

Vers une redistribution des tâches pour une palette de compétences stratégiques

Julia Bluestone, JHPIEGO

Dans des pays connaissant de graves pénuries de médecins et d'infirmiers, la composition et la distribution des compétences du personnel soignant disponible, souvent ne correspond pas aux besoins nationaux sur le plan des soins de santé (OMS, 2006). La délégation des tâches semble devenir une intervention riche de promesses pour renforcer et étendre la couverture sanitaire nationale en améliorant la combinaison de compétences stratégiques du système de soins de santé d'un pays. Dans ce résumé technique, cette redistribution se fait le long de deux axes: 1) transférer les tâches d'un groupe d'agents de santé à un autre groupe travaillant à un niveau inférieur du système et 2) confier des tâches à un nouveau groupe d'agents de santé afin de répondre aux objectifs spécifiques de soins de santé. S'inspirant d'un examen de la littérature et d'exemples de divers pays, le résumé décrit pourquoi cette modification des tâches est importante et fait ressortir certaines étapes essentielles de la planification, de la préparation et du soutien au personnel soignant concerné par ces nouvelles tâches.

Pourquoi redistribuer les tâches?

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé de 2006, Travailler ensemble pour la santé, note que 57 pays connaissent une grave pénurie de personnel soignant et, d'après les estimations, 2,4 millions de médecins et d'infirmiers sont nécessaires pour répondre aux Buts du Millénaire pour le Développement. Ces pénuries concernent essentiellement l'Asie du Sud-Est et l'Afrique subsaharienne. En Afrique subsaharienne, la pandémie du VIH, la réapparition de la tuberculose et du paludisme, l'exode de professionnels qualifiés, des conditions de travail difficile et une faible motivation des agents de santé sont autant de facteurs à l'origine de la crise des ressources humaines (Dovlo, 2004). Nombreuses sont les raisons qui expliquent pourquoi tant de pays ont été incapables de réaffecter les fonds, de services spécialisés à des services de santé de base, contribuant ainsi à une mauvaise distribution du personnel et une couverture insuffisante, tant dans les zones rurales que dans les services de soins de santé primaires (Beaglehole, 2003). La grave pénurie et la distribution inadéquate des agents de soins de santé poussent un grand nombre de pays à envisager une combinaison de compétences plus stratégiques et la redistribution des tâches est un outil important qui peut être utilisé pour arriver à une telle palette.

La palette de compétences stratégiques est généralement définie comme la combinaison de postes, niveaux, tâches et compétences nécessaires au sein d'une organisation ou, dans ce cas, dans le système des soins de santé (Buchan et Dal Poz, 2002). Si les termes "redistribution des tâches" et "délégation des tâches" (OMS, 2006) sont utilisés couramment, la littérature se rapporte plus généralement à ce concept comme étant la "délégation des compétences au personnel

soignant de niveau intermédiaire" ou "substitution des compétences" (Buchan, 1999; Buchan et Dal Poz, 2002; Dovlo, 2004; Sibbald, 2004). Les agents de niveau intermédiaire sont décrits comme "des agents qui ont été formés sur des périodes plus courtes et qui disposent de qualifications professionnelles à niveau plus faible et auxquels sont déléguées des fonctions et des tâches exécutées normalement par des professionnels de la santé plus établis comptant des qualifications plus élevées" (Dovlo, 2004).

Dans ce résumé, le terme "prestataire de niveau intermédiaire" concerne le personnel soignant qui a assumé des fonctions et tâches déléguées suite à cette redistribution. Ces prestataires—personnel autre que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes—comptent des compétences répondant aux besoins de leur pays et ne sont pas susceptibles d'aller s'installer dans d'autres pays. Généralement, ils sont gardés dans les zones rurales et dans les services de soins de santé primaires (Beaglehole, 2003). La littérature confirme que les prestataires de niveau intermédiaire avec une formation suffisante sont en mesure de dispenser toute une gamme de services de santé très utiles, dont des soins d'urgence et compétences salvatrices dans des régions peu desservies (Beaglehole, 2003; Dovlo, 2004; Thairu et Schmidt, 2003; Vaz et al., 1999).

Planifier cette redistribution des tâches

Chaque pays doit définir sa propre combinaison de compétences du personnel soignant qui répond le mieux à ses priorités sanitaires nationales. Le but est simple: "disposer du bon personnel, armé des bonnes compétences, au bon endroit et au bon moment" (OMS, 2006). Lorsqu'on planifie cette palette de compétences, il est important de définir les tâches exécutées actuellement par chaque type d'agent de santé, en comparant cette combinaison aux priorités nationales, en déterminant les tâches qui devront être redistribuées. Chaque tâche ainsi ajoutée doit reposer sur des données probantes pour vérifier que les services qui en résulteront permettront effectivement d'améliorer l'état de santé (Sibbald, 2004). Tous les aspects des ressources humaines pour la santé seront envisagés lorsqu'on planifie cette redistribution des tâches: leadership, politiques, finances, partenariats, gestion des ressources humaines (GRH) et éducation et formation (OMS, 2006). Les étapes suivantes sont importantes lors de la planification de cette redistribution des tâches.

1. Collecter et analyser les données disponibles sur les ressources humaines pour étayer les décisions concernant la redistribution des tâches. Les planificateurs au niveau national doivent pouvoir analyser leur contexte et situation, trouver les solutions adéquates et gérer le changement dans leur système de soins de santé (Buchan et Dal Poz, 2002).¹ Le Docteur Delanyo Dovlo, s'inspirant de ses nombreuses

Raisons d'envisager la redistribution des tâches:

- Pénuries des compétences
- Compression des coûts de la main-d'œuvre
- Amélioration de la qualité
- Nouvelles interventions médicales (étendre à plus grande échelle le traitement antirétroviral)
- Réforme du secteur de la santé (décentralisation)
- Nouveaux programmes sanitaires (Initiative du Président contre le Paludisme)
- Changements dans la législation (révision des termes de références pour divers groupes d'agents de santé)

(Adapté de Buchan et Dal Poz, 2002)

Mettre en place un nouveau groupe d'agents de santé: Assistants médicaux au Mozambique

Après son accession à l'indépendance en 1975, le Mozambique a connu une guerre civile et une émigration en masse des ressortissants portugais faisant perdre au pays 85% de ses médecins, d'où la nécessité, pour le pays, de trouver des prestataires pour les interventions d'urgence, surtout dans les zones rurales. Des programmes de formation ont commencé en 1984 pour créer un nouveau groupe, les assistants médicaux, dotés des bonnes compétences pour dispenser les services d'urgence dans trois domaines prioritaires: conditions physiques liées à la grossesse, complications imputables à des traumatismes et affections inflammatoires d'urgence. Une évaluation de leur performance constate qu'elle est "remarquablement bonne" vu la difficile situation logistique du pays (Vaz et al., 1999).

Confier les tâches à un groupe existant: Prestataires de niveau intermédiaire au Kenya

En 2000, 84% des médecins du Kenya étaient affectés dans les zones urbaines où ne résident que 16% de la population du pays. Pour améliorer l'accès aux services obstétricaux d'urgence tels que la prévention et le traitement de l'hémorragie, la réanimation et l'aspiration manuelle, ces tâches ont été ajoutées à celles des prestataires de niveau intermédiaire (infirmiers et responsables cliniques) dans le cadre d'une formation continue. Cette intervention a permis de faire reculer la mortalité néonatale et les principales parties concernées soutiennent l'adjonction de ces compétences à la formation initiale des prestataires de niveau intermédiaire (Thairu et Schmidt, 2003).

expériences d'intervention nationale de redistribution de ces tâches au Ghana et dans d'autres pays, recommande de poser ces questions essentielles:

- "Quelles tâches devons-nous accomplir pour pouvoir offrir un paquet de services de base?"
- "Qui effectue ces tâches à l'heure actuelle?"
- "Combien d'agents dans chaque groupe sont diplômés chaque année?"
- "Quels sont les taux d'abandon et vers où se dirigent ces agents de soins de santé?"
- "Qui pourrait effectuer ces tâches à leur place?"

2. Forger des partenariats stratégiques pour mettre en place le leadership et effectuer les changements de politiques nécessaires pour la mise en oeuvre de cette redistribution des tâches. Les organismes réglementaires au sein du gouvernement (Ministères de la Santé, de l'Éducation et des Finances) et les associations professionnelles sont les principales parties concernées par les décisions liées à la redistribution des tâches visant à améliorer la combinaison de compétences existantes (Sibbald, 2004). Ces groupes doivent formuler ou revoir les termes de référence, les descriptions de tâches, les conditions d'entrée, d'autorisation d'exercer et de certification et doivent également traiter les questions politiques et juridiques et, par conséquent, il est capital de s'allier à eux dès le début de l'intervention. D'autres groupes devraient d'ailleurs participer dès le début—par exemple, les bailleurs de fonds, les équipes spéciales nationales. En effet, les partenariats stratégiques facilitent les remaniements législatifs et politiques traitant des changements dans les descriptions de tâches des divers groupes du personnel soignant. Les politiques afférentes doivent avoir un caractère constant et soutenir tout changement dans l'éducation et la formation.

3. Obtenir les points de vue des clients et de la communauté pour vérifier que les changements dans la combinaison de compétences seront acceptés par ceux à qui ils doivent profiter. Le critère de tout changement ou transfert de tâches est d'améliorer la compatibilité entre le personnel soignant et les

clients dans des domaines tels que les rapports homme-femme, la langue, l'éthnie et la géographie (OMS, 2006). Il est important, avant de transférer les tâches à d'autres prestataires, de déterminer si les clients trouvent utiles les tâches ajoutées et accepteront les services de ce type de personnel. La littérature ne présente que peu de données sur cette question, bien que les valeurs sociétales et culturelles soient jugées importantes dans tout changement dans la combinaison de compétences (Buchan et O'May, 2000). Par exemple, dans certaines cultures, les femmes ne veulent pas se rendre auprès d'un prestataire masculin pour les services de santé de la reproduction et, par conséquent, la pénurie de personnel féminin est problématique (Creel et al., 2002). L'âge peut également présenter une barrière. Dans le Programme des Services de Santé communautaires (CHPS) au Ghana, des jeunes femmes affectées dans des communautés très traditionnelles ont eu du mal à être respectées par les aînés.

4. Planifier attentivement les implications pour les ressources humaines car ce changement est très complexe et lourd de défis. Tout changement dans les responsabilités du personnel soignant représente un défi de taille pour le système et une solide GRH est nécessaire pour en garantir la réussite (Sibbald, 2004). Certes, on pense que les nouveaux groupes et les prestataires de niveau intermédiaire coûteront moins cher pour être formés et demanderont moins pour leurs services et pourtant, il n'existe que peu de données sur ces coûts. La plupart des données ne "comptent" pas les groupes intermédiaires mis en place pour répondre à des besoins spécifiques, et ces groupes varient souvent d'un pays à l'autre et ne sont pas toujours reconnus par les forums ou les enquêtes à l'échelle internationale. Que de nouveaux groupes aient été mis en place ou que de nouvelles tâches aient été confiées aux groupes déjà existants, ces prestataires de niveau intermédiaire devront être recrutés, affectés, suivis/supervisés et intégrés au système existant de soins de santé. Un solide Système d'Information sur les Ressources humaines (SIRH) est particulièrement important pour gérer ces données. Il faudra tenir compte de facteurs tels que les salaires, les incitations, la rétention et la supervision constructive lorsqu'on prévoit de transférer ou d'ajouter des tâches à un groupe existant ou à un nouveau groupe. Une structure de paiement sera nécessaire pour les nouveaux groupes et les agents qui se voient confier de nouvelles tâches devraient également recevoir une incitation financière (Sibbald, 2004).

5. La planification doit vérifier que les stratégies de recrutement et les critères de sélection aideront à répondre aux buts de l'affectation du personnel. Souvent, les interventions de redistribution des tâches s'inscrivent dans une initiative visant à étendre la couverture aux zones rurales ou aux zones peu desservies. Et pourtant, les critères de sélection favorisent souvent les classes sociales plus élevées et les groupes ethniques dominants, même pour les prestataires de niveau intermédiaire (OMS, 2006). Ces demandeurs d'emploi tendent à préférer un poste urbain alors que ceux venant des zones rurales ont toutes les chances d'être gardés dans un milieu rural. Les faits soulignent l'efficacité de former les gens pour qu'ils travaillent ensuite dans leurs propres communautés (OMS, 2006). Par contre, une enquête faite auprès de sages-femmes communautaires du secteur privé en Inde constate que leurs communautés pensaient

qu'une "fille du village" ne devait pas recevoir de fonds pour les services (IntraHealth International et Population Services International, 2005). A cet effet, des critères de sélection peuvent s'avérer utiles pour des agents de communautés analogues mais pas forcément de leur communauté natale. (Dovlo, 2006).

Valorisation du personnel soignant concerné par cette redistribution des tâches

Une fois qu'un pays a décidé que ce transfert de tâches lui permettait d'arriver à une combinaison de compétences plus stratégiques et que la planification a traité des principales questions de GRH et des aspects professionnels, on peut passer au développement du personnel par voie d'éducation ou formation. Parfois, des changements politiques et législatifs s'avèrent nécessaires parallèlement à ce développement, suite à la complexité des systèmes de ressources humaines. Les interventions visant à soutenir la redistribution ou le transfert des tâches sont celles au niveau de l'enseignement avant l'emploi et de la formation en cours d'emploi. Par exemple, le programme CHPS au Ghana a commencé à offrir aux infirmiers communautaires une formation continue de 11 jours portant sur la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance, et a ensuite revu le programme de formation initiale pour atteindre un plus grand nombre de futurs agents (OMS, 2006). Les étapes suivantes sont importantes pour le développement du personnel soignant:

1. Engager immédiatement les associations professionnelles concernées. Les associations et les conseils professionnels, les responsables des établissements d'enseignement et les représentants des ministères concernés doivent participer, dès les premières interventions de formation initiale (Schaefer, 2002). Qu'il s'agisse d'ajouter des tâches à un personnel existant ou de mettre en place un nouveau groupe d'agents, il faudra compter sur l'association professionnelle pour donner son soutien permanent, participer à la formation continue et superviser. En outre, le nouveau programme doit répondre aux normes d'autorisation d'exercer et de qualité de l'éducation (OMS, 2006), et tout cela demande l'engagement et l'approbation des associations et conseils professionnels.

Les conseils médicaux et infirmiers résistent souvent à la délégation des tâches à d'autres membres du personnel soignant. Il est donc utile de montrer à ces groupes des données objectives de SIRH pour démontrer la nécessité de redistribuer les tâches et d'obtenir leur consensus. Malgré les pénuries de personnel et l'exode vers d'autres pays, les associations des infirmiers d'Etat ont empêché la préparation des "infirmières avec deux années de formation" au Ghana, au Kenya, au Malawi et en Zambie. Par ailleurs, les obstétriciens-gynécologues ont soutenu l'adjonction de nouvelles compétences au rôle des sages-femmes au Ghana (Dovlo, 2004). Lors de la création d'un nouveau groupe de sages-femmes communautaires du secteur privé en Inde, la participation, dès le début, des organismes réglementaires responsables du programme (conseil national des soins infirmiers) a été un facteur clé de réussite (IntraHealth International, 2004).

2. Déterminer les compétences fondamentales nécessaires pour effectuer les nouvelles tâches. Une fois les nouvelles tâches définies, il faut déterminer les compétences nécessaires pour les mener à bien. Une description des tâches du personnel soignant doit être

soit créée, soit revue, et cela permettra de déterminer les compétences fondamentales nécessaires à l'exécution des tâches en question. Il est très important de définir ces compétences pour déterminer les changements nécessaires dans la formation initiale ou la formation continue (Schaefer, 2002; Sibbald, 2004; OMS, 2006).

3. Si des changements doivent être faits dans le programme de formation continue, il est important d'adopter une approche systématique à la révision du programme. Le guide de formation initiale créé par JHPIEGO est une approche recommandée en quatre étapes: 1) planifier et orienter, 2) préparer et dispenser l'enseignement, 3) revoir et réviser l'enseignement et 4) évaluer l'enseignement. Cette approche vérifie que tous les volets—contenu, pratiques cliniques et méthodes pédagogiques—sont traités pour soutenir la formulation des compétences fondamentales. Les changements qui devront être effectués dans l'infrastructure—par exemple, termes de référence, conditions à l'entrée et à la sortie et infrastructure—représentent probablement l'aspect le plus difficile de la révision du programme de formation. Lorsque la redistribution des tâches entre dans une initiative visant à élargir l'accès aux services dans les zones rurales ou peu desservies, il peut être particulièrement ardu de définir et d'améliorer les possibilités de pratique clinique en zone rurale.

4. Documenter et suivre les interventions d'éducation et de formation des agents de soins de santé. Des systèmes et des outils d'information sur les ressources humaines sont disponibles pour suivre les agents, l'enseignement et la formation dispensés, les affectations ainsi que les taux de rétention et d'abandon. Ces outils permettent de broser le profil du personnel soignant dans un pays donné, de prendre des décisions concernant les combinaisons de compétences et ensuite, d'en justifier le bien-fondé devant des organismes légaux et réglementaires.

Soutenir les agents lors de la distribution des tâches

Que cette distribution ait entraîné de nouvelles tâches confiées au personnel existant ou la création de nouveaux membres, on ne saurait se passer du soutien adéquat nécessaire pour vérifier la qualité des soins, le moral des agents et la rétention du personnel. Voici les mesures essentielles pour soutenir les agents affectés par les interventions de redistribution des tâches.

1. Vérifier que le personnel bénéficie d'une supervision adéquate et du soutien des collègues. Il est particulièrement important de soutenir les nouveaux groupes ou ceux qui entreprennent de nouvelles tâches lorsqu'ils ne disposent pas de leurs propres associations professionnelles ou réglementation spécifique (Dovlo, 2004). La création de réseaux de prestataires est un mécanisme de soutien important qui leur permet de partager leurs expériences (OMS, 2006) et qui s'avère particulièrement utile dans des zones reculées où les visites de supervision externes risquent d'être limitées. Parfois, de simples aides et outils professionnels s'avèrent utiles pour soutenir certaines tâches ou l'exécution de certaines compétences, surtout pour les nouveaux prestataires. Les responsables des systèmes de santé devraient également rechercher des manières novatrices d'apporter un soutien à distance en utilisant la technologie des portables ou des systèmes radiophoniques locaux. Peut-être que les représentants des groupes dont les tâches ont été transférées

Questions à envisager en planifiant la palette de compétences:

Est-ce que les nouveaux groupes peuvent fournir le traitement ou le service souhaité? Une éducation et une formation adéquates doivent être disponibles.

Quelles réglementations ou termes de référence doivent être revus pour que les agents de santé puissent exécuter la nouvelle compétence ou le nouveau rôle? Engager les parties concernées qui peuvent favoriser le changement et les restrictions connexes.

Est-ce que la structure financière récompense les agents qui effectuent de nouvelles compétences? Sinon, il faut revoir le système de récompense.

Quel sera l'impact de la redistribution des tâches sur d'autres services ou domaines? Planifier en vue de l'impact que peuvent avoir les nouvelles compétences sur d'autres services.

Comment le changement affectera-t-il le personnel travaillant avec le nouveau groupe? Appliquer de bonnes compétences de gestion des ressources humaines pour faciliter le processus de transition.

(Adapté de Sibbald, 2004)

Si vous cherchez des informations sur les RHS et ses différents outils ou que vous voulez partager vos connaissances et nous donner vos contributions, rendez-vous au Centre de Ressources RHS. Pour les personnes qui travaillent aux niveaux national ou mondial, le Centre de Ressources RHS fournit des informations visant à:

- Améliorer la planification stratégique et la prise de décisions
- Enrichir vos comptes rendus et présentations
- Soutenir le plaidoyer en faveur des RHS
- Améliorer le développement professionnel
- Gagner du temps.

peuvent suivre les progrès et apporter un soutien direct ou à distance.

2. Offrir des possibilités d'avancement professionnel et plans de carrière. Des mécanismes d'avancement professionnel sont un facteur de motivation pour les prestataires de niveau intermédiaire (Sibbald, 2004). En Tanzanie et au Mozambique, les "remplaçants médicaux" peuvent suivre une remise à niveau supplémentaire pour faire avancer leur carrière (Dovlo, 2004). La formation continue ou le recyclage est important pour la réussite des agents de santé communautaires (Lehmann et al., 2004). La formation continue peut également aider à motiver les agents ou à renforcer leurs compétences.

Conclusions

S'il est bien planifié, le transfert de tâches est une solution viable à l'amélioration de la couverture sanitaire—surtout dans les zones rurales ou peu

desservies. Certaines études ont montré que la qualité des soins des prestataires de niveau intermédiaire est égale à celle des médecins (Vaz et al., 1999; Dovlo, 2004). Des groupes spécifiques au pays tendent à émigrer moins, à fournir une meilleure couverture rurale, d'où de meilleurs taux de rétention. Si le transfert ou la redistribution de tâches est une intervention prometteuse, il n'existe pourtant que peu de données objectives venant l'étayer—par exemple, des données sur la meilleure manière de gérer les implications générales sur le système de santé, des données sur les ressources humaines pour les groupes affectés par le transfert et des études sur le rapport coût-efficacité. Il est important de collecter des données dans ces domaines pour trouver les meilleures pratiques garantissant des interventions réussies à l'avenir, au regard des urgentes pénuries des soins de santé.

1. L'ouvrage suivant est une excellente ressource pour la planification liée à la combinaison des compétences: Buchan J, O'May F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*. 2000;4(2):111-118. Disponible sur: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf

Références

Banham L, Connelly J. Skill-mix, doctors and nurses: substitution or diversification? *Journal of Management in Medicine*. 2002;16(4-5):259-270.

Beaglehole R. *Global public health: a new era*. Oxford, England: Oxford University Press, 2005.

Bryant R. Regulation, roles and competency development. Geneva, Switzerland: The Global Nursing Review Initiative, International Council of Nurses, 2005.

Buchan J. Determining skill mix: lessons from an international review. *Human Resources for Health Development*. 1999;3:2.

Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working Papers. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 2005.

Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(7):575-580. Available: https://www.who.int/hrh/documents/skill_mix.pdf

Buchan J, O'May F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*. 2000;4(2):111-118. Available: <http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj10/pdf10/buchanm.pdf>

Creel L, Sass J, Yinger N. Client centered quality: client perspectives and barriers to receiving care. New Perspectives on Quality of Care No. 2. Washington, DC: The Population Council and Population Reference Bureau, 2002. Available: <http://popcouncil.org/pdfs/frontiers/QOC/QOC-clients.pdf>

Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa: a desk review. *Human Resources for Health* 2004;2:7. Available: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/7>

IntraHealth International. Community midwives (CMWs) program. Unpublished report, 2004.

IntraHealth International and Population Services International. Study of CMWs private practice to develop experience-based CMW franchise model. Unpublished report, 2005.

Lehman U, Friedman I, Sanders D. Review of the utilisation and effectiveness of community-based health workers in Africa. Joint Learning Initiative Working Paper 4-1, 2004. Available: <http://www.globalhealthtrust.org/doc/JLI%20WG%20Paper%204-1.pdf>

Nyontoro F et al. The Ghana Community-Based Health Planning and Services Initiative: fostering evidence-based organizational change and development in a resource-constrained setting. Working paper. The Population Council, 2005. Available: <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/180.pdf>

Schaefer L, ed. Preservice implementation guide: a process for strengthening preservice education. Baltimore, MD: JHPIEGO, 2002. Available: <http://www.jhpiego.org/resources/pubs/psguide/psimpdgen.pdf>

Sibbald B, Chen J, McBride A. Changing the skill-mix of the healthcare workforce. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2004;9(Suppl 1):28-38.

Thairu A, Schmidt K. Training and authorizing mid-level providers in life-saving skills in Kenya: case study no. 8. In: Crump S, ed. *Shaping policy for newborn and maternal health*. Baltimore, MD: JHPIEGO, 2003:69-75.

Vaz F et al. Training medical assistants for surgery. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999;77(8):688-691. Available: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1999/Vol77-No8/bulletin_1999_77\(8\)_688-691.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1999/Vol77-No8/bulletin_1999_77(8)_688-691.pdf)

World Health Organization (WHO). Working together for health: the World Health Report 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006. Available: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf



The Capacity Project
 IntraHealth International, Inc.
 6340 Quadrangle Drive
 Suite 200
 Chapel Hill, NC 27517
 Tel. (919) 313-9100
 Fax (919) 313-9108
 info@capacityproject.org
 www.capacityproject.org

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des États-Unis.

Partenariats du Capacity Project

