-ci s'inscrit harmonieusement dans l'ensemble des formations que l'ESP met en place petit à petit. Le profil du candidat formé est celui de gestionnaire / manager qui travaillera dans les structures de la zone de santé (nom congolais du district au sens cipsiens), du district ou de la région sanitaire. La structure de l'enseignement, adaptée à la réalité congolaise, ressemble assez à celle du CIPS, avec une grande différence en ce qui concerne le travail de terrain qui est ici rendu possible par la proximité des zones de démonstration et par le double rôle de beaucoup d'enseignants qui sont aussi actifs dans la gestion des services de santé. La demande spécifique de l'ESP à l'IMT est un soutien pour le développement de l'axe 'organisation des services de santé' alors que l'ULB appuiera l'axe 'méthode et technique' et en particulier l'épidémiologie et la statistique. La demande des collègues congolais est de les aider à préparer leur cours et certainement pas à se substituer à eux pour donner cours. Ce qui n'empêchera pas, lors des différentes missions prévues à Lubumbashi, de donner des conférences sur des sujets spécifiques. Cela a d'ailleurs été le cas lors de cette mission où deux conférences ont été données pour les étudiants de l'ESP : l'une sur la méthodologie de l'approche verticale et l'autre sur la gestion et l'usage adéquat des médicaments dans les formations sanitaires.

Au cours de la mission, les visites de terrain ont permis de se rendre compte de la réalité congolaise. Une grande pauvreté des usagers qui ont très difficilement accès aux soins mais aussi un niveau de rémunération des personnels de santé tellement bas qu'il n'est pas possible d'en vivre et force tout un chacun à trouver d'autres façons de survivre. C'est d'autant plus dommage que le niveau de formation des agents de santé est excellent. On voit clairement comment le système pourrait fonctionner et répondre aux besoins des usagers si seulement les salaires pouvaient être décents. Tout cela retentit négativement sur les services de santé comme sur l'état de santé de la population.

Cette visite a aussi été l'occasion de rencontrer de nombreux anciens à Lubumbashi et à Kinshasa lors d'une brève halte au retour de mission. Un souhait commun exprimé lors de ces rencontres : arriver à mettre en place une zone de santé de démonstration pour rendre plus visibles et plus palpables les idées de l'Ecole d'Anvers.

Commentaires portant sur l'atelier de partage des coûts des soins obstétricaux urgents dans le district sanitaire du secteur 30 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Sory Ibrahima Bamba (CIPS 1998-1999)

L'équipe cadre du District sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou pilote le PROJET AQUASOU (amélioration de l'accès et de la qualité des soins obstétricaux urgents) d'une durée de trois ans (2003-2005), financé par le Ministère des Affaires étrangères Français et bénéficiant de l'appui de l'IMT d'Anvers. Ce district de 445 584 habitants compte 26 CSPS (Centre de Santé et de Promotion Sociale) qui sont des SSPE dont 21 avec des maternités fonctionnelles et un CMA (Centre Médical avec Antenne chirurgicale) qui est un hôpital de district avec services de Pédiatrie, ORL, Cardiologie, Ophtalmologie, Gynéco-Obstétrique, Médecine générale et Laboratoire.

L'ECD à travers le projet AQUASOU travaille depuis deux ans pour améliorer l'accessibilité aux soins obstétricaux urgents par la mise en place du système de partage des coûts entre quatre acteurs : les familles, les comités de gestion, l'hôpital et les collectivités locales.

Les Mardi 9 et Mercredi 10 à Ouagadougou, les différents acteurs se sont regroupés pour un atelier technique afin d'obtenir un consensus sur la clé de répartition des charges liées à la prise en charge correcte des urgences obstétricales du district, déterminer les critères d'inclusion des femmes pouvant bénéficier du forfait ainsi que les complications couvertes, et définir les organes et les modalités de gestion du système de référence / contre-référence.

Les travaux ont été dirigés par le DRS qui a présenté une analyse de situation relevant les points faibles et des propositions de solutions :

- ❖ la permanence de la compétence chirurgicale au niveau du CMA
- ❖ la disponibilité des médicaments essentiels en DCI en dehors des heures de service
- ❖ l'accès aux examens de Laboratoire eu urgence
- ❖ la qualité et la régularité des supervisions

La rationalisation de la prescription, l'instauration du système de partage des coûts et l'intervention des mutuelles de santé ont été entre autres des solutions préconisées par le DRS pour améliorer l'accès financier aux soins.

Pour la prise en charge des 538 Interventions Obstétricales Majeures attendues en 2005 dans le district (l'ECD a opté pour 2,5 % des naissances attendues), des discussions intéressantes ont porté sur :

- ❖ l'organisation des évacuations à partir des SSPE vers l'hôpital de district
- ❖ les critères d'identification et de prise en charge des indigents
- ❖ les contributions prévues de la part des structures privées confessionnelles
- ❖ les contributions des collectivités locales et celles des comités de gestions des SSPE
- ❖ la pertinence d'approcher les structures privées à but lucratif pour leur implication

Un consensus a été obtenu sur tous les points de discussion. La proposition faite par l'ECD est basée sur une estimation des coûts de forfait (transport + intervention chirurgicale) à 74 000 fcfa répartie entre les entités administratives du district en fonction des interventions attendues dans chacune d'elles et entre les acteurs intervenant dans la prise en charge en fonction de leur capacité et/ou engagement pour le financement. C'est ainsi que pour le forfait, les comités de gestion se sont engagés à prendre 11% des frais, les collectivités 27%, le

Ministère de la Santé 28 % et la famille de la patiente (représentée par l'Association de défense des consommateurs) 34 % des frais.

Les séances de travail effectuées par le Projet AQUASOU avec les différents intervenants depuis 2003 en groupe ou individuellement se sont avérées comme une stratégie efficace de recherche de consensus en milieu urbain autour du partage des coûts de la référence. Les exemples de réussite sont nombreux en milieu rural mais très rares dans les grandes villes d'où le mérite de l'équipe AQUASOU.

La deuxième journée de l'atelier a porté sur les modalités pratiques d'organisation et de gestion du système mis en place ; il est intéressant que des discussions sur la participation de la société civile aux organes de gestion et les conditions d'utilisation des ambulances des services de santé de premier échelon pour les évacuations au CMA aient donné lieu à un consensus entre les intervenants :

1. toutes les évacuations au CMA vont bénéficier des soins, mais le paiement forfaitaire est réservé aux femmes résidentes du district sur la base du carnet de visite prénatale, y compris les césariennes prophylactiques et les complications post-opératoires ;
2. les soins aux nouveaux-nés délivrés au CMA sont couverts par le forfait
3. les évacuations du CMA vers les hôpitaux nationaux ne sont pas couvertes par le forfait (ni pour la mère ni pour l'enfant)
4. les paiements du forfait par les malades se feront au CMA (ils ne seront pas systématiquement différés après l'intervention)
5. si la femme décède on ne réclame plus le paiement, mais si elle avait déjà payé on ne rembourse pas à sa famille ;
6. les évacuations résolues par un accouchement eutocique feront l'objet d'un paiement à l'acte ; il en est de même pour les cranio / embryotomies et les versions / extractions qui bien qu'étant des IOM sont plus rares et demandent moins de ressources ;
7. on rembourse pour les frais d'ambulance payés aux SSPE par les femmes évacuées ;
8. l'excédant d'exploitation de la caisse sera utilisé pour la prise en charge des indigents
9. les versements par les comités de gestion des SSPE se feront par trimestre et en espèce
10. un comité technique restreint de 7 membres (majorité ECD) est mis en place pour la gestion de proximité ;
11. un comité élargi de 20 membres est désigné pour assurer le suivi trimestriel du système (tous les acteurs y sont représentés) ;
12. le démarrage du système est prévu pour janvier 2005
13. l'ambulance du CMA et la communication radio doivent être rendus disponibles dans les meilleurs délais ;
14. des protocoles d'accord annuels vont être signés entre les acteurs
15. une évaluation sera faite au bout de six mois

Conclusion/recommandations

La mortalité maternelle est vulnérable dans nos pays (Afrique de l'Ouest) . La réduction des décès maternels demande une meilleure organisation des services de santé pour améliorer l'accès et la qualité des soins. Une femme enceinte en difficulté, résidente dans le secteur 30 de Ouagadougou doit s'en tirer à partir du premier janvier 2005 en payant 25 000 FCFA (sans autres coûts cachés !). Cette somme va lui assurer l'évacuation, l'intervention et les soins post-opératoires.

L'ECD du secteur 30 devrait être en mesure de mettre en œuvre le système de référence/ contre-référence par son engagement à améliorer la qualité des soins et à donner en toutes

circonstances l'information correcte aux usagers et à leurs représentants. La question du suivi /évaluation est essentielle et l'ECD doit veiller à l'utilisation d'indicateurs de monitoring pertinents et lisibles pour la société civile dont l'implication doit s'accroître au fil des années. Des aspects comme la régularité des séances de travail des organes de gestion et la transparence sont importants pour l'opérationnalité et la pérennisation du système mis en place. On est en droit d'espérer que l'évaluation d'opérationnalité au bout de six mois va donner l'opportunité d'envisager l'extension du forfait à d'autres districts sanitaires de Ouagadougou et pour le secteur 30 à d'autres urgences (chirurgicales et médicales). Dans tous les cas les capitales d'Afrique occidentale ont là, une démarche à suivre pour rendre notre médecine moins 'inhospitalière' tant il est vrai que le problème des hôpitaux dans les grandes villes demande des investissements et une meilleure organisation.

JE REMERCIE TOUT CEUX QUI ONT CONTRIBUE AU PROJET AQUASOU
ET A MA MISSION

Le CIPS à l'honneur au Mali

Le 22 septembre 2004 deux anciens du CIPS ont bénéficié de la décoration de l'ordre du mérite de la santé au Mali. Il s'agit de **Mamadou Namory TRAORE** (CIPS 96) et de **Sory Ibrahima BAMBA** (CIPS 98) respectivement Directeur Régional de la Santé (DRS) de MOPTI et de KOULIKORO.

Chaque année certains travailleurs de tout niveau et de tout secteur bénéficient d'une distinction. Cette année au Mali une trentaine d'agents des services de santé dont plusieurs médecins, infirmiers, sages-femmes, chauffeurs ... ont été décorés. Il ne s'agit pas d'une première ni pour les CIPSIENS du Mali ni pour les DRS au Mali. L'évènement se produit au moment où le RIAC-MALI cherche à s'organiser et à produire des activités de manière à apporter sa contribution positive au système de santé en fonction des valeurs partagées par les CIPSIENS. D'un autre côté, deux DRS qui sont gratifiés la même année, cela fait revenir la question de la pertinence d'un niveau intermédiaire efficace dans le système de santé dans un pays comme le Mali qui a plus d'un million de km² pour 55 districts sanitaires. L'évènement compte a plusieurs titres et vient s'ajouter au comportement héroïque de Nama MAGASSA (CIPS 96) quand il a été victime d'agression pendant qu'il était en mission (il est le DRS de Tombouctou) et nous rappelle tout l'appui dont-il a bénéficié de l'équipe d'Anvers pendant ses soins en France et en Belgique. Nous espérons que d'autres CIPSIENS vont être cités à l'honneur au Mali et ailleurs. Une gratification nationale est motivante et interpelle à plus d'engagement pour de meilleurs résultats.

Une nouvelle option sur le site internet de l'IMT !!!

Une nouvelle option « La page des alumni » sera opérationnelle au début de l'année 2005. Voyez ci-dessous comment l'utiliser

Vous pourrez accéder aux versions électroniques de la « Lettre du RIAC » et ce depuis le premier numéro. Vous aurez aussi un accès à une page à construire avec vous qui s'intitule ALUMNI CONTACTS & FORUM . Avec les membres du Staff vous serez les seuls à pouvoir utiliser cette partie du site. Pour y entrer vous devrez vous inscrire :

Comment y entrer et faire partie du Forum ?

1. Allez sur le site de l'IMT : www.itg.be
2. Choisissez sous la rubrique "Education" l'option "Alumni" et ensuite "Alumni Contacts & Forum"
3. Enregistrez-vous (LOG IN) :
 - donnez vos nom et prénom
 - choisissez-vous un mot de passe
 - remplissez la fiche contact de mise à jour de votre adresse. Veillez à cocher la case autorisant les autres anciens participants à consulter votre adresse, mais notez bien que si vous ne le souhaitez pas votre adresse ne sera en aucun cas communiquée à qui que ce soit.
4. Un responsable de l'IMT vérifiera votre qualité d'ancien et vous autorisera à accéder à la page alumni contacts & forum, et vous le notifiera.
5. Vous trouverez :
 - a. Des informations spécifiques aux alumni ou d'événements à l'IMT ou au niveau international.
 - b. Une liste de documents / articles disponibles pour les alumni et qui peuvent être commandés.
 - c. Le forum de discussion en lui-même :
 - i. Des questions intéressantes, pertinentes pour les alumni peuvent être postées dans le forum et pourront être discutées par tout le monde.
 - ii. Des questions plus spécifiques peuvent être dirigées vers une personne précise (staff IMT)
 - iii. Un sujet de discussion: peut être installé pour une durée précise et modérée par membre du forum. Le modérateur peut être un alumnus ou un membre du staff de l'IMT,
 - iv. Toute autre suggestion est bien entendu la bienvenue!

A new option on the website of ITM !!!

A new option « alumni page » will be operational from 2005 on.
How to use it ?

You can access the electronic versions of the INFI Newsletter from the first issue onwards.
You can also access to a page entitled 'ALUMNI CONTACTS & FORUM'. You and the staff members are the only ones who can enter this part of the site. To enter you will have to register :

How to enter and be part of the Forum ?

1. Enter the website of ITM : www.itg.be
2. Press the button "Education" choose the option "Alumni" and than go to "Alumni contacts & forum"
3. Register (LOG IN) :
 - Enter your surname and first name
 - Choose a password
 - Fill out the form 'contact info'. If you want other ex-participants to have access to your address please be sure to answer "yes" to the question : 'allow forum members to send you email'. Be confident in case you don't wish your address to be availed to others, that it will not appear.
4. An ITM staff member will check your data and will allow you to have access to the page 'alumni contacts & forum'.
5. You will find :
 - a. Specific information about alumni, events at the ITM or at an international level
 - b. A list of available documents/articles for alumni which you can order
 - c. A discussion forum :
 - i. Interesting questions, relevant to all alumni, can be sent to the forum and can be discussed by everyone.
 - ii. More specific questions can be directed to a more specific person (ITM staff)
 - iii. A topic for discussion can be installed during a well-defined period and can be moderated by a member of the forum. The moderator can either be an alumnus or an ITM staff member.
 - iv. Any other suggestions are of course welcome !

Writing for the INFI Newsletter

CONTRIBUTIONS TO THE INFI NEWSLETTER.

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

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

ADDRESS. INFI secretariat, Institute of Tropical Medicine, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgium (phone : +32 3 247 63 09; fax: +32 3 247 62 57; email: apattyn@itg.be)

Have contributed to this issue :

Sory Ibrahima Bamba, Mamadou Barro, Bart Criel, Pierre De Paepe, Sylvie Dugas, Christopher Orach Garimoi, Didier Mbali Ilonga, Oscar Lanza, Bruno Marchal, Ernesto Rodolfo Papa, Gerlinde Segers, Wim Van Damme, Bart Vander Plaetse, Jean Van der Vennet, Aad Van Geldermalsen, Claire Van Maerken, Rita Verlinden

Ecrire à la lettre du RIAC

CONTRIBUTIONS AU BULLETIN DE LIAISON DU RIAC.

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

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

ADRESSE. Secrétariat RIAC, Institut de Médecine Tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique (téléphone : +32 3 247 63 09; fax:+32 3 247 62 57; email: apattyn@itg.be)

Ont contribué à ce numéro :

Sory Ibrahima Bamba, Mamadou Barro, Bart Criel, Pierre De Paepe, Sylvie Dugas, Christopher Orach Garimoi, Didier Mbali Ilonga, Oscar Lanza, Bruno Marchal, Ernesto Rodolfo Papa, Gerlinde Segers, Wim Van Damme, Bart Vander Plaetse, Jean Van der Vennet, Aad Van Geldermalsen, Claire Van Maerken, Rita Verlinden